

针刺督脉治疗中风后软瘫的临床观察

吴菁菁¹ 梁金平² 王晓颖¹ 张静³ 韦玲^{1*}

1. 山西省针灸医院 山西 太原 030000

2. 山西省煤炭中心医院 山西 太原 030000

3. 山西中医药大学第二临床学院 山西 太原 030000

摘要: 目的: 探究针刺督脉治疗中风后软瘫的临床效果。方法: 选取2022年9月~2023年10月于我院接受治疗的64例中风后软瘫患者为研究对象, 采取针刺督脉方法进行治疗, 对治疗前后患者的肢体运动功能、神经功能缺损评分和生活能力进行比较。结果: 治疗后患者肢体运动功能改善程度优于治疗前, 神经功能缺损评分低于治疗前, 生活能力优于治疗前, 以上比较结果差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 对于中风后软瘫的治疗, 可以应用针刺督脉方法, 该方法能够有效改善患者肢体运动功能、减轻神经功能损伤程度以及提高患者的生活能力, 值得进一步推广应用。

关键词: 针刺; 督脉; 中风后软瘫; 治疗效果

中风是一种急性脑出血疾病, 在西医领域被称为脑卒中, 多发于中老年群体。临床将中风分为软瘫期、痉挛期和分离运动期三个阶段, 软瘫期出现于病情稳定后的1~2周内^[1], 由于上级神经系统对下级神经系统的控制失效, 导致肌肉发生松弛并萎缩, 肢体运动功能受到较大影响。中风软瘫期运动康复非常关键, 一些研究发现软瘫期早期出现肌肉张力的患者比中晚期出现肌肉张力的患者肢体运动功能康复时间早、效果好; 软瘫期越长, 肢体运动功能完全丧失的可能性越大。中医认为中风病源在脑, 督脉属脑所述经脉, 治疗中风的关键是调理督脉经气, 祛除痹阻, 而针灸则是疏通督脉经气的重要方法之一^[2]。为了研究针刺督脉治疗中风后软瘫的效果, 本文选取2022年9月~2023年10月于我院接受治疗的64例中风后软瘫患者进行了研究, 具体研究内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年9月~2023年10月于我院接受治疗的64例中风后软瘫患者为研究对象。接受治疗的患者包括33例男性和31例女性, 年龄32~64岁, 均龄 (56.32 ± 3.27) 岁, 病程7~15d。患者一般资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。纳入指标: ①符合《中华人民共和国中医药行

通讯作者: 韦玲, 1969年5月, 汉, 山西省临汾人, 单位: 山西省针灸医院, 职位: 康复科主任; 主任医师, 硕士生导师, 本科学历, 研究方向: 脑血管病的中医康复。

基金资助: 山西中医药管理局科研课题计划项目 (2023ZYB2016)

业标准·中风病症诊断疗效标准》^[3]中关于软瘫期的诊断标准; ②年龄 ≥ 30 岁; ③签署知情同意告知书。排除指标: ①认知、精神和沟通障碍者; ②合并全身感染、脏器功能不全或恶性肿瘤; ③合并心血管疾病; ④短暂性脑缺血患者。

1.2 方法

针具型号: 0.30×40mm针灸针。

针刺选穴: ①督脉: 沿脊柱方向从大椎穴至十七椎穴。②头针: 百会透前顶及左右神聪, 前顶透凶会, 通天透承光, 正营透目窗, 神庭透凶会、曲差、本神、头维、承灵、风池、风府。③体针: 肩髃、臂臑、曲池、手三里、外关、合谷、环跳、风市、阳陵泉、足三里、悬钟、昆仑。④四肢: 选患侧, 根据患者病症选穴。

针刺方法: 取卧位, 对针刺穴位进行清理和消毒, 刺透针与头皮保持 15° , 进针长度约20~25mm, 进针时快速捻动针体, 使针体能够小幅度地转动, 每分钟保持在200转左右, 持续1min。针刺督脉时, 针尖向上保持 15° , 从大椎穴开始进针, 至十七椎穴结束, 进针1寸, 进针后压平针身。其他穴位针刺方法与常规针灸相同, 用指将针快速刺入皮下, 小幅度转动针体, 直至产生针感位置, 持续30min。

治疗时间: 每日1次, 10日1个疗程, 1个疗程结束后休息1~2日, 共治疗3个疗程。

1.3 观察指标

肢体运动功能: 采用改良FM量表^[4]进行评价, 评价内容包括行走能力、跳跃能力、站立能力。行走能力评价项目共11个, 每个项目0~1分, 总分0~11分, 分数越高

