

调神复明针刺法治疗脑梗死后视野缺损 20 例 临 床 观 察

张 权^{1,2} 张玉莲² 张津玮² 张连城²

(1.天津中医药大学,天津 300193; 2.天津中医药大学第二附属医院,天津 300150)

摘 要 目的:观察调神复明针刺法治疗脑梗死后视野缺损的临床疗效。方法:将 40 例脑梗死后视野缺损患者随机分为治疗组和对照组各 20 例。2 组均根据病情予西医常规抗血小板聚集、降压、降脂等二级预防药物治疗,对照组在西医治疗基础上予常规针刺治疗,治疗组在西医治疗基础上予调神复明针刺法治疗。疗程 28d。结果:治疗组总有效率为 95.00%,对照组总有效率为 70.00%,组间差异有显著性意义($P<0.05$)。在视力、视野和 TCD 改善方面进行比较,治疗组均优于对照组。结论:调神复明针刺法治疗脑梗死后视野缺损疗效显著。

关键词 脑梗死 视野缺损 针刺疗法 调神复明 视力 视野 脑血流

中图分类号 R743.310.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2017)05-0049-03

偏盲是卒中后临床常见的视野缺损症状,临床表现为不同程度的视力障碍和视野缺损,国外统计有 37.6%的患者为完全性同向偏盲,62.4%为不完全性,其中部分为象限盲,常伴有脑干、小脑或大脑半球症状和体征^[1]。造成视野缺损的解剖基础是视束或外侧膝状体以后通路的损害,包括视束、视交叉、视放射和枕叶视皮质等视觉通路,可产生一侧鼻侧与另一侧颞侧视野缺损,或者呈象限性偏盲。卒中引起的视野缺损多数是脑梗死或出血损伤视放射和枕叶皮质所致。笔者自 2013 年以来对脑梗死后产生的视野缺损症状采用调神复明针刺法治疗,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 采用随机分组设计方案,将天津中医药大学第二附属医院脑病针灸科门诊及住院患者 40 例分为治疗组(调神复明针刺治疗组)和对照组(常规针刺治疗组)。治疗组 20 例:男性 10 例,女性 10 例;年龄最大 80 岁,最小 49 岁;病程 14~49d。对照组 20 例:男性 10 例,女性 10 例;年龄最大 81 岁,最小 50 岁;病程 14~46d。2 组患者性别、年龄、病程等经统计学分析,无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 (1)西医诊断标准:参照 2010 年中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊断指南撰写组制定的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》^[2],并经 CT 或 MRI 证实存

在枕叶梗死灶,伴有不同程度视野缺损、视力减退等症状;(2)中医诊断标准:参照 1996 年国家中医药管理局脑病急症协作组制定的《中风病诊断与疗效评定标准》^[3],并伴有视力突然下降,视野呈偏盲(水平或垂直),或扇形缺损。

1.3 纳入标准 (1)年龄在 40~85 岁,男女均可;(2)符合脑梗死恢复期的中西医诊断标准,并发病后出现视野缺损表现者;(3)能配合视力、视野检查及针刺治疗者。

1.4 排除标准 (1)脑出血患者;(2)合并有心力衰竭、呼吸衰竭、心肝肾严重疾患等或其他严重疾病正处急性期者;(3)存在青光眼、白内障等严重影响视力、视野疾患者。

2 治疗方法

2 组在治疗过程中依据脑卒中二级预防指南,根据病情予抗血小板聚集、降压、降脂等二级预防药物治疗。

2.1 治疗组 针刺取穴:(1)头针:顶中线,顶斜 1 线,顶旁线,顶斜 2 线,视区;(2)体针:光明,睛明,球后,风池,颈夹脊。操作方法:头针进针方向自后向前(或向外斜前),视区由上向下,沿皮刺,刺入 30mm,采用提插手法,进针时幅度小,行针时幅度大,每穴行针时间 30s,病灶侧及对侧头针上、下午交替使用,留针 30min 或长时间留针;体针操作及留针均同对照组。每日 1 次,治疗 28d。

2.2 对照组 针刺取穴:睛明,球后,承泣,瞳子髎,太阳,攒竹,光明,风池。操作方法:针刺得气为度,睛明、球后采用双手进针,注意避开眼球,睛明直刺 0.5 寸,球后向外斜刺 0.5 寸,不予提插捻转;承泣、瞳子髎、太阳、攒竹斜刺,进针 0.5~1 寸;光明直刺进针 1.2~1.5 寸;风池进针 1.2~1.5 寸,针尖向鼻尖方向。均留针 30min。每日 1 次,治疗 28d。

