

● 针推医学 ●

引用:巢钰,王敏. 针药治疗缺血性中风后恢复期丘脑痛 33 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37(3): 72-74.

针药治疗缺血性中风后恢复期 丘脑痛 33 例疗效观察

巢钰¹, 王敏²

(1. 新疆维吾尔自治区中医医院, 新疆 乌鲁木齐, 830000;

2. 天津中医药大学第一附属医院, 天津, 300193)

[摘要] 目的:观察腕踝针、夹脊穴及活血通络洗剂联合应用治疗缺血性中风后恢复期丘脑痛的临床疗效。方法:将 67 例缺血性中风后恢复期丘脑痛患者随机分为治疗组(33 例)和对照组(34 例)。2 组均进行基础治疗,治疗组给予腕踝针、夹脊穴以及自拟活血通络洗剂方联合应用治疗,对照组给予口服卡马西平治疗。所有患者均以 14 d 为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程,分别于治疗 14、28 d 后观察比较 2 组综合疗效、视觉模拟评分(VAS)、疗效评估指数(PRI)、现时疼痛强度评分(PPI)。结果:治疗 28 d 后,总有效率治疗组为 84.85%(28/33),对照组为 61.76%(21/34),2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2 组患者治疗 14、28 d 后与本组治疗前相比,VAS、PRI、PPI 均较治疗前有所降低,评分差异均有统计学意义($P < 0.05$),且治疗 28 d 后组间比较,差异亦有统计学意义($P < 0.05$)。结论:针药并用治疗缺血性中风后恢复期丘脑痛的临床疗效确切,且相较于卡马西平治疗效果更优。

[关键词] 中风后恢复期;丘脑痛;腕踝针;夹脊穴;活血通络洗剂;卡马西平

[中图分类号] R246.6, R277.72 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.03.025

丘脑痛又称为中央卒中后疼痛,由中枢性神经受损或者功能障碍引起,属于典型的中枢神经源性疼痛中的一种^[1]。丘脑痛是脑卒中的后遗症之一,约占脑卒中患者的 11%^[2],其特点是持续性或者间歇性疼痛,同时伴有感觉的异常,尤其是热感觉的异常^[3]。常表现为偏瘫侧肢体出现的剧烈的、难以形容的自发性或者激发性疼痛,可因强光照射、风吹、特殊气味、高尖声音及情绪等刺激而加重。随着缺血性脑血管病的发病率不断增高,丘脑痛患者也在逐年增多,给患者的生理、心理带来巨大的困扰,严重影响整体康复,降低生活质量,增加抑郁和自杀的风险。故本研究采用腕踝针、夹脊穴、活血通络洗剂联合治疗缺血性中风后恢复期丘脑痛 33 例,疗效颇佳,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将 2014 年 4 月至 2015 年 12 月于天津中医药大学第一附属医院针灸六病区住院的缺血性中风恢复期丘脑痛患者 67 例按就诊顺序随

机分为治疗组和对照组。治疗组 33 例中,男 19 例,女 14 例;年龄 46~75 岁,平均(60.58±8.09)岁;病程 14~60 d,平均(33.06±13.77) d。对照组 34 例中,男 21 例,女 13 例;年龄 42~73 岁,平均(60.32±7.32)岁;病程 14~60 d,平均(34.50±13.71) d。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究已经过医院伦理委员会批准。

1.2 诊断标准 1) 缺血性中风的诊断标准。符合《中医内科常见病诊疗指南》^[4]中相关中医诊断标准。①先兆症状:发病前多有诱因,可见头痛,眩晕,耳鸣,突然发生一过性语言不利,视物昏花或者肢体麻木,一日内可发作数次或几日内多次复发。②临床表现:神识昏蒙,口舌歪斜,半身不遂,语言謇涩或词不达意,甚至不语,偏身感觉异常;或出现头痛、眩晕、瞳神变化、目偏不瞬、饮水呛咳、步履不稳等症状。③发病年龄常>40 岁。具备以上临床表现,结合起病形式、先兆症状、年龄等可诊断。亦可结合影像学检查确诊。2) 丘脑痛的诊断标准。参

照 IASP 国际疼痛研究会下属的中枢性疼痛特别委员会提出的诊断检查方案^[5],制定丘脑痛的诊断标准:①丘脑病变的对侧肢体弥漫性疼痛。②经 CT/MRI 确诊丘脑部位存在梗死灶或出血灶。③经肌电图及神经肌肉检查,痛侧肢体没有肌肉及神经受损表现且排除外周神经肌肉受损。

