

盛氏调经御气法深刺八邪穴治疗脑卒中后手功能障碍 42 例临床研究

吴晓亮^{1,3} 缪丹² 孙建华¹ 陈理¹ 连晓阳¹ 王国琴¹ 卢梦叶² 董国启² 戴敏²
盛艳¹ 原萌谦¹ 白丽君³ 曹雅娜¹

(1.南京中医药大学附属医院针灸康复科,江苏南京 210029; 2.南京中医药大学,江苏南京 210023;
3.西安交通大学,陕西西安 710049)

摘要 目的:观察盛氏调经御气法深刺八邪穴治疗脑卒中后手功能障碍患者的临床疗效。方法:将 85 例脑卒中后手功能障碍患者随机分为治疗组 42 例,对照组 43 例。治疗组采用盛氏调经御气法深刺八邪穴治疗,对照组采用浅刺八邪穴治疗,2 组疗效均为 2 周。通过改良肌张力分级量表(MAS)、神经功能缺损程度评定量表(NDS)、Fugl-meyer 评价量表(FMA)比较 2 组患者治疗前与首次治疗后即刻、首次治疗 24 h 后、末次治疗后即刻、末次治疗 24 h 后的手肌张力痉挛程度、手神经功能缺损程度、手运动功能情况,并评估临床疗效。结果:治疗组患者在首次治疗后即刻、末次治疗后即刻、末次治疗 24 h 后手肌张力痉挛程度 3 级患肢数明显少于治疗前($P<0.05$, $P<0.01$),且治疗后个时间点 3 级患肢数明显少于同期对照组($P<0.05$, $P<0.01$)。2 组患者在末次治疗后即刻、末次治疗 24 h 后手神经功能缺损程度Ⅲ+级患肢数明显多于治疗前($P<0.05$, $P<0.01$),治疗组明显多于同期对照组($P<0.05$)。治疗组患者在首次治疗后即刻、末次治疗后即刻、末次治疗 24 h 后手运动功能评分明显高于治疗前($P<0.05$, $P<0.01$),且明显高于同期对照组($P<0.05$);对照组患者末次治疗后即刻手运动功能评分明显高于治疗前($P<0.05$)。治疗组总有效率为 78.57%,明显高于对照组的 41.86% ($P<0.05$)。结论:盛氏调经御气法深刺八邪穴治疗脑卒中后手功能障碍不仅能缓解手肌张力痉挛,改善患者手运动功能,还可以减少手神经功能损伤,提高临床疗效。

关键词 中风后遗症;手;肢体功能障碍;八邪穴;针刺疗法;针灸剂量效应关系;对症治疗;康复训练

中图分类号 R246.6 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2020)09-0066-04

基金项目 江苏省中医院院级创新发展基金专项(Y2017CX38);省级中医康复示范(江苏)中心建设专项课题(Y17kf02-4);江苏省中医药科技发展计划项目(YB201915)

脑卒中(cerebral stroke)是一种急性脑血管疾病,是由于脑部血管突然破裂或因血管阻塞导致血液不能流入大脑而引起脑组织损伤的一组疾病,包括缺血性和出血性卒中^[1],其后遗症包括吞咽障碍、失语、认知障碍、肢体功能障碍,其中肢体功能障碍尤其是手运动功能障碍如手拘挛、手抓握不全、手精细运动功能障碍等是高致残患者的主要类型^[2-3]。随着脑卒中救治体系的不断完善,中风后下肢功能的致残率明显降低,但手功能障碍仍是临床康复的重点,其高发病率和愈后差一直是临床治疗的难题,直接影响患者的日常生活能力^[4]。八邪穴作为治疗手功能障碍的主要选穴,在临床上被广泛应用^[5],但其施针部位有上八邪穴、八邪穴、外八邪穴等多种选择,而操作手法有浅刺、透刺、直刺、平刺,施针等方法,因人而异,疗效差异性极大。本研究我们运用盛

