



针灸治疗脑出血恢复期的疗效分析

王炽,李振龙

(常德市第一中医医院,湖南 常德 415000)

摘要:目的 探究针灸治疗脑出血恢复期的疗效。方法 选取常德市第一中医医院2020年7月—2021年7月接诊的78例脑出血恢复期患者,依据随机数字表法将其分为观察组和对照组各39例,对照组予以稳定血压、脱水、抗感染等常规治疗,观察组加用针灸治疗,比较两组临床疗效,美国国立卫生研究院卒中量表评分(NIHSS),哥斯拉昏迷评分(GCS)。结果 治疗后,观察组临床总有效率高于对照组($P < 0.05$),两组NIHSS评分均降低($P < 0.05$),观察组低于对照组($P < 0.05$),GCS评分均升高($P < 0.05$),观察组高于对照组($P < 0.05$)。结论 针灸治疗脑出血恢复期可以有效提高临床治愈率,改善神经功能,促进恢复。

关键词:针灸;脑出血恢复期;临床疗效

中图分类号:R246.6

文献标志码:A

文章编号:1671-7813(2023)05-0078-03

Clinical Effect of Chinese Acupuncture and Moxibustion on Sequela of Cerebral Hemorrhage

WANG Chi, LI Zhenlong

(The First Hospital of Traditional Chinese Medicine of Changde, Changde 415000, Hunan, China)

Abstract: *Objective* To study the clinical effect of Acupuncture and Moxibustion on cerebral hemorrhage rehabilitation. *Methods* A total of 78 patients with cerebral hemorrhage convalesce were selected from The First Hospital of Traditional Chinese Medicine of Changde City from July 2020.07 to July 2021.07. According to random number table method, 39 cases were divided into observation group and control group. The control group was given conventional treatment such as stable blood pressure, dehydration and anti-infection. The observation group was treated with traditional Chinese acupuncture and moxibustion in addition, and the clinical efficacy, National Institutes of Health Stroke Scale score (NIHSS) and Godzilla coma score (GCS) were compared between the two groups. *Results* After treatment, the total clinical effective rate of the observation group was higher than that of the control group ($P < 0.05$), the NIHSS score of both groups was decreased ($P < 0.05$), the observation group was lower than that of the control group ($P < 0.05$), the GCS score was increased ($P < 0.05$), the observation group was higher than that of the control group ($P < 0.05$). *Conclusion* Acupuncture treatment of cerebral hemorrhage convalescence can effectively improve the clinical cure rate, improve nerve function and promote recovery.

Keywords: acupuncture; cerebral hemorrhage convalescence period; clinical effect

脑出血是指因非实质性外伤造成的脑血管破裂引发的以运动、语言障碍,头晕、头痛、嗜睡甚至是昏迷等为症状的一类疾病的总称,常见病因是高血压合并细、小动脉硬化,部分患者有动脉瘤、动脉血管畸形病史,多发性脑出血可见于脑淀粉样血管病变、血液病(白血病、再生障碍性贫血、血友病、血小板减少性紫癜及红细胞增多症等)、抗凝或抗血小板聚集等药物使用不规范等。高血压脑出血一般可在30 min内终止,致命性脑出血则是直接导致患者死亡,这与出血量密切相关,若不进行及时的干预可对患者本人及家庭造成极为严重的损失^[1]。脑出血恢复期,又名脑出血后遗症期,是指因未经及时治疗或在部分预后欠佳的病例中,患者出现不同程度的运动、

认知及吞咽功能的障碍,使其很大程度地丧失日常生活自理能力的病变阶段,中医将脑出血、脑出血后遗症归属于“中风”范畴,并由风、热、痰、瘀等致病因素提出熄风、豁痰、开窍、解毒泻火等治法^[2],并发展了以“针灸、推拿、理疗、康复训练”等手段为主的中医康复治疗,为绝大多数脑出血、脑出血恢复期患者及家庭带来生活的希望与曙光。针灸是一种利用外界的刺激来激发人体自身的调节机制达到治疗的作用的中医疗法,为脑出血恢复期患者最为常见的治疗手段之一,因能最大程度降低药物的毒副作用,刺激经络穴位、局部肌肉、周围神经以改善微循环的功效,在参与脑出血康复治疗中最为常见,疗效也相当突出。本文以常德市第一中医医院、常德市第一人民医院收录的78例患者为研究对象,通过观察在康复治疗过程中不同方法的脑出血患者的临床疗效及不良反应情况,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以2020年7月—2021年7月常德市第一中医医院收治的脑出血患者78例为研究对象,依据随机数字表法分为观察组和

