

夹脊穴穴位埋线联合电针治疗格林巴利综合征 24 例临床研究

金 泽¹ 徐婵娟² 刘甜甜² 王超杰²

(1. 黑龙江中医药大学附属第二医院, 黑龙江哈尔滨 150001; 2. 黑龙江中医药大学, 黑龙江哈尔滨 150040)

摘 要 目的:观察常规治疗基础上采用夹脊穴穴位埋线联合电针治疗格林巴利综合征的临床疗效。方法:将48例格林巴利综合征患者随机分为治疗组和对照组,每组24例。2组均予基础治疗,对照组联合电针治疗,治疗组联合夹脊穴穴位埋线及电针治疗。2组均治疗1个月。比较2组患者治疗前后四肢肌力、神经传导速度及日常生活活动能力变化情况,并评估临床疗效。结果:治疗组总有效率100.0%,明显优于对照组的87.5% ($P<0.01$);2组患者治疗后四肢肌力、神经传导速度及日常生活活动能力(ADL)评分均较治疗前明显改善 ($P<0.01$),且治疗组改善情况明显优于对照组 ($P<0.01$)。结论:常规治疗基础上采用夹脊穴穴位埋线联合电针治疗对格林巴利综合征患者肢体运动功能及神经修复有显著的促进作用,能明显改善患者生活活动能力。

关键词 穴位埋线;夹脊穴;格林巴利综合征;电针

中图分类号 R246.6 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2019) 12-0070-03

格林巴利综合征 (GBS) 是一种由免疫机制介导的急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病,主要损害脊神经根和周围神经,其临床特点以双侧对称的迟缓性肢体瘫痪及周围性感觉障碍为主,严重者可引发肋间肌及膈肌瘫痪,产生呼吸麻痹,危及生命^[1]。近年来本病发病率逐渐上升,目前病因尚不明确,常有前驱感染病史,多认为是一种自身免疫性疾病。西医多采取血浆置换与免疫球蛋白静脉注射的疗法,极大地降低了致死率,但不少患者留有后遗症,甚至发生肌肉萎缩^[2-3]。现代研究表明,针灸疗法对患者治疗后遗症疗效显著。目前临床多使用电针治疗,有一定疗效,但病程恢复较缓慢。我们临床在常规治疗基础上采用夹脊穴穴位埋线联合电针治疗GBS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1月至2018年8月黑龙江中医药大学附属二院收治的格林巴利综合征患者48例,采用随机数字表法分为治疗组与对照组,每组24例。治疗组男13例,女11例;年龄24~61岁,平均年龄 (46.00 ± 3.19) 岁;病程10~48d,平均病程 (24.42 ± 3.13) d。对照组男12例,女12例;年龄28~65岁,平均年龄 (48.67 ± 2.96) 岁;病程12~45d,平均病程 (23.67 ± 2.81) d。2组患者一般

资料比较无统计学差异 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照中华神经精神病杂志编委会制定的GBS诊断标准拟定^[4];中医诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]中痿证诊断标准拟定。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准;年龄20~70岁,性别不限;GBS病程2年以内;自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 病情严重,不宜康复治疗者;失语或神志障碍,不能评价疗效者;合并严重心、肝、肺、肾等器官疾病者;神经系统疾病者。

2 治疗方法

2组患者均进行康复理疗,如低频脉冲电治疗、肌力训练、作业疗法、按摩疗法等,并给予营养神经、改善循环等药物对症治疗。

2.1 治疗组 采用夹脊穴穴位埋线联合电针治疗。埋线选穴:双侧颈部C₄₋₅、C₅₋₆、C₆₋₇、C₇~T₁夹脊穴,双侧腰部L₁₋₂、L₂₋₃、L₃₋₄、L₄₋₅、L₅~S₁夹脊穴。操作方法:采用一次性使用埋线针,埋藏线采用PGLA线。患者取俯卧位,用碘伏棉签在腧穴局部消毒,埋线针管前端放置1cm的PGLA线,后接针芯,左手固定穴区皮肤,右手持针,迅速进针,出现针感后,推送针芯,将线埋植在穴位的肌层内,退出针管,用无菌干棉球按

压针孔30s止血。每2周埋线一次。电针选穴:上肢取双侧肩髃、曲池、臂臑、手三里、合谷、外关,下肢取双侧髀关、梁丘、阳陵泉、足三里、丰隆、悬钟、太冲。操作方法:患者取仰卧位,75%酒精消毒后,取0.30mm×40mm(安迪牌)针灸针针刺,得气后,在双侧上下肢分别选取4~6个穴位,连接脉冲电针治疗仪,选用疏波,通电30min,以患者耐受强度为度。每日1次,每周治疗6日,休息1日。

2.2 对照组 采用电针治疗,电针具体选穴及操作同治疗组。

2组均治疗4周后观察疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 四肢肌力 治疗前后由同一医师分别测定2组患者双侧上下肢远、近端肌力。参照MMT肌力分级标准,0~5级分别记作0~5分^[6]。肌力在两级之间者依照具体情况,由下一级分别加0.25、0.5、0.75分。