氏调经御气手法深刺八邪穴治疗脑卒中后手功能障碍取得较好临床效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月至 2019 年 6 月南京中医药大学附属医院针灸康复科和脑病中心住院确诊为脑卒中后手功能障碍的患者 85 例,按就诊顺序编号随机分为治疗组与对照组。治疗组 42 例:男 35 例,女 7 例;平均年龄(62.13 ± 12.00)岁;平均病程(64.0 ± 45.1)d;左侧患肢 18 只,右侧患肢 24 只;其中脑出血 11 例,脑梗死 31 例。对照组 43 例:男 32 例,女 11 例;平均年龄(63.72 ± 11.56)岁;平均病程(59.4 ± 45.5)d;左侧患肢 13 只,右侧患肢 30 只;其中脑出血 8 例,脑梗死 35 例。2 组患者性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经南京中医药大学附属医院伦

理委员会批准。

1.2 诊断标准 参考《中国脑血管病防治指南》^[6]中有关脑卒中(脑梗死或脑出血)的诊断标准。偏瘫手功能分级参考《康复医学评价手册》分级标准^[7]。

1.3 纳入标准 (1)符合脑卒中后手功能障碍诊断标准,且经头部CT或MRI确诊;(2)年龄30~80岁;(3)首次发病,病程在1周~6个月;(4)改良肌张力分级量表(MAS)1+级以上;(5)自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)脑肿瘤、脑外伤、脑寄生虫病、代谢障碍、风湿性心脏病等疾病引起的非血管源性脑卒中患者;(2)有较严重的并发症,如严重精神障碍、严重痴呆,以及合并有心、肝、肾、造血系统和内分泌系统等严重原发性疾病者;(3)妊娠或哺乳期妇女;(4)外伤、周围神经损伤或先天畸形等其他原因导致的手功能障碍者。

2 治疗方法

2组患者均给予常规药物、针刺治疗并进行康复训练。常规药物治疗包括:早期静脉溶栓、降颅压、保护脑神经,维持水、电解质及酸碱平衡,改善微循环,调脂,降压等对症治疗和抢救措施方案;康复训练包括:上肢、口面部功能训练,从仰卧到床边坐起训练,坐位平衡训练,站起与坐下训练,站立平衡训练及行走训练。八邪穴以外其他部位的针刺按照中医临床路径选穴标准,如上肢取穴:肩髃、曲池、外关、合谷,下肢取穴:环跳、足三里、悬钟、三阴交、太冲。2组均选用相同基础穴位处方。

2.1 治疗组 加用盛氏调经御气法深刺八邪穴。穴位选择:八邪穴(大都、上都、中都、下都)。患者取仰卧位,沿解剖定位进针,沿手指指缝结合处避开浅表静脉平刺0.5寸,然后调整针刺方向继续深刺各掌骨之间至掌心方向,至刺入1寸以上,患者产生明显的酸麻胀痛感传至掌心或手臂方向,并使对应的患肢手指出现抽动感为度,然后快速提针至浅部,再继续缓缓深刺,重复上述手法3次后,患手痉挛状态完全放松,伸展位留针15 min。

2.2 对照组 加用浅刺八邪穴。进针部位、方式同治疗组,浅刺0.05寸,平补平泻,令局部产生明显麻痛感,留针15 min。

2组均选用0.30 mm×40 mm规格的华佗牌无菌针灸针进行针刺,5次/周,连续治疗2周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 于治疗前与首次治疗后即刻、首次治疗24 h后、末次治疗后即刻、末次治疗24 h后记录下列指标。

3.1.1 手肌张力痉挛程度 采用改良肌张力分级量表(MAS)测定手肌张力^[8]。按被动活动关节牵拉痉挛肌的阻力出现的时间及强度,将痉挛程度分为6个等级。0级:肌张力不增加,被动活动患侧肢体在整个范围内均无阻力;1级:肌张力稍增加,被动活动患侧肢体达到终末端时有轻微阻力;1+级:肌张力稍增加,被动活动患侧肢体在前1/2关节活动范围(ROM)有轻微卡住的感觉,后1/2 ROM中有轻微的阻力;2级:肌张力轻度增加,被动活动患侧肢体在大部ROM内均有阻力,但仍可活动;3级:肌张力中度增加,被动活动患侧肢体在ROM内均有阻力,活动比较困难;4级:肌张力高度增加,患侧肢体僵硬,阻力很大,被动活动十分困难。