基金项目:湖南省卫生健康委员会一般项目(20201324)

作者简介:王炽(1995-),女,湖南津市人,住院医师,硕士,研究方向:中医内科学风湿免疫。

通讯作者:李振龙(1976-),男,湖南邵阳人,主任医师,硕士研究生导师,硕士,研究方向:中医药防治危急重症疾病。E-mail: candice20201995@163.com。



对照组各39例。观察组男27例,女12例,年龄50~87岁,平均(65.48±9.21)岁;对照组男25例,女14例,年龄50~88岁,平均(68.32±11.18)岁。两组一般资料具有可比性($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断 参考《各类脑血管疾病诊断要点》^[3],常于体力活动或情绪激动时发作;发作时伴有反复地呕吐、剧烈头痛;多数伴有高血压病病史,发作时血压升高;病情进展迅速,可出现意识障碍、偏瘫等不良症状,若治疗不及时预后较差;CT可明确诊断。

1.2.2 中医诊断 参考《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[4],主症:神识昏蒙,伴有偏瘫、言语謇塞、口舌歪斜等临床表现;次症:剧烈头痛、眩晕,如坐舟帆、瞳神改变、目偏不瞬、肢体共济失调、饮水易发呛等等。具备以上内容中的2项或1项主症和2项次症均可确诊中风病。

1.3 纳入标准

①符合脑出血的中、西医诊断标准。②有以下一种或多种临床表现:a.感觉和运动功能障碍如偏身感觉障碍、偏身运动障碍及一侧视野缺失(偏盲);b.交流功能障碍如失语、发音构词困难等;c.认知功能障碍如记忆力、注意力及思维能力的障碍;d.心理障碍如焦虑、抑郁等;e.其它功能障碍如吞咽困难、二便失控及性功能障碍等^[5]。③年龄18~90岁。④同意参加本研究并签署知情文件。

1.4 排除标准

①专科检查及实验室检查资料不齐全、或人为原因造成丢失者。②合并严重感染、肝、肾功能损害,心、脑血管意外、血液系统疾病及风险患者。③残疾患者,因盲、聋、哑、智力障碍,精神障碍及其它原因引发的肢体残疾,影响脑出血症状恢复程度及疗效评估者。④怀疑或确定有酒精、药物滥用史,或根据研究者的判断、具备降低入组可能性或使人组复杂化的其他情况。⑤患者及其家属对本次调查持消极态度,且医从性较低,不予配合,甚至自行停药、随意换药者等。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 常规西医治疗。控制血压、监测颅内压、脱水、预防感染、局部降温改善脑代谢、营养支持、适当抬高床头等,并结合患者具体情况予以肢体功能、语言、日常活动锻炼等在内的康复理疗。

1.5.2 观察组 在对照组基础上加用针灸治疗。在实施针刺前,嘱患者适当进食,保持适当休息,如有醉酒、过度疲劳、饥饿、饱食等情况不能立即实施针刺治疗,出现晕针、滞针等需正确处理,治疗过程需嘱咐患者保持情绪的平稳,争取最大的配合^[6]。在全面了解患者病情的基础上,要准确选择腧穴、针刺方法、手法及时机,掌握补、泻的规律性及合理性,注意施针的力度、频次快慢,以期获得较高的临床疗效和患者满意度,减少患者疼痛等不适感^[7]。

