

● 针推医学 ●

朱氏头皮针长留针法

对急性缺血性脑卒中肢体运动功能障碍的影响

雷旭露¹, 肖 蕾¹, 冯必强¹, 朱明清²

(1. 北京市丰台中西结合医院, 北京, 100072;

2. 美国俄勒冈州波特兰中医大学, 俄勒冈州, 95110)

[摘要] 目的:探讨朱氏头皮针长留针法对急性缺血性脑卒中运动功能障碍的影响。方法:将72例急性缺血性脑卒中运动功能障碍患者随机分为治疗组和对照组,每组各36例。2组均采用基础治疗,治疗组采用朱氏头皮针长留针法治疗,对照组采用头针治疗。连续干预2周。于治疗前、治疗1周后、治疗2周后、治疗后3个月、治疗后6个月记录患者的简式Fugl-Meryer运动功能(FMA)评分、Barthel指数(BI)评分。结果:2组治疗后各个时间节点与治疗前比较,差异均有统计意义($P < 0.05$);治疗1周、治疗2周、治疗3个月后,治疗组FMA评分、BI评分均高于对照组($P < 0.05$)。结论:朱氏头皮针长留针法可以改善急性缺血性脑卒中患者运动功能障碍,值得临床推广。

[关键词] 急性缺血性脑卒中;运动功能障碍;中西医结合疗法;朱氏头皮针

[中图分类号] R277.733 [文献标识码] A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.09.030

急性缺血性脑卒中是最常见的卒中类型,占我国脑卒中的69.6%~70.8%^[1-2],肢体运动功能障碍是急性缺血性脑卒中常见的临床症状,其3个月的病死率为9.0%~9.6%^[3],致死/致残率为34.5%~37.1%^[4],严重影响患者生活质量。急性缺血性脑卒中患者的运动功能障碍已成为脑卒中后亟待解决的重要难题之一,对提高患者生活质量,使之更好地回归家庭、社会具有重要意义。近年来,针灸在脑梗死患者后遗瘫痪的康复过程中发挥着积极作用,头针治疗更以其独特的优势成为针灸治疗脑梗死体系中不可缺少的一部分。朱氏头皮针长留针法是头针疗法中的一种,由美国旧金山明擘神经医学中心主任朱明清经过四十多年的临床实践总结而出的独特头针穴名体系的一种疗法。对于中风患者,朱老本人运用此法治疗的例数已超过十万例,通过不断总结经验、改进治疗方案,90%以上的早期患者首次治疗后即收到立竿见影之效。发病在3个月内的脑梗塞患者,一般治疗20次左右,即1个月内病情明显好转^[5]。本课题选用朱氏头皮针长留针疗法,在严密科研设

计下进行临床随机对照研究,从临床疗效、安全性、依从性角度进一步验证朱氏头皮针长留针法治疗急性缺血性脑卒中肢体运动功能障碍的临床疗效,从而为朱氏头皮针长留针法的临床应用提供可靠依据,为急性缺血性脑卒中后肢体功能活动障碍提供新方案。

1 临床资料

1.1 一般资料 于2016年10月至2018年5月北京市丰台中西结合医院神经内科入院的206例急性缺血性脑卒中患者中选取72例,将其随机分为治疗组与对照组,每组各36例。治疗组中,男17例,女19例;平均年龄(65.0 ± 8.9)岁;平均住院天数15d。对照组中,男18例,女18例;平均年龄(65.8 ± 9.2)岁;平均住院天数16d。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010》^[6]中的诊断标准。1)一侧肢体(伴或不伴面部)无力或麻木;2)一侧面部麻木或口角歪斜;3)说话不清或理解语言困难;4)双眼向一

基金项目:北京市丰台区卫生计生系统科研二类项目(编号:2016-74);“院所协同创新科研专项基金”的青年培育项目(编号:YZ-1641)

第一作者:雷旭露,女,医学硕士,医师,研究方向:针刺治疗神经系统疾病、运动神经元疾病、周围神经病、痛症

通讯作者:朱明清,男,主任医师,博士研究生导师,研究方向:朱氏头皮针治疗中风、脊髓损伤、多发性硬化等危、急、重、瘫、痛症, E-mail: Zhum1940@163.com