表示行走能力越强，0分表示丧失行走能力；跳跃能力评价项目共8个，每个项目0~1分，总分0~8分，分数越高表示跳跃能力越强，0分表示无法跳跃或跳跃后摔倒；站立能力评价项目共5个，每个项目0~1分，总分0~5分，分数越高表示站立能力越强，0分表示不稳或站立时间不超过3s。

神经功能缺损评分：采用NIHSS量表^[5]进行评价，评价内容共15项，总分0~42分，分数越高表示患者神经缺损程度越高，0分表示患者神经功能正常。本次评价分为治疗前、治疗1疗程、2疗程、治疗后4个阶段，主要比较治疗前与治疗后两个阶段，治疗1疗程、2疗程作为评价康复进程的基础参考。

生活能力：采用改良ADL量表^[6]进行评价，评价内容包括自理能力、社交能力以及劳动能力。自理能力、社交能力以及劳动能力评价总分均为0~100分，分数越高表示自理能力、社交能力以及劳动能力越强，0分表示丧失自理能力、社交能力或劳动能力。

1.4 统计学分析

研究结果数据应用统计学软件SPSS23.0完成处理，计量资料、计数资料分别用 $\bar{x} \pm s$ 、(n, %)表示，差异性分别对应t检验、 χ^2 检验；检验依据： $P < 0.05$ ；差异显著，有统计学意义。

2 结果

2.1 肢体运动功能比较

治疗前，64例患者的行走能力评分为(2.37±1.64)分。治疗后，64例患者的行走能力评分为(8.34±2.51)分。治疗后行走能力评分高于治疗前；治疗前，64例患者的跳跃能力评分为(2.13±1.24)分。治疗后，64例患者的跳跃能力评分为(5.34±1.21)分。治疗后跳跃能力评分高于治疗前；治疗前，64例患者的站立能力评分为(0.56±0.86)分。治疗后，64例患者的站立能力评分为(2.13±1.12)分。治疗后站立能力评分高于治疗前。以上比较结果差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 治疗前后患者肢体运动功能比较[n, $\bar{x} \pm s$]

组别	例数	行走能力	跳跃能力	站立能力
治疗前	64	2.37±1.64	2.13±1.24	0.56±0.86
治疗后	64	8.34±2.51	5.34±1.21	2.13±1.12
t		15.929	14.822	8.895
P		0.000	0.000	0.000

2.2 神经功能缺损评分比较

治疗前，64例患者的神经功能缺损评分为(36.25±2.37)分。经过1个疗程治疗后，神经功能缺损评分为(31.31±1.35)分，经过2个疗程治疗后，神经功能缺损评分为(19.34±2.68)分，经过3个疗程治疗后，神经功能缺损评分为(11.64±2.53)分。相较于前一个周期，64例患者的神经功能缺损评分均发生了明显的下降，比较结果差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 生活能力比较

治疗前，64例患者的自理能力评分为(25.64±3.68)分。治疗后，64例患者的自理能力评分为(68.34±2.27)分。治疗后自理能力评分高于治疗前；治疗前，64例患者的社交能力评分为(65.34±2.27)分。治疗后，64例患者的社交能力评分为(78.95±2.87)分。治疗后社交能力评分高于治疗前；治疗前，64例患者的劳动能力评分为(21.65±2.28)分。治疗后，64例患者的劳动能力评分为(46.58±1.69)分。治疗后劳动能力评分高于治疗前。以上比较结果差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组生活能力比较[n, $\bar{x} \pm s$]

组别	例数	自理能力	社交能力	劳动能力
治疗前	64	25.64±3.68	65.34±2.27	21.65±2.28
治疗后	64	68.34±2.27	78.95±2.87	46.58±1.69
t		79.004	29.755	70.274
P		0.000	0.000	0.000

3 讨论

中风病症最早记录于《内经》，其中《素问·生气通天论》用“厥”表示中风，对于中风的发病缘由使用

“血苑于上”表示^[7]。“中风”二字最早出现于张仲景《金匱要略》中的“风之为病，当半身不遂”“中风使然”，首次提出中风的概念。中医认为引起中风的原因

有很多,如《灵枢·刺节真邪篇》中这样记载:“虚邪偏客于身半”说明中风与风邪入体有关;《东垣十书》中则以“气血闭而不行”描述中风病因,提出中风与正气虚有关;《丹溪心法》提出“血虚有痰”“热生风”等,这些均对中风的起因进行了猜想。中风后患者往往出现瘫痪的情况,轻则以肢体行动不便为主,重则以瘫痪在床无法活动为主^[8]。中风后软瘫出现在病情稳定后的1~2内,患者多表现为肢体行动功能急速退化,甚至无法进行日常活动。对于中风的治疗,越早期越能够避免患者发生完全瘫痪。