神志昏迷伴牙关紧闭、口噤不开者取穴水沟、太冲、十二井穴等;神志昏迷且出现目合口开、二便失禁症状者取关元穴,同时艾灸神阙穴,灸法以回旋灸为主,尽可能扩大温热刺激的面积;无明显意识障碍以半身不遂为主症的,针刺选穴上肢的曲池、合谷、手三里、内关等,下肢的环跳、阴陵泉、足三里、昆仑等穴;恢复期患者取阴陵泉、绝谷、解溪、太冲、风市、肩髃、肩髃、肩贞等穴;头面部常用穴为百会、神庭、头维、四神、印堂等。

1.6 观测指标

神经功能评分。参照美国国立卫生研究院卒中量表

(NIHSS)判定,对患者意识水平、眼球凝视活动、面瘫、上下肢运动、语言、有无构音障碍、肢体感觉等多方面进行评分,满分42分,<15分:神经功能轻度缺损;15~30分:中度损害;≥31分:严重缺陷^[8-9]。

哥斯拉昏迷评分(GCS评分)。从睁眼反应、语言交流及意识形态进行评分,满分15分,12~14分:轻度意识障碍,9~14分:中度意识障碍,≤8分:昏迷^[10]。

1.7 临床疗效

参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[4],临床控制:临床症状消失,神志清楚,思维水平清晰,NIHSS评分下降≥90%,GCS评分>14分;显效:临床症状明显改善,神清,日常交流沟通无明显障碍,NIHSS评分下降45%~89%,GCS评分12~14分;有效:临床症状有所改善,神清或嗜睡,可进行简单交流,NIHSS评分下降18%~44%,GCS评分9~11分;无效:临床症状、神经功能、意识水平等均无改善,或病情进一步加重,NIHSS评分下降<18%,GCS评分>8分^[11]。

1.8 统计学方法

采用SPSS 21.0软件,资料分为计量资料、计数资料和等级资料。计量资料采取 t 检验,用 $\bar{x} \pm s$ 表示;计数资料用例(%)表示,采用 χ^2 检验;等级资料则用Willcoxon秩和检验。

2 结果

2.1 两组脑出血恢复期患者临床疗效比较

治疗后,观察组总有效率74.36%高于对照组的48.72%($P<0.05$)。见表1。

表1 两组脑出血恢复期患者临床疗效比较

单位:例(%)						
组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效
观察组	39	0	5(12.82)	24(61.54)	10(25.64)	29(74.36) ^a
对照组	39	0	1(2.56)	18(46.15)	20(51.28)	19(48.72)

注:a与对照组比较, $P<0.05$ 。

2.2 两组脑出血恢复期患者治疗前后NIHSS评分、GCS评分比较

治疗后,两组NIHSS评分均降低($P<0.05$)、GCS评分均升高($P<0.05$),观察组NIHSS评分低于对照组($P<0.05$),GCS评分高于对照组($P<0.05$)。见表2。

表2 两组脑出血恢复期患者治疗前后NIHSS评分、

GCS评分比较($\bar{x} \pm s$)					单位:分
指标	组别	例数	治疗前	治疗后	
NIHSS	治疗组	39	7.69±8.15	4.67±6.40 ^{ab}	
	对照组	39	6.00±6.98	5.41±6.60 ^a	
GCS	治疗组	39	6.87±2.19	11.67±1.75 ^{ab}	
	对照组	39	7.30±2.15	9.77±1.53 ^a	

注:a与本组治疗前比较, $P<0.05$,b与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。GCS:哥斯拉昏迷评分,NIHSS:美国国立卫生研究院卒中量表。

3 讨论

脑出血是一类由于原发性高血压病、微动脉瘤、血管硬化或是血管畸形等病因导致脑血管破裂出血的疾病,重症脑出血患者还可引发颅内压增高、脑水肿、颅内感染、炎症因子大量释放、神经元细胞坏死等继发性损害^[12],发病后可出现剧烈的头痛、恶心、呕吐等症状,严重者甚至发生迅速的意识障碍,是威胁人类健康的重要因素^[13]。对于急性脑出血的治疗,临床多以调控血压、降低脑代谢、监测颅内压、脱水以稳定颅内压、防治继续出血、手术开颅止血等对症处理及卧床休息、加强营养、维持内环境平衡等一般治疗手段为主^[14-15]。西医治疗方法虽