侧凝视;5)一侧或双眼视力丧失或模糊;6)眩晕伴呕吐;7)既往少见的严重头痛、呕吐;8)意识障碍或抽搐。

1.2.2 中医辨证标准 符合《中风病辨证诊断标准(试行)》^[7]中的诊断标准。1)主症:半身不遂,口眼歪斜,神志昏蒙,舌强言謇或不语,偏身麻木;2)急性起病;3)发病多有诱因,未发前常有先兆症状;4)发病年龄多在40岁以上。具有主症2个以上,急性起病,结合舌脉、诱因、先兆、年龄等方面即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断标准及中医辨证标准;2)血压稳定;3)年龄18~90岁;4)发病在7d内;5)Fugl-Meyer量表评分 ≥ 99 分;6)首次中风患者,或复发性中风患者在本次疾病发作前已经完全恢复正常,即mRS评分为 ≤ 1 分;7)知情同意,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)病后无肢体瘫痪,生活自理;2)治疗前处于昏迷状态或者休克;3)短暂性脑缺血;4)入院即脑疝形成;5)脑卒中失语;6)认知障碍:MMSE评分文盲 ≤ 17 分,小学 ≤ 20 分,初中及以上 ≤ 24 分;7)不能完成治疗,依从性差;8)难以随访;9)针刺穴位或穴位附近皮肤有感染;10)患有严重并发症;11)距发病超过14d。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 2组患者均予内科基础治疗,即对症支持和防治并发症等。

2.2 治疗组 选用朱氏头皮针长留针法治疗。对每位患者使用统一的苏州生产的“环球”牌一次性针具,规格:0.25mm $\times$ 15mm。选穴参考《朱氏头皮针医学实践丛书基础学分册》^[8],主穴区:巅顶会阴足踝区、上肢区(病灶对侧)、下肢区(病灶对侧);辨证取穴区:头面五官病取头面区,上焦病取上焦区,中焦病取中焦区,下焦病取下焦区。以与头皮呈15°~30°进针,针尖进到帽状腱膜下层,进针10~12mm,采用抽气法和进气法进行补泻,待针下有“如鱼吞饵”的吸针感时将力集中在针刺的拇指、食指端,以爆发力向内紧按插入、提出,做到“带气进针”“留针守气”“运针行气”,留针24h,每12h行针1次,每次2~3min。上述方法隔日1次,连续14d,共7次。由经过统一培训的针灸医师操作。

2.3 对照组 予头针治疗。选用针具同上。主穴:顶颞前斜线(病灶对侧)取上1/5下肢瘫痪,中2/5上肢瘫痪,下2/5面瘫、流涎、运动性失语;顶颞

后斜线(病灶对侧)取上1/5下肢感觉异常,中2/5上肢感觉异常,下2/5面部感觉异常;辨证取穴区:腰腿足病症取顶旁1线、顶中线、顶旁2线,头面五官疾病取额中线,上焦病取额旁1线,中焦病取额旁2线,下焦病取额旁3线。患者取仰卧位,依据《刺法灸法学》^[9]中所示方法辨证选穴。常规穴位消毒后采用0.25mm $\times$ 15mm一次性不锈钢毫针,针身与头皮呈15°左右夹角,快速向后方刺入皮下,当针尖抵达帽状腱膜下层、指下感到阻力减小时,使针身与头皮平行,刺入10~12mm,然后快速连续高频捻转补法,捻针速度保持在200次/min左右,捻针角度取决于患者的病情和耐受程度,一般在90°~360°,留针30min。留针期间每隔10min行捻转手法1次,共3次:治疗开始时、留针10min、留针20min,每次2~3min。每天1次,每次30min,治疗5次休息2d,共10次。由经过统一培训的针灸医师操作。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)Fugl-Meyer量表(FAM)评分。采用简易Fugl-Meyer运动功能^[10]评分评价患者运动功能。I级:<50分,严重运动功能障碍;II级:50~84分,明显运动功能障碍;III级:85~95分,中度运动功能障碍;IV级:96~100分,轻度运动功能障碍。2)BI(日常生活活动能力)评分。采用改良Barthel指数^[11]评价,包括进食、转移、个人卫生、洗澡、穿衣、用厕、大小便控制评估自我照顾能力,活动和上下楼评定活动能力。0~20分为极严重功能缺陷,生活完全需要依赖;25~45分为严重功能缺陷,生活需要很大帮助;50~70分为中度功能缺陷,生活需要帮助;75~95分为轻度功能缺陷,生活基本自理;100分为自理。简易Fugl-Meyer量表评定、Barthel Index评定均由一名试验设计的医师在入组0d、治疗1、2周后以及治疗后3、6个月随访并进行盲法评价。

