

针刺大都穴治疗中风偏瘫疗效观察

林振原 吴文裕 吴明霞

摘要:目的:观察针刺大都穴对中风偏瘫下肢的影响及临床疗效。方法:将72例患者随机分成两组:治疗组37例采用基础穴位配合大都穴治疗;对照组35例采用基础穴位结合神经肌肉电刺激仪治疗,治疗1个月后比较两组的临床疗效。结果:通过下肢Fugl-Meyer量表评分比较,治疗组均优于对照组($P < 0.05$)。结论:基础穴位配合大都穴治疗中风偏瘫在改善下肢运动功能方面疗效较好。

关键词:中风;偏瘫;下肢运动功能;大都;针刺疗法

中图分类号:R255.2 **文献标识码:**B **文章编号:**1000-7156(2016)04-0035-02

中风患者进入恢复期后,如果偏瘫下肢肌力仍为0级,则其偏瘫下肢的康复存在较大难度。2013年8月至2015年6月,笔者采用基础穴位配合大都穴治疗中风偏瘫37例,取得较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准:中医诊断及分型标准:根据《中医病证诊断疗效标准》^[1]“中风”的诊断标准。所有患者均结合病史、体格检查、颅脑CT或MRI确诊。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准:(1)年龄85岁以下、清醒状态、对答切题、能正常合作者;(2)发病时间大于15天,按上田敏评定法评定属0级的患者,所有患者患侧下肢肌力为0级,肌张力低下;(3)均为单侧偏瘫。

1.2.2 排除标准:(1)排除双侧瘫、明显言语或认知功能障碍及明显内脏功能障碍者;(2)既往有脊髓型颈椎病;(3)既往有腰骶椎管狭窄;(4)既往有下肢神经病变;(5)不配合治疗者。

1.3 一般资料:72例中风患者均来自我院神经内科及我科住院患者。按随机数字表随机分为治疗与对照组。治疗组37例,其中男性17例,女性20例,年龄最大83岁,最小61岁,平均(67.21±7.15)岁,病程最短15天,最长62天,平均(42.37±13.24)天;对照组35例,男18例,女17例,年龄最大86岁,最小64岁,平均(66.47±7.84)岁;病程最短15天,最长73天,平均(45.64±12.01)天;两组患者性别、年龄、病程等比较,无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

两组均选择梁丘、伏兔、血海、阳陵泉、足三里、悬钟、三阴交、太冲为基础穴位进行针刺。操作:各穴均直刺1~1.5寸,采用平补平泻法,留针30min后取针。每日1次,10次为1个疗程,疗程间休息3天,治疗1个月。

2.1 治疗组:选择偏瘫下肢大都穴常规消毒后,选择25mm一次性无菌针灸针(北京中研太和医疗器械有限公司,批号:071526),直刺10mm,然后施以弹针及摇针法,即以手指轻轻弹动针尾或柄,使针体微微振动;或手持针

柄,将针轻轻摇动。一般患者可迅速出现偏瘫下肢抽动或收缩的表现。使下肢抽动或收缩3次即可取针。每日1次。

2.2 对照组:采用KT-90A神经肌肉电刺激仪(北京耀洋康达医疗仪器有限公司,京药监械生产许20050009号)治疗。用双极组刺激法。设置参数:脉冲宽度10ms,频率2~4Hz。治疗时患者采取仰卧位,将两电极放于患侧下肢股直肌及腓骨长肌处。可根据患者具体情况调整,治疗剂量以能引起足够肌肉收缩且患者能耐受为度,治疗时间30min/次,每日1次。

3 疗效观察

3.1 疗效评价:患者均在治疗前及治疗1个月后用简化Fugl-Meyer量表^[2]进行评定。量表评定由专业人员进行,检测及评定人员不参与课题设计与研究。

3.2 统计分析:采用美国SPSS/PC 19.0统计学软件进行处理,计量数据采用 t 检验。

3.3 治疗结果:两组下肢Fugl-Meyer量表评分(最高为38分)比较见表1。

表1 两组Fugl-Meyer量表评分比较($\bar{X} \pm s$)

| 组别 | <i>n</i> | 治疗前 | 治疗后 |
|-----|----------|-----------|----------------------------|
| 治疗组 | 37 | 4.03±1.55 | 22.35±8.44 ¹⁾²⁾ |
| 对照组 | 35 | 4.44±1.59 | 17.42±8.77 ¹⁾ |

