

大接经全息疗法治疗气虚血瘀型 中风后偏瘫的临床研究[※]

刘雪兰¹ 许丹枫² 潘伟滨¹ 林映欣^{2▲}

摘要 目的:研究大接经全息疗法治疗气虚血瘀型中风后偏瘫的临床效果。**方法:**将 60 例气虚血瘀型中风后偏瘫患者随机分成两组,对照组 30 例,治疗组 30 例。对照组予常规针刺,针刺每日 1 次,共治疗 24 次(每周日除外)。治疗组进行大接经全息疗法针刺治疗,该方法分为 3 个阶段,依次按照井穴、原穴、合穴通关过节循序渐进,针刺每日 1 次,每个阶段针刺 8 次,共治疗 24 次(每周日除外)。比较干预前后两组患者 Fugl-Meyer 运动功能评定量表(FMA)和 Barthel 指数(MBI)评分的变化,并比较两组的临床疗效。**结果:**(1)两组患者治疗后症状都有所好转,治疗组疗效较对照组更为显著($P<0.01$);(2)两组患者 FMA、MBI 评分与治疗前比较都明显提高($P<0.05$),且治疗组升幅明显高于对照组($P<0.05$)。**结论:**大接经全息疗法能显著改善气虚血瘀型中风后偏瘫患者的肢体功能和生活质量,并且相较于对照组优势明显,值得在临床中大力推广。

关键词 大接经全息疗法;气虚血瘀型;中风后偏瘫;临床研究

中风是以突然昏倒、不省人事,伴口眼喎斜、言语不利、半身不遂,或不经昏仆而仅以口喎、半身不遂为主症的病症^[1]。西医学中的脑血管病,如脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血等,均属于“中风病”范畴^[2]。相关报告指出,脑卒中是导致中国成人死亡以及后天致残的首要原因,其中,40 岁及以上的脑卒中患者高达 1242 万,平均每 28 s 就有 1 人因脑卒中而离世^[3],而且该病的患病率呈逐年上升趋势^[4]。中风后遗症包括肢体功能障碍、语言障碍、认知障碍和心理问题,即使没有危及生命,也有 75% 以上的患者丧失劳动能力和生活自理能力,严重影响患者的生活质量^[5]。近年来,随着社会经济和生活条件的不断改善,脑中风这一疾病显示出年轻化的趋势,究其原因,与现代年轻人饮食不节和生活作息紊乱息息相关。面临这一严峻的形势,医学界急需在脑中风的预防与治疗上寻求更为有效的策略。

针灸对脑血管侧支循环的建立有显著的促进作用

用,针灸相应的腧穴可软化脑血栓或凝血块,减轻脑损伤,经临床检验有显著效果^[6]。但是,传统针灸的疗效仍较有限,而且需要较长的治疗周期,故本课题旨在通过系统的临床研究,并与传统针刺进行比较,探讨大接经全息疗法对气虚血瘀型中风后偏瘫患者的疗效,特别是对肢体功能和生活质量的影响,以期能为针灸治疗该病提供新的思路和方法。

1 研究方法

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 参照第 4 届脑血管病学术会议制定的《各类脑血管疾病诊断要点》^[7]中脑卒中的诊断标准。

1.1.2 中医诊断标准 参照国家中医药管理局制定的《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[8]。①主要症状:包括半身不遂、口眼歪斜、神志不清、舌强言蹇或失语,以及偏身麻木感;②疾病发作方式:通常为急性起病,症状在短时间内迅速出现;③发病诱因:多数中风病的发病具有明确的诱因;④先兆症状:在疾病发作前,患者往往会有一些先兆性的症状表现,如头晕、头痛、偏身肢体乏力等;⑤年龄分布:中风病好发于 40 岁以上的中老年人群;⑥同时具备

※基金项目 漳州卫生职业学院院本课题(No.ZWYXJZ202304)

▲通信作者 林映欣,男,主任医师。研究方向:骨关节康复。E-mail:317430020@qq.com

•作者单位 1.漳州卫生职业学院(福建漳州 363000);2.漳州市中医院(福建漳州 363000)

两个以上主要症状,并综合上述各项标准,即可确诊。

1.1.3 气虚血瘀证诊断标准 面色㿔白,气短乏力,自汗出,舌质暗淡,舌苔白腻或有齿痕,脉沉细⁸⁾。

1.2 纳入标准 ①符合以上中西医诊断标准;②肢体运动出现一侧障碍,且运动障碍发生在脑卒中后;③中风的病程为6个月以内;④年龄在40~70岁之间;⑤生命体征平稳;⑥自愿加入本课题,并在知情同意书上签字确认。