1.3 纳入标准 1)符合上述相关诊断标准。2)经 CT/MRI 属于丘脑缺血性病变或梗死。3)年龄 40~75 岁。4)发病 2 周至 6 个月。5)疼痛视觉模拟评分(VAS)≥6 分。6)患者及其家属知情同意。

1.4 排除标准 1)已接受丘脑痛相关治疗。2)患有脑出血及颅内占位性疾病。3)过敏体质或对本研究所服药物过敏者。4)不能耐受和坚持针刺治疗。5)合并严重的内分泌、心血管、肝肾和血液等疾病。6)合并肩手综合征、颈椎病、腰椎病、神经根炎、糖尿病周围神经病变、肌病等神经肌肉病变。7)有明显痴呆、失语、精神病等,表达及交流能力严重障碍。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 所有患者均在“醒脑开窍”针刺法^[6]恢复肢体功能的基础上给予药物控制血压、血糖、血脂,抗血小板聚集、改善脑循环、改善脑代谢等治疗。

2.2 治疗组 在基础治疗上配合腕踝针刺、夹脊穴针刺以及自拟活血通络洗剂方治疗。1)腕踝针。选取上 5(腕背横纹上 2 寸,桡骨与尺骨之间)、下 4(内踝高点上 3 寸,胫骨前嵴与腓骨前缘之间的胫骨前肌中点)2 个进针点,左右共 2 对。以患者主症在体表区域的投射为依据,按照左病取左、右病取右、上病取上、下病取下的原则,适当选取进针点。采用直径为 0.25 mm×40 mm 的华佗牌毫针常规消毒后,使针尖与皮肤成 30°夹角,快速刺入皮下,然后压平针身,使针身循肢体纵轴沿真皮下缓慢进入约 1~1.2 寸,以针下松软无针感为宜,不进行提插捻转。每天针刺 1 次,每次留针 30 min。2)夹脊穴针刺。根据患者感觉障碍区相应的神经节段,上肢疼痛患者选取颈夹脊,下肢疼痛者选取腰夹脊。采用直径为 0.25 mm×40 mm 的华佗牌毫针常规消毒后自上而下左右交替向棘突方向呈 45°斜刺,进针约 0.5~1 寸,得气后施平补平泻。每天针刺 1 次,留针 30 min。3)自拟活血通络洗剂方。方药组成:红花 15 g,当归 15 g,鸡血藤 15 g,川牛膝

10 g,土茯苓 15 g,桑枝 15 g,地龙 6 g。每天 1 剂,水煎 500 ml,足部熏洗后用药液湿敷患肢。

2.3 对照组 在基础治疗上给予口服卡马西平治疗。卡马西平[塞诺菲(杭州)制药有限公司,批准文号:国药准字 H33022271,规格:0.1 g/片]口服,起始剂量为 0.1 g/次,2 次/d;第二天后每隔一天增加 0.1 g~0.2 g,维持剂量控制在每天 0.4~0.8 g;最高剂量不超过 1.2 g/d。

2 组均以 14 d 为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察治疗前,治疗 14、28 d 后疼痛程度。采用中文简化版 McGill 疼痛问卷(SF-MPQ)^[7]进行测评。该疼痛问卷包括 VAS、疼痛评估指数(PRI)、现时疼痛强度评分(PPI)。VAS 为 10 分,PRI 包括感觉项和情感项,共 45 分,PPI 为 5 分,得分越高,表示疼痛越严重。

3.2 疗效标准 参照 SF-MPQ^[7]中有关标准中 VAS 减分率计算方法进行疗效评定。即 VAS 减分率=[(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分]×100%。显效:80%<VAS 减分率≤100%;有效:20%<VAS 减分率≤80%;无效:VAS 减分率≤20%。总有效率=(显效率+有效率)。

