常规针刺联合局部透刺治疗中风后手功能障碍25例临床观察

王　鑫　王瑞辉
（陕西中医药大学，陕西咸阳712046）

摘　要　目的：观察常规针刺联合局部透刺治疗中风后手功能障碍的临床疗效。方法：将75例中风后手功能障碍患者随机分为治疗组、对照1组和对照2组，每组25例。治疗组采用常规穴位针刺联合局部穴位透刺治疗，对照1组采用穴位针刺治疗，对照2组采用针具安慰治疗。比较3组患者治疗前后Jebsen Taylor手功能测试（JTHFT）完成情况。结果：治疗后治疗组、对照1组手功能障碍情况均较治疗前好转（$P<0.01$），但治疗组手功能障碍恢复情况优于对照1组（$P<0.01$）；对照2组治疗前后手功能障碍情况无明显改善（$P>0.05$）。结论：常规穴位针刺联合局部穴位透刺可有效改善中风后手功能障碍，值得临床推广应用。

关键词　中风后遗症　手功能障碍　局部透刺　针刺疗法
中图分类号　R743.3　　**文献标志码**　A　　**文章编号**　1672-397X（2018）03-0065-03
基金项目　陕西省中医药管理局中医药科研课题（15-LC001）

在许多国家，中风已经成为致残的主要因素[1]。手部活动功能丧失是中风后的常见伴随症状之一，在很大程度上限制了中风患者独立生活的能力，其主要表现为手部难以握拳、伸展、进行精细活动。目前，绝大多数中风后手功能障碍患者在发病3个月后治疗效果差。因此，如何尽早恢复中风后患者手部功能是中风治疗方案的重点。目前西医学对手功能障碍的治疗主要以康复训练为主，但恢复缓慢。近年来研究发现针刺对其功能恢复有独特疗效，笔者临床应用常规穴位针刺联合局部穴位透刺治疗中风后手功能障碍取得较好疗效，现将相关研究结果报道如下。

1　临床资料

1.1　一般资料　选取2016年5月至2017年6月陕西中医药大学附属医院脑病一科住院的中风后手功能障碍患者75例，通过抽签随机分为治疗组、对照1组和对照2组，每组25例。治疗组男11例，女14例；平均年龄（54.23±9.43）岁；平均病程（41.45±13.64）d；其中脑出血10例，脑梗死15例。对照1组男10例，女15例；平均年龄（57.73±7.75）岁；平均病程（52.68±21.13）d；其中脑出血13例，脑梗死12例。对照2组男14例，女11例；平均年龄（63.92±6.47）岁；平均病程（49.17±19.95）d；其中脑出血14例，脑梗死11例。3组患者性别、年龄、病程、发病类型等一般资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。

1.2　诊断标准　参照《各类脑血管病诊断要点》[2]，结合临床影像学（CT或MRI）诊断局部有缺血或出血灶。

1.3　纳入标准　（1）符合中风病诊断标准；（2）患侧手部明显活动障碍，肌力<3级者；（3）患侧手指Brunnstrom偏瘫分级[3]0~3期者；（4）病程<4个月者；（5）年龄40~80岁；（6）同意配合治疗，自愿签署知情同意书者。

1.4　排除标准　（1）有癫痫病史者；（2）病情不稳定，有智力障碍和精神疾病者；（3）体内植入起搏器或除颤器者；（4）心、肺存在严重疾患者；（5）正在参与其他试验项目者。

2　治疗方法

3组患者均采用常规脑保护及营养神经等基础治疗。

2.1　治疗组　采用常规穴位针刺联合局部穴位透刺治疗。（1）常规针刺操作：采用75%酒精在穴位局部消毒后选用1.5寸华佗牌一次性无菌针直刺患侧曲池、手三里、外关、合谷穴，进针深度0.8~1.3寸，采用平补平泻手法，以得气为度；平刺八邪，进针0.2~0.3

寸。留针30 min。（2）局部穴位透刺操作：75%酒精在穴位局部消毒后选用1.5寸华佗牌一次性无菌针进行穴位透刺。①三间透后溪。针尖朝向后溪穴，快速破皮刺入三间穴1.2~1.5寸后适当捻转提插，平补平泻，使患者产生酸麻胀重的得气感；②合谷透三间。针身倾斜45°，从合谷穴朝三间穴刺入1~1.2寸，补泻手法同上；③大陵透劳宫。针身倾斜15°，从大陵穴朝向劳宫穴平刺1.3~1.5寸，补泻手法同上。留针30 min。