3.1.2 手神经功能缺损程度 采用临床神经功能缺损程度评定量表(NDS)中手肌力部分评定手神经功能缺损程度^[8]。V度为手肌力正常;IV度为不能紧握拳;III+度为握空拳、能伸开;III度为能屈指、不能伸;II度为屈指不能及掌;I度为指微动;0度为不能动。

3.1.3 手运动功能 采用Fugl-meyer评价量表(FMA)中手部独立测试项目测定手运动功能^[8]。每项检查内容根据不能完成、部分完成、完全完成分别计0、1、2分,包括手指共同屈曲、手指共同伸展、钩状抓握、侧捏、对捏、圆柱状抓握、球形抓握等7项内容。手运动功能评分为各项评分之和,分数越高,手运动功能越好。

3.2 疗效判定标准 参照《康复功能评定学》^[9]拟定。显效:MAS评级下降2级以上;有效:MAS评级下降1级以上;无效:MAS评级无改善。

3.3 统计学方法 采用SPSS 24.0统计软件对数据进行统计学分析。计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料采用例数及百分比表示。计量资料采用 t 检验(方差齐性、正态分布)或Wilcoxon秩和检验,选用重复测量方差分析,不符合正态分布的可使用friedman test等非参数检验方法;计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用Wilcoxon秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者治疗前后手肌张力痉挛程度比较 见表1。

3.4.2 2组患者治疗前后手神经功能缺损程度比较 见表2。

3.4.3 2组患者治疗前后手运动功能比较 见表3。

3.4.4 2组患者临床疗效比较 见表4。

4 讨论

脑卒中可归属于中医学“中风”范畴,手功能障碍则是中风后“阳缓而阴急”的表现。风邪流窜于阳经,气血运行阻滞于经筋,病位在于经筋,主要病机为阴阳失调、筋脉失养而致阴急,治疗多以局部取穴,祛风邪而调阴阳。肌肉注射肉毒素、中枢解痉药和外周解痉药在临床上应用有一定的疗效^[10],但是副作用较多,不能长期反复使用。盛灿若教授^[11]提出“咽四穴、面三针、调经御气手法”等特色针灸治疗方法思路,调经御气法针刺得气感力求向四肢远端传导,进针深度达到一定程度,并及早行手法得气,在快抵达穴位深层时快速的控制幅度进行一个钝性扇形冲击能量的刺激,使气下行。对于中风后手功能障碍强调深刺,运用调经御气法使气向心传导可取事半功倍之效。本研究对照组选用八邪穴常规浅刺对照治疗,该手法为常规针刺八邪穴推荐操作方法^[12],不良反应较少,目前作为临床标准操作手法,但在卒中后手功能障碍患者的治疗中疗效上不尽如人意^[13]。

手肌张力是保证手运动控制能力并进行各种复杂运动的必要条件,脑卒中患者手运动功能恢复水平主要取决于手的痉挛程度。MAS被广泛应用于临床评定手痉挛的严重程度,该方法降低了客观评定的集束效应,具有较好的评定间信度,有重要的参考意义^[14]。手痉挛受神经性因素影响较大,具备高变异的特性,因此需要严格标准化的量化评定程序。通过NDS和FMA两种定量评价方法,以主动运动评定来评估患手生活自理能力^[15],并对其损害程度客观量化,相互结合,综合评价发挥对不同程度手功能损伤鉴别的重要意义。

本研究结果显示,盛氏调经御气手法深刺八邪穴能够显著改善脑卒中后手运动功能障碍,可加快实现患肢手肌张力恢复到正常状态,有着显著的即刻效应,并提高患者的依从性,且有一定的远期疗效。但本研究中尚存不足,如纳入样本量偏少、缺乏