然能及时控制脑出血发展趋势并挽救生命,但不能完全逆转恢复期患者肢体偏瘫、运动障碍、言语及吞咽功能减退、全身乏力、记忆力低下的不良预后,部分患者因寒冷、过度疲劳、饱食或进食油腻、情绪激动等因素而诱发,始终不能较大程度地提高患者的临床疗效和预后水平,助其顺利回归社会^[16]。

中医针灸最早诞生于新石器时期,千年来随着理论及实践基础地不断完善,针灸已在“未病先防、已病防变、瘥后防复”的方面形成了完整的框架与体系。早在东汉时期,张仲景曾于《金匮要略》中言:“四肢才觉重滞,即导引吐纳,针灸膏摩,勿另九窍闭塞”,即当四肢沉重不堪重负时,可通过调节姿势、锻炼呼吸、针灸按摩等法调整全身经络,以令机体九窍畅通而不闭塞^[17]。脑出血在中医属“中风”范畴,其基本病机为阴阳失调,气血逆乱,上犯于脑,其病位在脑,但与心、肝、脾、肾密切相关,轻者风痰横窜经络而为中经络,多表现为半身不遂,口眼歪斜,肌肤不仁,然神志清楚,未见昏迷之象,重者则为肝阳肝风夹痰夹火上闭清窍而为中脏腑,多表现为昏不知人,或神志模糊且迷蒙。此外,中脏腑亦有闭证、脱证之分,闭证属实,为邪闭清窍所致,症状见于神志昏迷、牙关紧闭、口噤不开、肢体强痉之分;脱证,则为阴阳即将离决之候之象,临床见目合口开、四肢松懈,二便自遗。闭证常见于骤起,而脱证则由闭证恶变转化而成。脑出血恢复期多指发病2周后或1个月至半年内。在恢复期加强偏瘫肢体的被动活动,进行各种功能锻炼,并配合针灸在内的各种中医操作,可取得良好的治疗效果。而针灸治病,其重要原理在于其能疏通经络,使其逐渐恢复贯通上下、调节脏腑之功能,使得中风后遗症期患者经络通畅,气血得行,另外,针刺特定穴位,不仅对虚弱、抑制、放松状态下的神经、肌肉、器官起刺激作用,还能增强身体免疫力,补泻结合,补虚减实,以此抵抗致病因素,促进肢体痊愈^[18-19]。

脑出血的发病虽与高血压病、糖尿病、脑血管硬化及血液病等慢性病密切相关,然而该病起病急骤,发展迅速,久治、误治后预后较差,轻者以头痛、恶心、呕吐、烦躁为主要表现,重者则出现多功能障碍,且患者脱离生命危险后仍有肢体感觉、活动障碍等遗留问题,长久延误治疗极易耽误病情,增加临床治愈、康复难度,对身心健康、家庭发展造成严重不良影响^[20]。此次临床观察多以针刺为主,针刺具有活血、散瘀、通络之效,通过刺激经络穴位以充实人一身之正气,促使神经元渐趋修复^[21]。在疾病早期,病程短,体质强,主要表现为关节拘挛强直者,针刺宜用泻法,让针刺感强烈放射;疾病中晚期,体质偏弱,或症见肌肉萎缩者,宜用补法,手法宜缓而使针刺感缓和且发散。在选穴上,上肢以曲池、内关、合谷,下肢以足三里、环跳、阴陵泉等为主穴,促进四肢血液循环及运动、感觉功能的恢复;头部以百会、头维、四神穴等以加速脑水肿的吸收,缓解局部脑血管的痉挛等。操作方法:操作方法:患者取健侧卧位,操作医师按无菌操作常规进行手消毒、针刺部位消毒,选用规格为0.35 mm×(25~75) mm 针灸针,主穴用补法,百会穴平刺16 mm,采用捻转补法操作,每次每穴位行针10~20 s,针刺得气后,可于针柄处悬挂艾炷,燃烧5 min。配穴用平补平泻法,进针手法为指切进针法,合谷、内关、曲池等直刺33 mm,对于针刺部位较深处的膈穴足三里、阴陵泉与环跳等穴,使用扶持进针法直刺50 mm,针刺以局部产生酸、麻、重及胀感为宜,针刺得气后,间隔5~7 min 再次行针,以提插补泻手法为主,留针30 min 后各穴位快速出针,并用棉签按压针孔。出针后康复师即刻对患者活动障碍的关节进行运动疗法,给予患肢关节松动、四肢推拿、训练等康复锻炼手法,鼓励患者积极主动