3 疗效观察

3.1 疗效评价指标 (1)视力:采用标准视力表,观察治疗前后患侧视力的变化;(2)视野:应用“全自动视野计”,选用“视野盲点程序”,通过检测平均视网膜敏感度、平均视野缺损值、模型标准变异均值,观察分析治疗前后视野缺损程度的变化;(3)TCD:观察治疗前后脑血流改变情况,通过观察分析平均血流速度、血管搏动指数(PI)和血管阻力指数(RI)的变化,以评价疗效,并对针刺治疗急性脑梗死后视野缺损的机理进行初步探讨。

3.2 疗效评价标准 治愈:视力(或矫正视力)、视野均正常;显效:视力(或矫正视力)提高 3 行以上,视野明显改善,但未达正常标准;有效:视力(或矫正视力)提高不满 3 行,视野有一定程度改善;无效:视力、视野改变均不明显。

3.3 统计学方法 所有数据均采用 SPSS 19.0 统计软件进行统计学分析,计量资料采用 t 检验、计数资料采用 χ^2 检验。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组患者临床疗效比较 见表 1。

表 1 治疗组、对照组患者临床疗效比较 例

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	20	4	9	6	1	95.00*
对照组	20	1	6	7	6	70.00

注:*与对照组比较, $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组患者视力改善情况比较 见表 2。

表 2 治疗组、对照组患者视力改善情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	眼数	治疗前	治疗后	治疗前后差值
治疗组	40	4.27 $\pm$ 0.14	4.69 $\pm$ 0.22	0.41 $\pm$ 0.15**
对照组	40	4.26 $\pm$ 0.15	4.46 $\pm$ 0.24	0.20 $\pm$ 0.14

注:**与对照组比较, $P<0.01$ 。

3.4.3 2 组患者视野改善情况比较 见表 3。

表 3 治疗组、对照组患者治疗前后视野改善情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	眼数	平均视网膜光敏感度		平均视野缺损值		模型标准变异均值	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	40	15.66 $\pm$ 2.26	17.73 $\pm$ 2.30**	-4.19 $\pm$ 0.46	-3.47 $\pm$ 0.49**	5.23 $\pm$ 0.32	3.85 $\pm$ 0.30**
对照组	40	15.62 $\pm$ 2.27	16.89 $\pm$ 2.42	-4.20 $\pm$ 0.45	-3.97 $\pm$ 0.55	5.21 $\pm$ 0.26	4.46 $\pm$ 0.79

注:**与对照组比较, $P<0.01$ 。

3.4.4 2 组患者 TCD 改善情况比较 见表 4。

表 4 治疗组、对照组患者治疗前后 TCD 改善情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	基底动脉平均血流速度(cm/s)		基底动脉搏动指数(PI)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	20	28.25 $\pm$ 1.18	34.14 $\pm$ 2.49**	0.94 $\pm$ 0.08	0.85 $\pm$ 0.04**
对照组	20	28.27 $\pm$ 2.53	31.04 $\pm$ 2.78	0.93 $\pm$ 0.09	0.90 $\pm$ 0.06

注:**与对照组比较, $P<0.01$ 。

4 讨论

视野缺损属中医学之暴盲或视瞻昏渺范畴。《灵枢》云“目得血而能视”,且“五脏六腑之精皆上注于目”。然上注有路,上注之路须借太阳、少阳、阳明经与目系相连,之后输注于脑,即髓海,所以髓海是目能视的物质基础。各种原因所导致的髓海不足是目无所视的潜在原因之一^[4]。现代研究已初步证实了头针在扩张脑血管、改善微循环、提高脑血流量等方面具有调节作用^[5]。体针取光明、睛明为主穴。光明为足少阳胆经之络,别走厥阴肝经,肝开窍于目,少阳胆经与眼睛关系较为密切,足少阳经别亦上系目系。杨上善注:“光明即眼也,少阳、厥阴主眼,故得其名。”光明能清肝明目,消胀止痛;睛明为足太阳经之起点,为诸阳气上行达目之所,足太阳经其中一支与足少阳胆经相交,故睛明可清肝明目;球后属经外奇穴,对各种眼疾均有良效;风池为足少阳胆经穴位,具有疏风通络明目的作用;颈夹脊穴挟督脉而行,上行于头部,针刺颈夹脊穴具有疏通脑络、清理头目的功效,西医学认为,颈夹脊穴深部有椎动脉,可以直接改善后循环供血,改善梗死后脑干缺血缺氧状态,改善后循环脑部血液循环,使缺血缺氧的脑细胞功能恢复。

