

“理督化痰”针刺法对脑梗死患者颈动脉内膜厚度的影响

郭颖

(天津市南开医院,天津 300100)

摘要 目的:探讨“理督化痰”针刺法对脑梗死患者颈动脉内膜厚度的影响。方法:将 60 例脑梗死患者随机分为治疗组和对照组,2 组均给予常规对症治疗加阿托伐他汀口服,治疗组并配合“理督化痰”针刺法治疗,14d 为 1 个疗程,连续治疗 4 个疗程,治疗前后分别行颈部血管彩超检查观察颈动脉内膜厚度。结果:治疗组与对照组治疗后颈动脉内膜厚度均低于治疗前($P<0.05$),而治疗组优于对照组($P<0.05$)。结论:针刺可有效降低脑梗死患者颈动脉内膜厚度。

关键词 颈动脉内膜厚度 脑梗死 理督化痰 针刺疗法 中西医结合疗法

中图分类号 R743.310.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2017)02-0055-02

脑梗死是临床常见病及多发病,具有高死亡率、高致残率、高复发率的特点,脑梗死的常见危险因素包括高血压病、糖尿病、冠心病、高脂血症、高同型半胱氨酸血症等,此外,颈动脉粥样硬化作为脑梗死一大危险因素已得到普遍共识,并日益受到关注。在动脉粥样硬化的发生发展过程中,动脉内膜是最早受累的部位,内膜中层厚度(IMT)增加是其受累的早期标志,反映了动脉硬化程度。目前,临床主要用于改善动脉粥样硬化的治疗方法为他汀类药物,长期应用需定期复查肝肾功能、肌酶等指标,易造成依从性降低,因此越来越多的研究者在寻求一种更安全有效的治疗方法,本研究拟探讨针刺对于颈动脉内膜厚度的影响。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2015 年 5 月至 12 月期间于天津市南开医院脑病科住院治疗的脑梗死患者 60 例,随机分为治疗组及对照组。治疗组 30 例:男 18 例,女 12 例;平均年龄(60.53 ± 8.44)岁。对照组 30 例:男 16 例,女 14 例;平均年龄(62.73 ± 9.48)岁。2 组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 (1)符合全国第四届脑血管病会议通过的诊断标准^[1],并经头 CT 或 MRI 证实,有与定位体征一致的脑梗死病灶;(2)年龄 40~80 岁;(3)发病时间在 6 个月内,神经功能缺损评分(NIHSS) ≥ 4 分。

1.3 排除标准 (1)患有严重心、肝、肾疾病,感染

性疾病,免疫系统疾病,肿瘤,血液病;(2)患有精神类疾病或智能障碍,不能配合治疗者;(3)妊娠或哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予控制血压、血糖,吸氧,降颅内压,抗血小板聚集,保护脑细胞,改善脑循环,康复等常规治疗;口服阿托伐他汀钙片(立普妥)20mg,每晚 1 次。14d 为 1 个疗程,连续治疗 4 个疗程。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加行“理督化痰”针刺法。选穴:水沟,百会,上星,顶颞前斜线,颈夹脊,内关,三阴交,风池,合谷,曲池,足三里,阳陵泉,太冲。操作方法:患者取仰卧体位,皮肤常规消毒后,采用单手夹持进针法。水沟穴向鼻中隔方向斜刺 0.3~0.5 寸,用重雀啄法,以眼球湿润或流泪为度;百会穴向后顶透刺 0.5 寸,捻转补法,以患者感头皮酸胀并向头后部放散为度;上星向神庭透刺,捻转补法,顶颞前斜线平分 3 段,共取 3 穴,针与头皮呈 30°角快速刺入皮下,小幅捻转泻法;颈夹脊穴向颈椎棘突方向与皮肤呈 45°角斜刺 0.5 寸,捻转泻法。体针采用直刺法,直刺 1.0~1.5 寸,进针后均施捻转使针下得气,以患者出现酸、麻、胀的针感为宜。每隔 10min 行针 1 次,留针 30min。每日 1 次,14d 为 1 个疗程,连续治疗 4 个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察项目 治疗前后分别采用 PHILIPS IU22 型彩色多普勒超声诊断仪行颈部血管彩超检查测量患者双侧颈总动脉内膜厚度。

3.2 疗效标准 临床控制:IMT<1.2mm; 显效:IMT较治疗前减少≥20%;有效:治疗后 IMT 较治疗前减少 20%>IMT≥10%;无效:治疗后颈动脉内膜中层厚度达不到以上标准者。^[2]

3.3 统计学方法 使用 SPSS 17.0 软件包对实验数据进行分析:计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,治疗组间比较使用独立样本 *t* 检验,若不符合正态分布的数据则使用秩和检验,组内比较使用配对 *t* 检验,率的检验则使用卡方检验。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组治疗前后颈动脉内膜厚度比较 见表1。

表1 治疗组、对照组治疗前后颈动脉内膜厚度比较($\bar{x}\pm s$) mm

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	1.53±0.15	1.28±0.11*▲
对照组	30	1.55±0.17	1.36±0.14*