2.2　对照1组　采用常规穴位针刺治疗，具体操作方法同治疗组中常规针刺操作。

2.3　对照2组　采用由Park等[4]发明的类似安慰剂（针刺时钝的针尖并不会刺透皮肤）的针具治疗，选穴同对照1组，将针具固定于穴位，模仿进针动作，针至海绵体则停。留针30min。

3组均每日治疗1次，1周为1个疗程，治疗4个疗程后观察疗效。

3　疗效观察

3.1　观察指标　3组患者分别于治疗前后采用目前国际通用的Jebsen Taylor手功能测试（JTHFT）[5]记录完成相应任务的时间。该测试由7个类似日常活动的各种精细动作任务构成，包括：（1）书写一句话；（2）翻过5张卡片；（3）拿起、更换小物品；（4）使用勺子和5粒豆模拟进食；（5）在木板上堆叠4个棋块；（6）翻转5个大空瓶；（7）反转5个实心瓶。由于患者用手习惯不同，在评估中去除书写项。因变量是完成每项任务所用时间。

3.2　统计学方法　采用GraphPad Prism 5.0统计软件对评分结果进行统计。用 t 检验比较完成各项目所用的时间，以$P<0.05$为差异有统计学意义。

3.3　治疗结果

3.3.1　3组患者JTHFT比较　见表1。

表1　治疗组、对照1组、对照2组治疗前后JTHFT比较（$\bar{x}\pm s$）　s

项目	治疗组（n=25）		对照1组（n=25）		对照2组（n=25）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
翻5张卡片	30.34±7.23	13.47±4.91*	34.87±5.24	22.4±6.15*△	37.84±5.14	33.34±5.24△▼
拿小物品	8.42±2.13	3.45±2.56*	11.58±2.48	6.14±1.67*△	9.45±3.18	7.13±1.45△
模拟进食	23.14±3.45	13.36±2.54*	26.67±6.16	17.67±2.8*△	25.98±7.14	20.5±2.94△▼
堆叠棋块	14.65±2.56	3.13±1.76*	14.84±5.83	7.41±1.79*△	12.92±3.12	10.48±1.26△▼
翻转5个大空瓶	28.39±5.67	13.56±3.94*	31.17±4.04	20.8±2.86*△	32.59±4.92	29.17±3.36△▼
翻转5个实心瓶	41.34±5.19	20.52±3.83*	43.62±4.95	29.45±3.74*	45.85±7.93	39.32±6.82△▼

注：*与本组治疗前比较，$P<0.01$；△与治疗组治疗后比较，$P<0.01$；▼与对照1组治疗后比较，$P<0.05$。

3.4　3组患者不良反应发生情况　除透穴针刺致患者有强烈针感外，各组未见其他明显不良反应。

4　讨论

《针灸大成》曰："中风腕酸，不能屈伸，指痛不能握物。"中风后手功能障碍的表现为手指屈伸无力，后期阳缓阴急而出现手指拘挛握持，难以活动。根据其临床表现多归属于中医学"痿证"范畴。《针灸大成》又曰："痹厥偏枯，迎随俾经络接续。"即中风后的偏枯不用，治疗上应通行经气，配合相应的补泻手法，使气血贯通以濡养经络筋肉，则患侧肢体得以恢复其功能。《素问》曰："阴平阳秘，精神乃治"，调和阴阳气血、通调营卫是中风后手功能障碍的治疗原则。本研究中三间、合谷均属手阳明经穴，《灵枢·经筋》曰："手阳明之筋……上臑，结于肩髃。"后溪为手太阳经腧穴，位于手第5掌指关节尺侧近端赤白肉际，针刺由桡侧的三间贯穿掌间筋肉达于后溪，疏通手阳明、手太阳两经气血，后溪又通督脉（阳脉之海），可导阳气荣营血于手部，大陵、劳宫皆属手厥阴经五输穴，可调神醒脑，通调血脉。如是透刺，经脉互通，筋肉可复。

从西医学理论分析，本研究采用的局部透刺是通过对手部穴位下的指屈肌、骨间掌侧肌、蚓状肌等进行强烈刺激，从而兴奋支配该区域的正中神经、尺神经和桡神经，传导通过脊髓到达上运动神经元，一方面可以反向传导刺激肌肉进一步收缩，另一方面可以通过对神经元的刺激，诱导中枢神经系统的修复和重建，使其更好地支配周围神经肌肉，从而提升患者手部进食、穿衣、握持物品等功能。