针灸是治疗中风的重要方法之一,在很多古代医学典籍中均有记载。《刺问》记载中风的针灸治疗方法“...筋痹。刺筋上为故”;《灵枢·官针》还详细记载了针刺的方法:“恢刺者,直刺傍之”。随着中医理论发展,中医中融入了许多现代医学理念,针灸的方法变得越来越多样化。现代中医认为治疗中风应该以“醒脑开窍”为主,通过刺激经脉起到醒脑调神的作用,进而治疗软瘫。目前关于针刺法治疗中风的原理,中医界广泛认为有两种:一是刺激痛穴使神经系统兴奋,激发下级神经系统动作,从而起到改善调节神经的作用。二是刺激痛穴使动脉血流速度加快,血流速度加快有助于改善脑部血液循环,降低脑血管病症发生概率,从而抑制中风软瘫发展^[9]。

本实验结果表明,针刺方法对于改善软瘫患者行走能力、跳跃能力以及站立能力具有有效作用,治疗前患者的行走能力、跳跃能力以及站立能力均相对较弱,经过3个疗程的治疗后,患者的行走能力、跳跃能力以及站立能力得到了很大程度的改善;治疗前、治疗1疗程、治疗2疗程以及治疗后对患者的神经功能缺损情况进行比较发现,患者的神经功能缺损程度在逐渐减弱,说明患者的神经支配功能得到改善;相较于治疗前,治疗后患者的自理能力、社交能力以及劳动能力均得到不同程度的改善。由此可见,针刺督脉的方法对于改善患者经脉气血水平,促进患者康复方面具有有效效果。治疗后,本院医护人员对患者进行了随访,结果发现超过86.7%的患者行动能力恢复较为理想,发生瘫痪的患者仅占6.5%,这也表明在中风后软瘫初期对患者进行针刺进行治疗有

助于降低瘫痪风险。在具体治疗过程中,辅助穴位的选择很重要,而辅助穴位的选择往往需要与患者的病症表现相匹配,这样配合针刺督脉的方法能够获得理想的治疗效果^[10]。

综上所述,对于中风后软瘫的治疗,可以应用针刺督脉方法,该方法能够有效改善患者肢体运动功能、减轻神经功能损伤程度以及提高患者的生活能力,值得进一步推广应用。

参考文献

- [1] 阙秀琴,李先兰,吴茶凤,等.毛刺督脉法治疗小儿脑性瘫痪头项软30例[J].中国针灸,2022,42(6):639-640.
- [2] 周翠侠,崔晓,倪欢欢,等.针刺手三阴经穴结合功能训练改善脑卒中软瘫手功能的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2012,27(5):448-451.
- [3] 徐俊伟,沈桂林.针刺与推拿治疗乙脑四肢软瘫78例疗效观察[J].中国临床康复,1999,3(3):307-308.
- [4] 曹礼忠,刘悦,黄凡,等.分期针刺法治疗脑卒中后软瘫期肢体功能障碍临床研究[J].安徽中医药大学学报,2017,36(2):34-37.
- [5] 杨珊,王恺,刘念,等.督脉针刺合舌三针联合康复训练对老年脑卒中失语症患者语言功能、认知水平及炎症因子的影响[J].中国老年学杂志,2023,43(19):4630-4633.
- [6] 陈春燕,李嫣.督脉取穴针刺联合重复经颅磁刺激对卒中后失语患者大脑脚非对称性比例、语言功能及生活质量的影响[J].河北中医,2023,45(8):1363-1366.
- [7] 刘辉,李佩芳,孙培养.针刺督脉联合通窍活汤治疗阿尔茨海默病的效果观察[J].实用中医内科杂志,2023,37(1):32-35.
- [8] 范丽伟,蔡光永,朱慧梅.督脉理论针刺联合耳穴揲针治疗阿尔茨海默病患者睡眠障碍的疗效观察[J].浙江中医杂志,2023,58(5):366-367.
- [9] 杜艺婷,余勇,喻永明.针刺督脉背段联合膈肌生物反馈训练治疗胃食管反流病临床研究[J].光明中医,2023,38(20):4003-4006.
- [10] 刘辉,李佩芳,孙培养,等.针刺督脉腧穴对APPswe/PS1dE9转基因阿尔茨海默病小鼠的治疗机制研究[J].针灸临床杂志,2022,38(10):81-89.