3.2 统计学方法 利用SPSS 10.0软件包对资料进行描述性分析。基线资料分析利用Stass 5.0进行 χ^2 检验。计量资料采用 t 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.3 治疗结果 治疗1周后,仅治疗组FMA评分、BI评分高于治疗前,对照组FMA评分、BI评分与治疗前比较无统计学差异;治疗2周、治疗后3个月、治疗后6个月,各组FMA评分、BI评分均高于治疗前。(见表1)

表1 2组FMA评分、BI评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	FMA 评分	BI 评分
治疗组	36	治疗前	32.92 ± 24.76	36.20 ± 23.62
		治疗1周后	42.62 ± 24.67 ^{ab}	49.82 ± 21.20 ^{ab}
		治疗2周后	50.33 ± 17.62 ^{ab}	55.72 ± 18.60 ^{ab}
		治疗后3个月	52.35 ± 13.92 ^{ab}	56.82 ± 20.20 ^{ab}
		治疗后6个月	53.72 ± 17.26 ^a	59.20 ± 20.36 ^a
对照组	36	治疗前	32.82 ± 24.36	35.78 ± 24.32
		治疗1周后	33.75 ± 24.30	37.20 ± 22.30
		治疗2周后	42.75 ± 17.62 ^a	45.68 ± 19.20 ^a
		治疗后3个月	43.75 ± 14.56 ^a	46.78 ± 19.60 ^a
		治疗后6个月	45.22 ± 16.72 ^a	48.20 ± 18.72 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

4 讨 论

运动功能损伤是急性缺血性脑卒中后最常见的局灶性神经功能缺损症状之一,与运动相关脑区间功能连接被破坏有直接的关系,从神经功能角度来看是一种神经功能联系失能的现象^[12]。而运动功能康复则意味着因病损导致的神经功能联系失能得到修复或其所承担的功能以其他形式得以替代,使中断的运动神经通路得以重建,是一种神经功能重组的表现。既往的研究表明,卒中后的运动功能恢复离不开神经的可塑性变化^[13-14]。我国应用针刺治疗缺血性脑卒中已有上千年历史,针刺相对简单而价廉,易于被患者接受。在一些西方国家,患者或家属也会主动要求进行针刺治疗。

中风的病位在脑,其主要病机是脑脉瘀阻或血溢脑脉,因此中风所致的肢体运动功能障碍并非病在肢体本身,而是根源于脑的神机失用。相比传统体针,头针直接作用于头部穴位,能更加直接地对脑髓发挥作用,因此在临床治疗脑源性疾病中的应用尤其广泛,对中风疗效确切^[15-16]。头穴与十二经脉联系紧密,与脑髓的特性使头针巧法成为最适合治疗中风的针灸巧法之一。现代研究表明,头针治疗可通过改善脑部血液供应和血液流变学指标^[17-18],促进缺血半暗带血管新生,减少缺血造成的脑组织损伤^[19],促进内源性神经干细胞的增殖与分化等作用^[20],促进中风偏瘫的康复。

朱氏头皮针长留针法以百会为中心,督脉为中线,将头皮有头发覆盖处分成前、后、左、右4个部分,提出了新的头穴分区方法,将头部划分为19个治疗区,主要包括:巅顶会阴足踝区、下焦区、中焦区、上焦区、头面区、上肢区、下肢区等,反映了生物