表1 治疗组与对照组治疗各时期手肌张力痉挛程度比较 单位:肢

观察时间	治疗组 (n=42)					对照组 (n=43)				
	0级	1级	1+级	2级	3级	0级	1级	1+级	2级	3级
治疗前	0	0	9	15	18	0	0	8	19	16
首次治疗后即刻	16	19	3	1	3 ^{△△*}	0	3	9	15	16
首次治疗 24 h 后	0	1	13	12	16*	0	0	8	19	16
末次治疗后即刻	17	21	2	0	2 ^{△△*}	1	3	11	15	13
末次治疗 24 h 后	3	16	7	9	7 ^{△*}	1	3	11	15	13

注:与本组治疗前比较,△P<0.05,△△P<0.01;与对照组同期比较,*P<0.05,**P<0.01。

表2 治疗组与对照组治疗各时期手神经功能缺损程度比较 单位:肢

观察时间	治疗组 (n=42)					对照组 (n=43)				
	0	I	II	III	III+	0	I	II	III	III+
治疗前	9	18	10	3	2	7	21	7	5	3
首次治疗后即刻	9	18	10	3	2	7	21	7	5	3
首次治疗 24 h 后	9	18	10	3	2	7	21	7	5	3
末次治疗后即刻	1	6	8	15	12 ^{△△*}	4	13	14	7	5 [△]
末次治疗 24 h 后	1	6	8	15	12 ^{△△*}	4	13	14	7	5 [△]

注:与本组治疗前比较,△P<0.05,△△P<0.01;与对照组同期比较,*P<0.05。

表3 治疗组与对照组治疗各时期手运动功能比较 ($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	治疗前	首次治疗后即刻	首次治疗 24h 后	末次治疗后即刻	末次治疗 24h 后
治疗组	42	1.80±1.34	2.05±1.46 ^{△*}	1.80±1.11	2.55±1.16 ^{△△*}	2.40±1.10 ^{△△*}
对照组	43	1.20±1.65	1.25±1.93	1.20±1.72	1.40±1.64 [△]	1.30±1.84

注:与本组治疗前比较,△P<0.05,△△P<0.01;与对照组同期比较,*P<0.05。

表4 治疗组与对照组临床疗效比较 单位:例

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	42	13	20	9	78.57**
对照组	43	4	14	25	41.86

注:与对照组比较,**P<0.01。

空白对照组及神经生理机制的观察,下一步研究拟扩大样本量,并进行神经生理学指标检测以探索针刺手法治疗手功能障碍的作用机制。

参考文献

- [1] 秦莉花,黄娟,李晟,等.脑卒中流行病学及与性激素的相关性[J].中国老年学杂志,2018,38(20):5099.
- [2] 蒋燕萍,曾玉萍,吴波.脑血管病临床研究进展[J].中国现代神经疾病杂志,2018,18(2):89.
- [3] 徐兰,李淑芳,王海侨,等.基于成人脑卒中急救流程在佛山市缺血性脑卒中急诊创新绿色通道的应用效果[J].广东医学,2019,40(3):391.
- [4] 刘瑶,王军,李瑾,等.院前急救联合绿色通道在急性缺血性脑卒中的应用效果[J].中华卫生应急电子杂志,2018,4(6):336.
- [5] 张彬彬,王伟,潘永清.上八邪、合谷穴合谷刺结合后溪穴治疗中风后手功能障碍临床观察[J].中国针灸,2019,39(3):271.