注:*与本组治疗前比较, $P<0.05$;▲与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

3.4.2 2组疗效比较 见表2。

表2 治疗组、对照组降低颈动脉厚度疗效比较 例

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	2	8	18	2	93.3%▲
对照组	30	0	4	21	5	83.3%

注:▲与对照组比较, $P<0.05$ 。

4 讨论

脑梗死的发生与颈动脉狭窄程度的相关性已越来越受到关注,且被越来越多的临床研究所证实。有报道称,25%的脑血管疾病是由于进行性加重的颈动脉狭窄所致^[3],另有研究发现,初发急性脑梗死患者,颈动脉粥样硬化斑块检出率高达74%^[4],大量研究也都证实脑梗死患者颈部血管斑块检出率明显高于非脑梗死患者,且超过半数多为多发斑块,以硬斑为主,软斑和混合斑也占有较大比例^[5]。此外,脑梗死的病情轻重程度与颈动脉内膜厚度及软斑和混合斑出现的概率呈正相关^[6]。因此,改善颈部血管动脉粥样硬化状态对于脑梗死的治疗有较大临床价值。

近年来,针对针刺对动脉硬化影响的研究也逐渐增多。有研究发现针灸可使颈动脉斑块消退率达56.7%^[7]。另有研究发现针刺可降低脑梗死患者动脉硬化斑块的厚度,降低血脂及血液黏滞性,改善血液循环状态,增加脑供血,促进脑细胞功能恢复^[8]。周振坤等^[9]研究发现针刺可改善脂代谢紊乱,使血脂更快地被转化利用,从而加快胆固醇清除速度,减少动脉壁上脂质的沉积,故针刺治疗后颈动脉粥样硬化斑块的厚度和面积均有所减少,说明针刺在消退颈动脉粥样硬化斑块,改善斑块的面积和厚度

方面具有显著的作用。本研究发现针刺治疗组治疗后颈动脉内膜厚度较治疗前明显降低,且明显优于非针刺组,总有效率达93.3%。

本研究选穴基于以下考虑:脑梗死中医称中风,病因不外乎风、火、痰、虚、气、血六种,六者相互作用、相互影响,导致气血逆乱,运行不畅,上扰清窍,瘀阻脑脉,发为中风,故瘀血阻滞为其最根本病理基础。脑梗死病位在脑,督脉与脑关系密切。从循行上,督脉循行于脊里,上络于脑,下络于肾,与脑、肾和脊髓有着密切的关系。督脉循行所过实为脑与脊髓(中枢神经系统)之所在。从生理功能上看,脑位于颅内,由精髓汇集而成,其功能的发挥有赖于气血津液的濡养,而督脉通髓达脑,又与诸多经脉交会,通过十四经气循环,将脏腑之精气向上转输于脑,以奉元神。而且督脉与脑的功能极为相似,都具有统率、督促的作用。故选取督脉穴作为主穴。颈部夹脊穴为督脉、足太阳经经气循行之处,其位于椎-基底动脉附近,根据“经脉所过,主治所及”的理论,针刺诸穴可直达病位,具有行气活血、疏通经络之功。基于以上理论基础,笔者应用“理督化痰”针刺法,以调畅督脉、活血化瘀治疗脑梗死,临床疗效较好,值得进一步研究。

参考文献

- [1] 全国第四届脑血管病学术会议标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29(6):376.
- [2] 王新房,李治安.彩色多普勒诊断学[M].北京:人民卫生出版社,1991:224.
- [3] 李凤莉,张丽娜.高血压患者颈动脉粥样硬化斑块发生率的临床分析[J].中国现代医生,2009,47(1):54.
- [4] 王春雨,王海鹏,刘洁.初发急性脑梗死患者颈动脉粥样硬化与血 HCY、DD 相关性分析[J].中国实用神经疾病杂志,2014,17(13):54.
- [5] 张琴,黄波.急性脑梗死患者颈动脉粥样硬化斑块特征及相关危险因素分析[J].中国实用神经疾病杂志,2014,17(13):17.
- [6] 谢宏.颈动脉超声检查对动脉粥样硬化的临床价值[J].检验医学与临床,2015,12(4):539.
- [7] 袁琳.针灸治疗糖尿病合并颈动脉硬化斑块30例超声观察[J].中国中医药科技,2013,20(2):202.
- [8] 李彦会,黄海波,王文星,等.头部针刺透穴治疗颈动脉粥样硬化30例临床观察[J].河北中医,2014,36(8):1199.
- [9] 周振坤,栾瑞芝,王威岩.针刺对缺血性脑血管病患者颈动脉粥样硬化斑块及血脂的影响[J].中国中医药科技,2010,17(4):372.

第一作者:郭颖(1982—),女,医学硕士,主治医师,从事中西医结合诊治神经内科疾病的临床研究。
ying_g@126.com

收稿日期:2016-05-23

编辑:华由 王沁凯