注:1)与本组治疗前比较, $P < 0.01$;与对照组比较, $P = 0.016 < 0.05$ 。

4 讨论

对于发病时间大于15天,偏瘫下肢康复评定上田敏评定仍属0级的中风患者,由于这类患者往往各种深浅感觉减退严重,使用常规针刺方法往往疗效缓慢。大都穴为足太阳脾经荥穴,位于足趾第1跖趾关节远端赤白肉际凹陷中。大为巨大之意,指穴内气血场的范围大也;都指都市、聚集之意,指物质的集散之所也。本穴为隐白穴传来的生发之气,至本穴后为聚集之状,如都市之物质聚散也。因此该穴之意是脾经的气血在此聚集。因本穴属脾经,五行属火,脾主运化水湿,火穴可泻热,故本穴可健脾和胃、清热利湿,治疗脾失健运、水湿内停的体重肢肿及肢体活动不利。因本穴为脾经母穴,故脾阳不足、阴寒偏胜或脾胃虚弱、气血津液不足的病症均可借其火性以补之^[3]。

中医认为脾主四肢,在体合肉。笔者发现中风患者偏瘫下肢针刺脾经大都穴时,患侧下肢即使肌力0级,也可迅

作者简介:林振原(1978—),男,硕士,副主任医师,厦门大学附属第一医院(厦门361000);吴文裕,单位同第一作者;吴明霞,福建中医药大学附属第二人民医院。

速出现偏瘫下肢抽动或收缩的现象,在改善偏瘫下肢运动功能方面有明显疗效。由于大都穴为脾经气血聚集之处,而发病时间大于15天,偏瘫下肢康复评定上田敏评定仍属0级的中风患者往往气血不足,通过刺激大都穴,可调气补血,加快偏瘫下肢气血运行,有利于偏瘫下肢肢体功能恢复,该临床观察显示疗效较好,值得进一步扩大临床研究。

参考文献:

[1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京

大学出版社,1994: 24.

[2] 周维金,孙启良. 瘫痪康复评定手册[M]. 北京: 人民卫生出版社,2006: 46-50.
[3] 何玲,陈思平,王立君. 临床腧穴学[M]. 北京: 人民军医出版社,2013: 120.

(收稿日期: 2016-01-18 修回: 2016-03-18)

本文编辑: 王福岗

热因热用临床应用举隅

解德平 尹艳

关键词: 热因热用; 反治法; 验案

中图分类号: R249 文献标识码: B 文章编号: 1000-7156(2016)04-0036-01

热因热用系中医治则中反治法之一,其理论源于《内经》,早在《内经》中就有记载“治法有逆从,从寒热有真假也”。它指的是以热治热,即用热性药物治疗有“热”的病证的方法,但这种“热”并非真热,实际上是假热真寒证,即疾病本质是寒,而其外在表现为热。治疗时要避开热的假象,而针对其寒的本质。这提醒我们临床中要遵循“治病求本”的原则,仔细辨证,审证求因,而不是遇到表现为热象的病证一味地寒凉攻之,这样往往会事与愿违,南辕北辙。笔者运用热因热用法治愈临床表现为热证的患者若干,现举2例如下。