本研究结果显示，与其他2组相比治疗组减少了执行6项任务所花费的时间，各项任务的执行障碍明显减少，极大地提高了患者的手部活动能力；对照1组患者手功能的恢复也有改善（$P<0.05$），但改善程度不及治疗组（$P<0.01$）；对照2组治疗前后患者手功能障碍情况无明显改善（$P>0.05$）。表明常规穴位针刺联合局部穴位透刺治疗对中风后手功能障碍的恢复有较好疗效，可能是通过针刺对局部肌肉及神经产生刺激而加快神经元的修复，从而实现手部功能活动的恢复。下一步拟研究针刺联合中药治疗中风后手功能障碍的疗效。

针刺辅助麻醉对腹腔镜胆囊切除术患者镇痛作用的临床研究

——附40例临床资料

江　明　周　敏　沈飞燕
（浙江中医药大学附属湖州中医院,浙江湖州313000）

摘　要　目的：探讨针刺辅助麻醉对腹腔镜胆囊切除术患者镇痛作用的影响。方法：将80例腹腔镜胆囊切除术患者随机分为治疗组和对照组各40例，对照组在全麻下行腹腔镜胆囊切除术后给予自控静脉镇痛，治疗组在对照组基础上术前给予针刺辅助麻醉，记录2组患者术后12h、24h疼痛评分（VAS），2组镇痛泵首次按压时间、24h内的使用量及不良反应的发生情况。结果：2组患者术后12h和24h VAS评分比较，治疗组均明显低于对照组（$P<0.05$）；治疗组镇痛泵首次按压时间晚于对照组（$P<0.05$）；治疗组24h镇痛泵使用量少于对照组（$P<0.05$）；治疗组的不良反应发生率低于对照组（$P<0.05$）。结论：针刺辅助麻醉能有效减轻腹腔镜胆囊切除术后患者的疼痛，减少镇痛泵使用量，降低不良反应的发生率，加速患者的术后康复。

关键词　腹腔镜　胆囊切除术　自控镇痛　针刺辅助麻醉　术后疼痛
中图分类号　R657.405　　**文献标志码**　A　　**文章编号**　1672-397X（2018）03-0067-02

腹腔镜胆囊切除术后多因CO_2气腹、手术创伤、器官牵引、麻醉药物等因素引起患者术后疼痛及恶心呕吐等[1]，这不仅增加患者的痛苦，而且影响切口的愈合及术后早期康复。我院对40例腹腔镜胆囊切除术患者行针刺辅助麻醉，并设无针刺辅助麻醉组40例作对照，疗效显著，现报告如下。

1　临床资料

1.1　一般资料　2013年1月~2017年5月在我院行腹腔镜胆囊切除术患者80例，随机分为2组。治疗组40例：男性17例，女性23例；年龄36~78岁，平均年龄（50.3±10.8）岁；体重48~79kg，平均体重（65.3±4.7）kg；平均手术时间（63.4±12.3）min；平均麻醉时间（71.8±10.7）min。对照组40例：男性18例，女性22例；年龄35~79岁，平均年龄（50.4±10.9）岁；体重45~83kg，平均体重（65.7±5.0）kg；平均手术时间（64.1±12.7）min；平均麻醉时间（72.3±10.9）min。2组患者的性别、年龄、体重、手术时间及麻醉时间比较，差异无统计学意义

参考文献

[1] WARLOW C, GIJN J V, DENNIS M, et al. Stroke: Practical Management, Third Edition[J]. 2008, 300（19）: 2311.

[2] 中华医学会神经病科分会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996,（6）: 379.

[3] BRUNNSTROM S. Motor testing procedures in hemiplegia: based on sequential recovery stages[J]. PhysTher, 1966, 46（4）: 357.

[4] PARK J, WHITE A, STEVINSON C, et al. Validating a new non-penetrating sham acupuncture device: two randomised controlled trials[J]. Acupunct Med, 2002, 20（4）: 168.

[5] JEBSEN R H, TAYLOR N, TRIESCHMANN R B, et al. An objective and standardized test of hand function[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1969, 50（6）: 311.

第一作者：王鑫（1993—），男，硕士研究生，研究方向为针刺治疗神经系统疾病的临床研究。

通讯作者：王瑞辉，医学博士，教授。wangruihui1963@126.com

收稿日期：2017-11-07
编辑：华　由　强雨叶