全息的思想。朱老认为每一个治疗区是人体的局部缩影。自神庭穴至百会穴相当于仰卧的人体,百会至脑户穴相当于俯卧位的人体,以上两个人体均为静坐姿势,在百会穴上有一个双足站立垂直站立的人体,在左右前发际各有一个仰天横卧的人体,此外在额侧、耳侧、枕侧及枕骨粗隆有4个不同角度的头的缩影。因此治疗区是有重叠的地方。根据辨证论治选择相应穴区进行刺激,采用排刺(每穴区3针)、接力刺(多针连接刺激,3-6针)、交叉刺(2针或3针交叉)等7种针刺手法,长留针(24~72h左右)、间断行针(每12h行针1次)的方法进行头针治疗。古人云:“刺之要,气至而有效。”头针起作用的关键是能否使“气至”,即针刺的刺激量只有使机体得气才能有效,而使机体得气的针刺的刺激量即是有效刺激量,也就是说针刺的刺激只有达到一定的刺激量时才能起到疏通经络、调和气血的目的。

本研究中针对急性缺血性脑卒中患者的巅顶会阴足踝区、下焦区、中焦区、上焦区、头面区采用排刺,上肢区、下肢区采用接力刺,留针24h,隔12h行针1次。这样的针刺方法从针刺部位上来说,把对头部的点状刺激或者线状刺激扩展到了面状刺激,增加了针刺的刺激面积,在施用相同的针刺手法情况下,增加刺激面积,也就是增加了刺激量,这是朱氏头皮针长留针法优于传统头针疗法且起效快的一个重要原因。从留针时间长短上来说,朱氏头皮针长留针法增加了留针时间,保持头针刺激的良好状态,提高神经冲动的敏感性,有利于经气的激发,从而达到足够的刺激量;久留针过程中间断行针,避免二次针灸带来的疼痛同时保证了针刺刺激强度,提高临床疗效,这是朱氏头皮针长留针针法优于传统头针疗法且起效快的另一个重要原因。并且这与其他研究结果相一致^[21]。

本课题研究结果表明在治疗1周后,仅治疗组FMA评分、BI评分高于治疗前,对照组FMA评分、BI评分与治疗前无统计学差异;在治疗2周、治疗后3个月、治疗后6个月,2组FMA评分、BI评分均高于治疗前。

综上所述,朱氏头皮针长留针法能改善急性缺血性脑卒中后患者肢体运动功能障碍,提高患者生活质量,其疗效优于传统头针疗法。朱氏头皮针长留针法发挥其优势作用的关键是其较持久和有效的刺激量,值得临床推广应用。

电针配合药艾雀啄灸治疗偏头痛 39 例临床观察

贾海鹏

(湘雅博爱康复医院,湖南 长沙,410029)

[摘要] 目的:观察电针配合药艾雀啄灸治疗偏头痛的临床疗效。方法:将 78 例偏头痛患者随机分为治疗组和对照组,每组各 39 例。治疗组采用电针配合药艾雀啄灸治疗,对照组采用针灸常规治疗。2 组均治疗 12d。比较 2 组综合疗效及 VAS 评分。结果:总有效率治疗组为 92.31%,对照组为 74.36%,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);2 组 VAS 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结论:电针配合药艾雀啄灸治疗偏头痛具有显著的临床疗效。

[关键词] 偏头痛;针灸疗法;电针;雀啄灸

[中图分类号] R277.772 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.09.031

偏头痛是临床常见的原发性神经血管性疾病,以反复发作的中重度、搏动样头痛为主要临床表现,好发于额部、颞部和枕部,一般可持续发作 4 ~ 72h,且该病多见于青年女性,常有家族遗传史。据报道,我国该病的患病率为 985.2/10 万人,发病率为

为 79.7/10 万人^[1]。临床治疗该病多采用麦角碱类、非甾体类消炎药等药物治疗,但存在毒副作用^[2]。该病缠绵难愈,严重影响患者的生活和工作。本研究采用电针配合药艾雀啄灸治疗偏头痛 39 例,取得较好疗效,现报告如下。