金陵名医张简斋特色用药撷菁

朱俊¹ 李卫婷¹ 朱成英² 段茜¹ 王钢¹ 邹燕勤³

(1.南京中医药大学附属南京博大肾科医院,江苏南京210004;2.南京市中医院,江苏南京210007;
3.江苏省中医院,邹燕勤国医大师传承工作室,江苏南京210029)

摘要 金陵名医张简斋先生博采众长,形成了自己独特的学术思想,是金陵医派的奠基人。《邹云翔手录孤本张简斋医案》记录简斋医案568篇,经过精心研读,发现简斋先生不仅治法选方思路清晰,在用药、煎服方法方面也独具特色。他擅长使用药对,配伍精当,药简力专;巧妙地将丸药、散剂包煎融入汤剂中,标本同治;用水先煎白茅根、芦根或者黍米、谷芽、麦芽等,再以药汁代水煎药,护胃增效;在服用中药煎剂的同时配合吞服丹膏,屡起沉疴。

关键词 张简斋;《邹云翔手录孤本张简斋医案》;治疗用药;民国;南京

中图分类号 R2-09 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2020)09-0069-05

张简斋先生是民国时期最具影响力的金陵医家,也是金陵医派的奠基人^[1]。他博采众长,灵活运用《内经》《伤寒论》《金匱要略》等经典理论,理、法、方、药丝丝入扣,对《温病条辨》等诸家学说研究透彻,形成了自己独特的学术思想。一代名医邹云翔教授曾手录张简斋医案568篇,经其女国医大师邹燕勤教授整理出版为《邹云翔手录孤本张简斋医案》一书^[2]。我们通过精读简斋先生病案,深感先生遣方之精妙,其医案字数不多,言简意赅,用药平和,君、臣、佐、使配伍灵活,注重气机升降。简斋先生擅长使用药对,配伍精当;煎药也别具一格,有丸

散包入煎剂,有煎汤代水煎药,还有丹剂、膏剂另服等多剂型给药。通过药物配伍及其特色煎煮减轻药物的毒副作用,提高临床疗效,值得我们借鉴学习。现将简斋先生特色用药经验总结如下,以飨同道。

1 擅用药对,配伍精当

简斋先生的医案中可见许多配伍精当的药对,如:何左案(见图1),肺肾阴虚之咳嗽,治拟柔养疏化,处方中包含旋覆花配蛤壳、苏梗配桔梗、赤芍配白芍、杏仁配桃仁、桃仁配薏苡仁、半夏配寸冬、沙参配半夏、茯苓配茯神、川贝配浙贝等药对,共奏补肺益肾清肝、降气化痰止咳之效。药对配伍精当,药

- [6] 胡智伟.中国脑血管病防治指南[C]//浙江省中西医结合学会.浙江省中西医结合学会急救医学专业委员会第三次学术年会暨省级继续教育学习班论文汇编.浙江:浙江省科学技术协会,2007:64.
- [7] 于兑生.康复医学评价手册[M].北京:华夏出版社,1993:33.
- [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.
- [9] 王玉龙.康复功能评定学[M].北京:人民卫生出版社,2008:100.
- [10] 刘蕊.超声引导穿刺注射肉毒素在治疗儿童肌肉痉挛中的应用分析[J].药品评价,2017,14(10):56.
- [11] 盛灿若,孙建华,吴晓亮,等.临证针刺手法应用述略[J].江苏中医药,2017,49(5):1.
- [12] 于学平,严姣,邹伟.肌张力分期针刺治疗中风偏瘫临床疗效观察[J].中国针灸,2018,38(10):1035.
- [13] 张佃璋.中医综合外治法对中风偏瘫患者肌张力影响

的临床观察[D].南京:南京中医药大学,2017.

- [14] 卫小梅,郭铁成.改良的Ashworth分级的信度研究[C]//中华医学会物理医学与康复学分会.中华医学会第九次全国物理医学与康复学学术会议论文集.北京:中华医学会,2007:722.
- [15] 姜荣荣,陈艳,潘翠环.脑卒中后上肢和手运动功能康复评定的研究进展[J].中国康复理论与实践,2015,21(10):1173.

第一作者:吴晓亮(1984—),男,医学硕士,主治中医师,研究方向为可视化针灸技术在神经系统疾病应用。

通讯作者:曹雅娜,康复医学硕士,主治医师。
caoyanaking@163.com

修回日期:2020-06-05

编辑:蔡强