1.3 排除标准 ①非脑卒中引起的肢体功能活动障碍患者,如痉病、痫病、厥证等;②合并严重心肺疾患及肝肾功能障碍等危及生命的原发性疾病者;③失认症、失语症及其他精神与意识障碍的患者;④严重晕针及无法配合治疗的患者;⑤临床资料缺失的患者。

1.4 一般资料 此次研究对象均来源于漳州市中医院康复科在2023年6月至2024年6月收治的气虚血瘀型中风后偏瘫患者,共60例,随机分成治疗组30例和对照组30例。治疗组中,男性、女性患者分别为16例、14例,年龄(59.40±9.30)岁,病程(65.67±29.52) d,脑出血和脑缺血患者分别为4例、26例;对照组中,男性、女性患者分别为14例、16例,年龄(61.10±7.70)岁,病程(68.13±23.48) d,脑出血和脑缺血患者分别为6例、24例。两组患者的基线数据(包括年龄、性别、病程和卒中类型)比较,无统计学差异($P>0.05$)。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 采用大接经全息疗法针刺治疗。总体上遵循经脉分层次针刺原则,总共分成3个阶段,依次按照十二井穴、十二原穴、十二合穴通关过节循序渐进。

①十二井穴:常规消毒腧穴,选用华佗牌一次性无菌毫针(规格:0.3 mm×25 mm)。根据八纲辨证,气虚血瘀属阴证,应从阳引阴,故依次针刺至阴、涌泉、中冲、关冲、足窍阴、大敦、少商、商阳、厉兑、隐白、少冲、少泽;配气海、血海。井穴进针0.1~0.2寸,不行针;气海直刺,用提插补法;血海直刺,用提插泻法。操作结束后,留针30 min。

②十二原穴:常规消毒腧穴,选用华佗牌无菌毫针(规格:0.3 mm×40 mm);选用从阳引阴法,故依次针刺京骨、太溪、太冲、阳池、丘墟、太渊、合谷、冲阳、太白、神门、腕骨。行针得气后,留针30 min。

配穴及其操作同第一阶段。

③十二合穴:常规消毒腧穴,选用华佗牌无菌毫针(规格:0.3 mm×50 mm);选用从阳引阴法,故依次针刺委中、阴谷、曲泽、天井、阳陵泉、曲泉、尺泽、曲池、足三里、阴陵泉、少海、小海。行针得气后,留针30 min。配穴及其操作同第一阶段。

④每个阶段治疗8次(根据“三八规律”,每个阶段不超过8次)。针刺每日1次,共治疗24次(每周日除外)。

1.5.2 对照组 采用常规针刺治疗,其中,选穴及操作参考《针灸治疗学》¹¹⁾。选穴:①中风病的主穴,即水沟、内关、极泉、尺泽、委中、三阴交;②气虚血瘀证配气海、血海以益气活血;③其余上下肢配穴主要选取阳明经、少阳经关节处穴位以通关过节。操作:水沟用雀啄法,以眼球湿润为度;内关直刺,用捻转泻法;极泉避开腋毛直刺,用提插泻法;尺泽、委中直刺,用提插泻法;三阴交向上斜刺,用提插补法;气海直刺,用提插补法;血海直刺,用提插泻法。其中,极泉、尺泽、委中在行针过程中均要求有肢体抽动。操作结束后,留针30 min。针刺每日1次,共治疗24次(每周日除外)。

1.5.3 注意事项 治疗过程中,两组患者均需坚持配合专业的康复锻炼,特别是患者的自我主动锻炼尤为重要。

1.6 评价指标

1.6.1 疗效评定 参照国家中医药管理局制定的《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》¹²⁾,对患者的症状进行评分,并根据病类治疗前评分与治疗后评分百分数进行疗效评定。病类治疗前评分与治疗后评分百分数= $\frac{\text{治疗前评分} - \text{治疗后评分}}{\text{治疗前评分}} \times 100\%$ 。