例1: 柳某,女,19岁,2015年4月15日初诊。

4天前始出现发热,体温最高达39℃,无寒战,伴咽痛不适,吞咽时咽痛加重,头痛,乏力懒动,纳饮欠佳,自服阿司匹林泡腾片、阿莫西林克拉维酸钾咀嚼片、复方大青叶片、银黄胶囊等治疗3天,效不佳,热退后汗出较多,动则更显,肢冷畏寒,神疲乏力,咽痛无明显改善。查体: 平素体虚,T35.4℃,精神不振,面色黄白,乏力懒言,汗多而黏,双颌下可及花生米大小肿大淋巴结,压痛,无波动感,咽部充血,双侧扁桃体Ⅱ°肿大,可见脓栓附着,双肺未闻及啰音,心腹部(-),四肢末端发凉。舌淡,苔黄稍腻,脉细数无力。血常规示: WBC $13.6 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.45,2,淋巴细胞0.47;超敏C反应蛋白: 3.0 mg/L。中医诊为风热乳蛾;西医诊断为急性化脓性扁桃体炎。该患者予以清热解毒利咽止痛之剂治疗,咽痛无明显好转反而加重,体温未升反而降低,伴有畏寒肢冷,乏力懒动,双侧扁桃体脓栓明显。此为卫阳虚弱,湿热内蕴。咽喉为肺胃之门户,其根在肾,该患者咽痛虽明显,却无发热,并见乏力、肢冷、懒言等系列虚象。故治疗宜培土生金,引火归元。药用: 潞党参、淮山药、生地各15g,熟附子12g,蜂房9g,土茯苓

18g,炒白术、桔梗、马勃、桂枝、甘草各10g。每日2剂,水煎服。3日后,体温恢复正常,咽痛症状明显改善,扁桃体红肿减轻,脓栓消失,汗出减少。续服上方,改为每日1剂,5剂后诸症悉消。

按: 该患者表现为高热,咽痛,双侧扁桃体红肿,且有脓栓分布,白细胞升高等症状,但因患者素体虚弱,且服用苦寒之品较多,伤及阳气,兼见面色黄白,神疲乏力,畏寒肢冷,脉细数无力等本虚标实证,故常规抗菌消炎、清热解毒之药不能奏效,反而伤正。《类经·论治类》曰“以热治热,从其病者,为之反治”。此时,应当益气扶正,引火归元治之。方中当参、白术、甘草取四君子之意,以益气扶正健脾,桂枝温经通阳以固卫气,熟附片温补真阳,中温则虚火归元,生地、桔梗、马勃利咽消肿止痛,蜂房、土茯苓解毒散结。综观全方,乃热因热用,以热治热,从治之法,甘温除热,药中肯綮,故获效显著。

例2: 焦某,女,38岁,2015年9月20日初诊。

1月前始不明原因口舌生疮,腮部、口唇、舌面布满大小不一疮面,色红,疼痛不能进食,伴便溏肢冷,腹痛喜温,曾在当地镇医院予“黄连上清丸、牛黄解毒片、阿奇霉素”等药苦寒清热除火,疗效不佳,症状反复不愈,且有加重趋势,故来诊。症见: 口舌疮面色泽绛红,疼痛流涎不止,表情痛苦,时有吐涎自咽动作,不思纳饮,腹痛便稀,便时肛门灼热感,烦躁干呕,肢端不温,舌红绛,苔少,舌面生有芒刺,脉细微。辨证属寒邪内伏,格阳于外的“真寒假热”证。治宜温里散寒,通脉化饮。方投通脉四逆汤加减,药用: 炮附子10g,黄连6g,干姜30g,党参、黄芪各20g,黄芩、炙甘草各12g。1剂,水煎服。第2日复诊时,患者自述服药后感觉腹温而舒,疮面疼痛减轻,流涎减少,脉仍沉弱无力。继投原方,改黄芪用量至30g,加红花、枳壳、制厚朴各9g,继服5剂后,症状基本消失。

按: 该患者病属中医口疮范畴,患病日久,正气耗伤,复因误用大量苦寒泄热之品,折伤中阳,致使寒邪凝滞于内,虚阳浮越于外,形成阴盛格阳的“真寒假热”证,故治疗宜温阳散寒通脉为主,予通脉四逆汤加减治之。方中重用干姜意在助其温阳守中,回阳通脉,党参、黄芪益气补中,托疮生肌,黄芩、黄连清除留恋肠胃之热邪,红花散瘀止痛,故能收效较著。

(收稿日期: 2015-12-11)

本文编辑: 李艳萍

作者简介: 解德平(1975—),男,主治医师,山东省平度市中医医院(平度 266700);尹艳,单位同第一作者。