3.1.2 神经传导速度 治疗前后采用丹麦Medtronic肌电图仪测定2组患者双侧正中神经和胫神经的运动神经传导速度(MCV)及感觉神经传导速度(SCV)。检测标准参照协和医院肌电图室肌电图及诱发电位的参考值^[7]。神经电生理检查可作为GBS重要诊断方式和判定指标之一,其对周围神经损伤及预后具有重要意义^[8]。

3.1.3 日常生活活动能力(ADL) 参照改良Barthel指数评定量表,于治疗前后由同一医师对2组患者进行评价,分数越高,表明日常生活活动能力越好。其内容包括洗澡、穿衣、进食、如厕、行走、上下阶梯等10项内容,总计100分。100分为正常,生活可完全自理,无需依赖;61~99分为轻度依赖,生活大部分可自理;41~60分为中度依赖,日常生活部分自理;<40分为重度依赖,日常生活不能自理^[9]。

3.2 疗效判定标准 目前GBS尚无统一的疗效判定标准,本研究根据肌力增长程度拟定。痊愈:肌力恢复正常,生活完全自理;显效:肌力增加≥2级,生活活动能力明显改善;好转:肌力增加≥1级且<2级,生活活动能力有改善;无效:肌力增加<1级,生活活动能力无明显改善。

3.3 统计学方法 采用SPSS 22.0软件进行数据分析,其中计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验,计数资料使用 χ^2 检验,非正态分布或方差不齐采用秩和检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者治疗前后四肢肌力情况比较 见表1。

3.4.2 2组患者治疗前后正中神经传导速度比较 见表2。

3.4.3 2组患者治疗前后胫神经传导速度比较 见表3。

表1 治疗组与对照组治疗前后四肢肌力评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	治疗前				治疗后			
		上肢近端	上肢远端	下肢近端	下肢远端	上肢近端	上肢远端	下肢近端	下肢远端
治疗组	24	2.19±0.48	2.12±0.58	2.32±0.45	2.29±0.45	4.02±0.63 ^{△△}	3.84±0.73 ^{△△}	4.20±0.58 ^{△△}	4.13±0.66 ^{△△}
对照组	24	2.17±0.51	1.93±0.52	2.23±0.54	2.20±0.55	3.38±0.87 [*]	3.10±0.85 [*]	3.48±0.83 [*]	3.38±0.82 [*]

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.01$ 。

表2 治疗组与对照组治疗前后正中神经传导速度比较($\bar{x} \pm s$) m/s

组别	例数	治疗前		治疗后	
		MCV	SCV	MCV	SCV
治疗组	24	37.69±1.81	36.36±1.87	44.95±2.64 ^{△△}	45.71±3.09 ^{△△}
对照组	24	37.31±2.21	35.97±2.43	41.89±3.35 [*]	41.86±4.10 [*]

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.01$ 。

表3 治疗组与对照组治疗前后胫神经传导速度比较($\bar{x} \pm s$) m/s

组别	例数	治疗前		治疗后	
		MCV	SCV	MCV	SCV
治疗组	24	43.22±3.33	49.87±1.89	52.27±4.03 ^{△△}	55.69±2.68 ^{△△}
对照组	24	42.05±3.00	49.12±1.76	48.36±4.57 [*]	53.10±2.93 [*]

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.01$ 。

3.4.4 2组患者治疗前后ADL评分比较 见表4。

表4 治疗组与对照组治疗前后ADL评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	24	28.12±6.22	77.29±15.46 ^{△△}
对照组	24	27.59±6.29	59.37±21.18 [*]

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.01$ 。

3.4.5 2组患者临床疗效比较 见表5。

表5 治疗组与对照组临床疗效比较 例

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	愈显率(%)	总有效率(%)
治疗组	24	2	10	12	0	50.0 [△]	100.0 ^{△△}
对照组	24	0	1	20	3	4.2	87.5