①基本痊愈:病类治疗前评分与治疗后评分百分数≥81%,病类治疗后评分小于6分。

②显著好转:病类治疗前评分与治疗后评分百分数≥56%,<81%。

③好转:病类治疗前评分与治疗后评分百分数≥36%,<56%。

④稍好转:病类治疗前评分与治疗后评分百分数≥11%,<36%。

⑤无效:病类治疗前评分与治疗后评分百分数<11%,甚至病类治疗后评分高于病类治疗前评分。

1.6.2 肢体功能评定 采用Fugl-Meyer运动功能

评定量表(FMA)评估患者肢体功能。满分100分,根据分值对患者肢体运动障碍严重程度进行分级:100分为运动正常;96~99分为轻度运动障碍;85~95分为中度运动障碍;50~84分为明显运动障碍,<50分为严重运动障碍。

1.6.3 生活质量评定 采用Barthel指数评定量表(MBI)评估患者生活质量。满分100分,分数越高,代表患者生活自理能力越好。其中,100分为生活完全自理;75~95分为轻度功能障碍;50~70分为中度功能障碍;25~45分为严重功能障碍,生活依赖明

显;0~20分为极严重功能缺陷,生活完全依赖^[9]。

1.7 数据分析 采用SPSS 26.0软件进行数据分析,比较两组患者的疗效及干预前后的FMA和MBI评分变化。

2 结果

2.1 两组患者疗效比较 两组患者在接受治疗后,症状均有好转,且经统计学分析,治疗组比对照组有更显著的疗效,差异具有统计学意义($P<0.01$)。见表1。

表1 两组患者疗效比较[n(%)]

组别	例数	痊愈	显效	好转	稍好转	无效
对照组	30	12(40.00)	8(26.67)	8(26.67)	2(6.67)	0(0.00)
治疗组	30	24(80.00)*	5(16.67)	0(0.00)	1(3.33)	0(0.00)

注:与对照组比较比较,* $P<0.01$

2.2 两组患者肢体功能比较 两组患者治疗前FMA评分无显著差异($P>0.05$)。经过治疗,两组患者FMA评分较治疗前显著提高($P<0.05$),并且治疗组比对照组FMA分值提高更为显著($P<0.05$)。见表2。

表2 两组治疗前后FMA评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	30	41.20±9.50	53.00±14.72 ^①
治疗组	30	38.40±11.64	62.53±9.96 ^{①②}

注:与治疗前比较,^① $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^② $P<0.05$

2.3 两组患者生活质量比较 两组患者治疗前MBI评分无显著差异($P>0.05$)。经过治疗,两组患者MBI评分较治疗前显著提高($P>0.05$),并且治疗组比对照组MBI分值提高更为显著($P<0.05$)。见表3。

表3 两组治疗前后MBI评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	30	47.20±9.60	65.00±9.30 ^①
治疗组	30	46.03±5.56	70.47±7.96 ^{①②}

注:与治疗前比较,^① $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^② $P<0.05$

2.4 安全性比较 在本课题研究期间,无论是治疗组还是对照组患者,均未出现任何严重的不良事件,显示出治疗的安全性。

3 讨论

3.1 大接经全息疗法的理论基础 大接经全息疗法基于中医的经络理论和全息理论,是古代大接经法与现代全息疗法的有机结合。“大接经法”出自元代罗天益所著之《卫生宝鉴》。《卫生宝鉴》中首载“大接经从阳引阴治中风偏枯”及“大接经从阴引阳治中风偏枯”^[10]。“大接经法”中的“大”是指“大周天”,“接经”是指接通经脉气血,意为针刺十二井穴,可使十二经脉阴阳气血实现正常的交接与平衡,从根本上解除中风病人脑内的致病原因^[11]。此法正切合中风病阴阳失调、气血逆乱、上犯于脑之病机。关于现代全息理论,刘立公等学者深入研究《针灸大成》中关于腧穴作用与其位置的关系,揭示了人体内的独特全息现象。人体内的全息现象具体表现为:当双手合十时,手指的末端与头顶部相对应,拇指的方向与面部相对应,而小指的方向则与项部相对应。因此,针刺手部的特定腧穴,能够实现对头部(包括脑部)相应区域的治疗效应。还有不少研究也进一步证实,针刺十二井穴可以保护脑组织,修复脑神经功能^[12-13]。综上所述,大接经全息疗法从中医经络理论上,具有接通十二经脉阴阳气血的作用,又与现代医学的微循环理论不谋而合,为中风后遗症的针灸治疗提供了新的思路。