本临床研究以视力、视野相关指标评价疗效,提示调神复明针刺法对脑梗死后视野缺损患者具有显著提高视力、改善视野状况的疗效;本临床研究还运用 TCD 检测相关指标,发现调神复明针刺法治疗脑梗死患者,能够改善脑血流动力学状况,具体表现为患者基底动脉的 V_m 上升,PI 下降,提示调神复明针刺法可增加后循环基底动脉血流速度,调节基底动脉血管顺应性,扩张后循环脑血管,改善脑梗死患者脑血液循环,从而加快梗死区域侧支循环的建立,促进脑梗死患者的康复。

调神复明针刺法治疗脑梗死后视野缺损,方法简便、经济,疗效确切,提高了患者的生活质量,值得临床推广。

穴位按摩对原发性肺癌患者焦虑抑郁和功能状态的影响

——附 30 例临床资料

徐星星 何小娟 胡忠荣 莫淑红 汪为民 吴龙传

(淮安市中医院,江苏淮安 223001)

摘要 目的:探讨穴位按摩对原发性肺癌患者焦虑抑郁(HAD)和功能状态的影响。方法:选取原发性肺癌 60 例,随机分为治疗组和对照组各 30 例,对照组予常规化疗,治疗组在常规化疗基础上加穴位按摩治疗;并对 2 组患者化疗前后 HAD 和功能状态进行评分。结果:治疗后,治疗组患者 HAD 评分较治疗前降低($P<0.01$),与对照组比较有统计学差异($P<0.01$);治疗组患者功能状态评分增加($P<0.05$),对照组患者功能状态评分降低($P<0.05$),2 组比较有统计学差异($P<0.01$)。结论:穴位按摩能改善原发性肺癌患者的焦虑抑郁情绪和功能状态。

关键词 肺癌 穴位按摩 焦虑抑郁 功能状态 中西医结合疗法

中图分类号 R734.2

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2017)05-0051-02

肺癌是世界范围内对人类生存威胁最大的恶性肿瘤之一^[1]。研究发现,焦虑及抑郁是肺癌患者最常见的负性情绪^[2-4]。过度焦虑抑郁情绪可引起患者植物神经功能障碍,由此出现特定的病理及生理改变,其结果使肺癌患者的躯体症状进一步加重,生活质量降低,就诊次数增加,住院时间延长,治疗依从性差及医疗费用增加等^[5]。本研究比较分析肺癌患者单纯使用化疗与联合穴位按摩治疗对其焦虑抑郁情绪及功能状态的影响。

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例均为 2015 年 10 月~2016 年 9 月淮安市中医院呼吸科、肿瘤科的原发性肺癌住院患者,应用随机数字表法分为 2 组。治疗组 30

例:男 17 例,女 13 例;平均年龄(63.2 ± 8.9)岁;病理类型:鳞癌 9 例,腺癌 15 例,大细胞癌 2 例,未分化癌 4 例;临床分期:Ⅱa 1 例,Ⅱb 6 例,Ⅲa 8 例,Ⅲb 6 例,Ⅳ 9 例。对照组 30 例:男 19 例,女 11 例;平均年龄(62.7 ± 9.5)岁;病理分型:鳞癌 11 例,腺癌 13 例,大细胞癌 2 例,未分化癌 4 例;临床分期:Ⅱa 1 例,Ⅱb 5 例,Ⅲa 9 例,Ⅲb 6 例,Ⅳ 9 例。2 组患者的性别、年龄、病理类型、临床分期无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 (1)细胞学和病理学确诊的原发性非小细胞肺癌者;(2)预计生存期 ≥ 6 个月者;(3)无严重肝肾功能损害、无智力障碍者;(4)小学及小学以上文化,理解本研究并签署知情同意书者。

参考文献

- [1] ZHANG X, KEDAR S, LYNN M J, et al. Homonymous hemianopias: clinical-anatomic correlations in 904 cases [J]. Neurology, 2006, 66(6): 906.
- [2] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010 [J]. 中国全科医学, 2011, 14(12B): 4013.
- [3] 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 [J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55.

- [4] 段锦绣, 彭唯哪. 针刺治愈视野缺损 1 例 [J]. 新中医, 2010, 42(2): 81.

- [5] 谢蓓菁, 杨铭, 王松伟, 等. 头皮针在治疗脑卒中过程中脑血流动力学的改变 [J]. 成都医学院学报, 2012, 7(4): 540.

第一作者: 张权(1985—), 男, 医学硕士, 博士研究生, 主治医师, 从事中西医结合治疗脑血管疾病的临床研究。zhang1985_0916@163.com

收稿日期: 2016-11-16

编辑: 华 由 王沁凯