注:与对照组比较,△ $P<0.05$,△△ $P<0.01$ 。

4 讨论

GBS归属于中医学“痿证”范畴。《素问·痿论》

曰：“治痿独取阳明……阳明……主润宗筋”。阳明脉虚，气血不行，关节不利，筋骨萎软无力，发为痿证。夹脊穴最早见于《素问·刺症》：“十二症者……刺项以下侠脊者必已。”近代承淡安先生在《中国针灸学》中提出夹脊穴定位，自第一椎至第十七椎，每椎下脊柱旁开0.5寸，共34穴。现代医家将颈部与骶尾部夹脊穴纳入其中。夹脊穴毗邻督脉与膀胱经，外通经络，内调脏腑，与肝肾脑髓关系紧密，可调气血，和阴阳。足太阳经与督脉皆沿脊柱走行，《灵枢·经脉》云：“督脉之别……挟脊上项……别走太阳，入贯膂”，“膀胱足太阳之脉……挟脊抵腰中，入循膂”，两经经气在此转输，故在功效上夹脊穴兼有两经的特点。《素问·骨空论》曰：“督脉者，贯脊属肾……上额交巅上，入络脑……上贯心。”《奇经八脉考》曰：“督乃阳脉之海……并脊里上行。”督脉总督一身之阳，与手足阳经相连，贯脊，入络脑，与脑和脊髓关系密切。足太阳经络肾属膀胱，与心脑关系密切，又经膀胱经第一侧线上的背腧穴与脏腑相连，五脏六腑之气由此输注于膀胱经，某种意义上讲，膀胱经具有统领联络五脏六腑经脉的特殊作用。“腧穴所在，主治所及”，夹脊穴既可疏通局部经络，又可通过足太阳经联络五脏六腑，调整脏腑功能，此外与督脉经气相通，激发阳明经经气。阳明主润宗筋，阳明脉气充盛，气血运行畅通，筋骨得以濡养，关节枢机通利，痿证自除。

穴位埋线是传统针灸与现代医学结合的产物，在留针基础上发展而来，“久病者，邪气入深……深内而久留之”，张景岳言：“久远之疾……针不深则隐伏之病不能及，留不久则固结之邪不能散”，埋线具有留针长效、强刺激的特点，对沉痾旧疾效效用尤佳。埋线兼具针刺作用，既可疏通经络，调畅气血，又可扶正祛邪，补虚泄实。《灵枢·根结》云：“用针之要……调阴与阳，精气乃光，合形与气，使神内藏。”穴位埋线具有双向调节效应，刺激强度随时间变化而逐渐由强减弱，初期可损脏腑阴阳之有余，后期又可弥补其不足，从整体调节脏腑功能，到达“阴平阳秘”之态^[10]。PGLA线是一种新型可降解高分子合成材料，安全性好，易于吸收，植入穴区后，可改善神经细胞内营养代谢，加速髓鞘和轴突再生，对损伤神经的修复有良好作用^[11]。现代研究表明，针刺夹脊穴能促使脱落髓鞘再生，加速脊神经根修复，具有调节感觉及运动神经兴奋性、增强免疫、改善循环等多重功效^[12]。夹脊穴埋线将“针、穴、线”三者功能合为一体，具有刺激强、时间久、效用专的优势，可激发经气，从整体调理脏腑机能，达到通经活络，扶正

祛邪，平衡阴阳，提高免疫力的综合效应^[13]。电针作用于肢体深部组织，促使肌肉节律性运动，加速血液循环，为受损组织提供营养，改善四肢萎缩状态。夹脊穴埋线与电针远近相互配合，整体调节，可加快运动功能恢复，缩短病程，提高疗效。

本研究显示，治疗组治疗后四肢肌力、神经传导速度及日常生活活动能力改善情况均明显优于对照组，表明常规治疗基础上采用夹脊穴穴位埋线联合电针治疗对格林巴利综合征患者肢体运动功能恢复及神经修复有显著的促进作用，能改善患者生活活动能力。但本研究尚存在许多不足之处，如样本量较少、疗程较短，下一步拟增加样本量及延长周期，完善研究方法，探寻夹脊穴埋线治疗GBS的作用机制。

参考文献

- [1] 孙忠人.神经病学[M].北京:人民卫生出版社,2012:25.
- [2] 陈莉.中医药治疗格林-巴利综合征概况[J].河北中医,2007,29(3):273.
- [3] 曹锐.中医治疗格林-巴利综合征的研究进展[J].内蒙古中医药,2014,33(16):101.
- [4] 陈秀华.格林-巴利综合征诊断标准[J].中华神经精神科杂志,1994,27(6):380.
- [5] 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,1994:23.
- [6] 南登崑.康复医学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2013:40.
- [7] 崔丽英.简明肌电图学手册[M].北京:科学出版社,2006:184.
- [8] 张建强,焦永平.电生理检查在格林-巴利综合征中的应用[J].航空航天医学杂志,2019,30(3):274.
- [9] 李小峰,陈敏.改良Barthel指数评定量表的设计与应用[J].护理研究,2015,29(13):1657.
- [10] 杨才德,包金莲,李玉琴,等.中国穴位埋线疗法系列讲座(二)穴位埋线疗法的治疗机理[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(2):70.
- [11] 刘慧敏.聚乙丙交酯新型埋线材料与羊肠线的临床应用比较[J].中国组织工程研究,2012,16(38):7185.
- [12] 孙伊平,张娇娇,李婷,等.夹脊穴研究进展概述[J].长春中医药大学学报,2016,32(5):1094.
- [13] 霍金,赵同琪,袁永,等.穴位埋线疗法作用机制的研究现状[J].中国针灸,2017,37(11):1252.

第一作者:金泽(1965—),男,医学博士,主任医师,研究方向为针灸治疗脑血管及神经变性疾病。jinze3399@qq.com

收稿日期:2019-05-15

编辑:强雨叶