3.2 大接经全息疗法的选穴方法 大接经全息疗法的选穴方法有从阳引阴和从阴引阳法两种:从阳

引阴法起于足太阳井穴至阴,按十二经脉的流注次序,最终止于手太阳井穴少泽,适应证为寒证及阴病在阳证;从阴引阳法则起于手太阴井穴少商,按十二经脉的流注次序,最终止于足厥阴井穴大敦,适用于热证及阳病在阴证^[14]。按八纲辨证,根据患者的主症、兼症及舌脉可辨寒热阴阳。若为阴寒证或致病邪气为阴寒之邪,患者症状往往表现在阳侧,即“阴病在阳”,如出现左侧肢体瘫痪,或上肢瘫较下肢症状更重等;相反,若为阳热证或致病邪气为阳热之邪,患者症状往往表现在阴侧,即“阳病在阴”,如出现右侧肢体瘫痪,或下肢瘫较上肢症状更重等。此外,女为阴,男为阳,若阳热之邪引起女性中风,为阳病在阴,若其表现为右侧肢体偏瘫,亦为阳病在阴。但临床中不乏患者临床症状没有以上所述典型,如本课题研究的气虚血瘀证为阴证,患者偏瘫症状却表现在右侧或患者为女性时,仍应按阴寒证从阳引阴法治疗。故临床治疗的根本是分析疾病的病因病机,根据病因病机辨明寒热阴阳是治疗取效的关键。

3.3 临床研究结果分析 本研究结果表明,与对照组常规针刺相比,大接经全息疗法疗效显著,对气虚血瘀型中风后偏瘫患者的肢体功能和生活质量均有明显改善,具有独特的优势。此外,该法注重整体调理,能够从根本上解除致病原因,因此,大接经全息疗法治疗中风后偏瘫具有广阔的应用前景。

3.4 临床应用的局限性及展望 大接经全息疗法虽然对气虚血瘀型中风偏瘫疗效肯定,但在临床研究中仍存在一些问题和挑战,如样本量过小、机制研究不够深入、针刺操作的标准化问题等,未来可进一步开展大样本、多中心的随机对照试验,并深入探讨其作用机制,另外,在今后的临床应用中,需要进一步探索和完善大接经全息疗法的治疗方案和操作技术,以提高其治疗效果。

展望未来,大接经全息疗法在治疗中风后偏瘫方面具有巨大的潜力和应用前景。随着中医针灸技术的不断发展和完善,大接经全息疗法将在更多的

临床病例中得到验证和应用,为更多的中风患者带来福音。

参考文献

- [1]高树中,冀来喜. 针灸治疗学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2021:40.
- [2]杜蓉,张春红,孟智宏. 醒脑开窍针法治疗脑卒中后痉挛性瘫痪验案1则[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(11):97-99.
- [3]《中国脑卒中防治报告》编写组. 《中国脑卒中防治报告2020》概要[J]. 中国脑血管病杂志, 2022, 19(2):136-144.
- [4]GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019[J]. Lancet Neurol, 2021, 20(10):795-820.
- [5]曹玉祥. 严冬怎样防治脑中风[N]. 医药养生保健报, 2010-11-29(014).
- [6]梁繁荣. 针灸推拿学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2022:292-293.
- [7]中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点(1995)[J]. 临床和实验医学杂志, 2013, 12(7):559.
- [8]国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1):55-56.
- [9]刘信君,梁家彬,陆彦青,等. 大接经法针刺治疗卒中后肢体运动功能障碍的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37(10):1930-1934.
- [10]元·罗天益. 卫生宝鉴[M]. 北京:人民卫生出版社, 1983:82-84.
- [11]林润煜. “大接经法”对脑卒中风痰瘀血痹阻脉络型患者的临床研究[D]. 南京:南京中医药大学, 2010.
- [12]LU X, CHEN Z L, GUO Y, et al. Blood-letting punctures at twelve Jing-well points of the hand can treat cerebral ischemia in a similar manner to mannitol[J]. Neural Regen Res, 2013, 8(6):532-539.
- [13]YU N N, WANG Z G, CHEN Y C, et al. The ameliorative effect of bloodletting puncture at hand twelve Jing-well points on cerebral edema induced by permanent middle cerebral ischemia via protecting the tight junctions of the blood-brain barrier[J]. BMC Complement Altern Med, 2017, 17(1):470.
- [14]万文蓉. 大接经全息疗法治疗中风后遗症42例[J]. 辽宁中医杂志, 2001, 28(9):553-554.

(收稿日期:2024-07-17)

(本文编辑:黄明愉)