运动,时间为30 min,14 d 为1个疗程,共治疗2个疗程,1个疗程结束后休息7 d。结合患者的实际情况进行不同的康复治疗方

案,逐步消除患者的不良情绪及心理障碍,充分体现中医针刺疗法参与在内的中西医结合治疗脑水肿的优越性。本次临床观察显示,针刺特定穴位后,观察组治愈率高于对照组,观察组NIHSS评分低于对照组,GCS评分高于对照组,相对于单纯西医治疗加康复训练,使用针灸疗法更能推动脑出血恢复期患者神经元功能恢复,在有效降低NIHSS评分,提高治愈率及GCS评分的同时,改善疾病预后,提高临床疗效和预后水平。因此,对于脑出血恢复期患者,经中医辨证合理评估,结合个体差异选取相应穴位,予以针灸可显著改善预后。

参考文献

- [1] 吴江,贾建平. 神经病学[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社,2015:191.
- [2] 张树泉,刘强. 脑出血中医治疗研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2013,11(5):605-607.
- [3] 中华神经科学会,中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1995,29(6):379.
- [4] 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.
- [5] 周婷婷. 自发性脑出血康复[J]. 综合论坛,2020(3):141.
- [6] 邓怀洪. 针灸前后有讲究[J]. 国际感染病学,2019,8(2):129.
- [7] 陈贝,陈松,陈子琴,等. 浅谈针灸处方的特异性[J]. 中华中医药杂志,2022,37(1):113-116.
- [8] 熊晶. 中医针灸配合康复治疗治疗脑出血的临床观察[J]. 中国继续医学教育,2020,12(6):152-154.
- [9] 何平,刘萍. 中医按摩与针灸干预对高血压脑出血患者术后神经功能及生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2018,27(29):110-113.
- [10] 王国祥,张大伟,徐挺. 通腑开窍中药与依达拉奉注射液治疗高血压脑出血术后效果比较[J]. 中国乡村医药,2020,27(8):24,32.
- [11] 申晓稚,卢鑫. 中医分阶段治疗急性脑出血46例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2020,36(1):26-27.
- [12] 孙艳军,宋英华,张雁,等. 超声扫描脑血管治疗仪治疗基底节区脑出血的疗效观察[J]. 中风与神经疾病杂志,2010,27(12):1119.
- [13] 崔洪玉,赵德喜,王若男,等. 中医治疗脑出血的研究进展[J]. 中华中医药学刊,2020,38(2):81-83.
- [14] 尹穰华. CT定位下微创软通道技术联合中医辩证治疗高血压脑出血疗效分析[J]. 当代医学,2017,23(21):50-52.
- [15] 罗卫,刘晓燕,范小璇,等. 中药干预对老年高血压性脑出血术后痰热壅肺证临床研究[J]. 陕西中医药大学学报,2017,40(5):56-59.
- [16] 张树泉,刘强. 脑出血中医治疗研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志. 2013,11(5):605-607.
- [17] 邓伊健,曾丽莹,曲姗姗,等. 针灸治未病浅谈[J]. 河南中医,2018,38(4):505-507.
- [18] 邵静,李鑫,沈文. 针刺综合疗法联合西药治疗急性期基底节区出血随机对照观察[J]. 中国中医急症,2018,27(8):1414-1416.
- [19] 王倩,包永欣. 针灸免疫探析[J]. 辽宁中医药大学学报,2019,21(3):185-190.
- [20] 邓征亚. 中医针灸治疗对脑出血术后患者神经功能及疗效的影响[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7(69):43-44.
- [21] 郑亚玲,汪晓晴,许军峰. 针刺促醒对不同年龄脑出血意识障碍患者NIHSS评分、BI指数、GCS评分的影响[J]. 河南中医,2017,37(11):1937-1938.