作者简介:贾海鹏,男,主治医师,研究方向:针灸学

参考文献

- [1] Wang W, Jiang B, Sun H, et al. Prevalence, Incidence, and Mortality of Stroke in China: Results from a Nationwide Population - Based Survey of 480687 Adults[J]. *Circulation*, 2017, 135(8): 759 - 771.
- [2] Wang D, Liu J, Liu M, et al. Patterns of Stroke Between University Hospitals and Hospitals in Mainland China: Prospective Multicenter Hospital - Based Registry Study[J]. *World Neurosurgery*, 2017 (98): 258 - 265.
- [3] 郝子龙, 刘鸣, 李伟, 等. 成都卒中登记方法及 3123 例患者基础特征和功能结局[J]. *中华神经科杂志*, 2011, 44(12): 826 - 831.
- [4] Wang Z, Li J, Wang C, et al. Gender difference in 1 - year clinical characteristics and Functional outcomes after stroke: result from the China National Stroke Registry[J]. *PLoS One*, 2013, 8(2): 559 - 564.
- [5] 崔志强. “朱氏头皮针法”治疗瘫痪[C]//中国针灸学会. 中国针灸学会临床分会第三届全国代表大会暨全国针灸临床学术论坛论文集. 中国针灸学会, 2005: 3.
- [6] 邢岩. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[J]. *中国临床医生*, 2011, 2(3): 50 - 51.
- [7] 国家中医药管理局脑病急症科研组. 中风病辨证诊断标准(试行)[S]. *北京中医药大学学报*, 1991, 17(3): 64 - 66.
- [8] 朱明清, 萧慕如. 朱氏头皮针医学实践丛书基础学分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015.
- [9] 路寿康. 刺灸法灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2010.
- [10] Gladstone DJ, Danells CJ, Black SE. The Fugl - meyer assessment of motor recovery after stroke: a critical review of its measurement properties[J]. *Neural Repair*, 2002, 16(3): 232 - 240.
- [11] KÜÇÜKdeveci AA, Yavuzer G, Tenant A, et al. Adaptation of the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in turkey[J]. *Scand J Rehabil Med*, 2000, 32(2): 87 - 92.
- [12] Wiesendanger M. Constantin von Monakow (1853 - 1930): a pioneer in interdisciplinary brain research and a humanist[J]. *C R Biol*, 2006, 329(5 - 6): 406 - 418.
- [13] Green JB. Brain reorganization after stroke[J]. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2003, 10(3): 1 - 20.
- [14] Hermann DM, Chopp M. Promoting brain remodeling and plasticity for stroke recovery: therapeutic promise and potential pitfalls of clinical translation[J]. *Lancet Neurol*, 2012, 11(4): 369 - 380.
- [15] Hsing WT, Imamura M, Weaver K, et al. Clinical effects of scalp electrical acupuncture stroke: a sham - controlled randomized clinical trial[J]. *J Altern Complement Med*, 2012, 18(4): 341 - 346.
- [16] 肖晓华, 李瑞春, 朱红霞, 等. 头穴透刺电针治疗缺血性中风临床观察[J]. *上海针灸杂志*, 2008, 27(6): 6 - 8.
- [17] NIU Wen min, LI Zhong ren. Study on Mechanism of Scalp Electroacupuncture in Treating Ischemic Stroke Based on CT Localization[J]. *J Acupunct Tunia Sci*, 2006, 4(6): 333 - 335.
- [18] 张红星. 头针对中风病患者血液流变性、血脂、载脂蛋白的影响[J]. *中国中医急症*, 2003, 12(5): 409.
- [19] 杨敏. 头针对脑缺血再灌注大鼠脑组织血管新生影响的相关机制研究[J]. 武汉: 湖北中医药大学, 2015.
- [20] 刘灵光, 张红星. 神经干细胞在头针治疗缺血性脑卒中研究的意义[J]. *针刺研究*, 2007, 32(4): 277 - 280.
- [21] 何可, 易宣超, 付中应, 等. 头针长留针配合康复训练对脑卒中恢复期患者下肢运动功能的影响[J]. *实用中医药杂志*, 2017, 33(3): 287 - 288. (收稿日期: 2018 - 10 - 16)