3.3 统计学方法 所有数据均采用 SPSS 22.0 统计软件进行处理。所有计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示;计数资料采用 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。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 治疗 14 d 后,总有效率治疗组为 72.73%,对照组为 52.94%,组间比较,差异无统计学意义;治疗 28 d 后,总有效率治疗组为 84.85%,对照组为 61.76%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	时间节点	显效	有效	无效	总有效
治疗组	33	治疗 14 d	0	24(72.73)	9(27.27)	24(72.73) ^a
		治疗 28 d	7(21.21)	21(63.64)	5(15.15)	28(84.85) ^b
对照组	34	治疗 14 d	0	18(52.94)	16(47.06)	18(52.94)
		治疗 28 d	5(14.70)	16(47.06)	13(38.24)	21(61.76)

注:与同期对照组比较,^a $P>0.05$,^b $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后 McGill 疼痛问卷评分比较 2 组 VAS、PRI、PPI 评分治疗前与治疗 14、28 d 组内比较,差异均有统计学意义,治疗 28 d 后组间比

较,差异亦有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗前后 McGill 疼痛问卷评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	VAS	PRI	PPI
治疗组	33	治疗前	6.91±0.84	7.24±1.03	4.18±0.68
		治疗14 d	4.94±1.03 ^a	4.79±0.70 ^a	3.24±0.71 ^a
		治疗28 d	2.69±1.70 ^{ab}	2.27±0.52 ^{ab}	1.85±0.57 ^{ab}
对照组	34	治疗前	6.97±0.94	7.38±1.02	4.21±0.59
		治疗14 d	5.12±1.35 ^a	4.76±0.96 ^a	3.21±0.69 ^a
		治疗28 d	3.79±2.06 ^a	2.71±0.63 ^a	2.24±0.70 ^a

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

4 讨论

有学者认为,中风后恢复期的基本病机为“脏腑虚损、痰瘀互阻”^[8],即在脏腑虚损的基础上,痰、瘀滞留于经脉,导致气血运行失常,邪气停滞,引发疼痛。丘脑痛作为中风病后的一种慢性疼痛合并症,因此痰邪、瘀血也是丘脑痛的重要病机。正所谓“痛则不通,通则不痛”,所以临床以“通”作为疼痛性疾病的治疗大法,重视辨证论治,强调辨病施治。主要方法有中药内服外用、针刺治疗、针罐结合以及电针疗法等,同时要求“标本兼治”,以达到止痛和去除病因的目的。

腕踝针是指在腕踝部选取特定的进针点,用毫针循肢体纵轴沿真皮下刺入一定长度以治疗疾病的方法^[9]。国内外研究表明,针灸为相对安全的镇痛方法,通过皮下浅刺治疗各种病证的腕踝针,其止痛效果尤为显著^[10]。现代医学对腕踝针也有一定的研究,解剖发现,腕踝针刺刺激的皮下浅表层为疏松的结缔组织,含有较多的组织体的气化物质,是外周神经和中枢神经的感受器,能够高效快捷的传导兴奋,因此镇痛疗效显著^[11]。夹脊穴位于脊柱的两旁、督脉与足太阳膀胱经第一侧线之间,《灵枢·经脉》:“足太阳之脉……从颠入络脑……夹脊,抵腰中,入循膂,络肾,属膀胱”,又曰“督脉之别,名曰长强,挟脊上项,散头上,下当肩胛左右,别走太阳,入贯膂”。督脉与足太阳膀胱经均贯脊而行,上络于脑,与脊髓和脑关系密切,脑为元神之府,与心藏神关系密切,针刺夹脊穴可调心神而止痛。足太阳膀胱经背部的第一侧线与背俞穴相邻,背俞穴乃五脏六腑之精气输注于体表的部位,《类经》也谓“十二俞……皆通于脏器”,是调节脏腑功能、振奋人体正气之要穴,针刺夹脊穴可通过调节脏腑气血而镇痛。针刺夹脊穴主要是通过作用于神经干起

局部麻醉的作用以及改变影响痛觉的代谢产物和神经递质的数量来抑制痛觉系统和交感神经的兴奋性。中风患者因肢体偏枯,久卧于床,气血痰瘀凝滞,经脉受阻,不通则痛。气血不畅,肌肉筋脉失于濡养,不荣则痛。因此临床以“通则不痛”立法^[12],常用活血祛瘀、理气通络止痛之品来治疗疼痛性疾病。本观察采用自拟活血通络洗剂中红花活血祛瘀,当归活血养血,鸡血藤舒筋活络,川牛膝、土茯苓、桑枝通利关节,地龙通经止痛,诸药合用,共奏通窍活血、祛瘀生新、通络解痉、止痛之效。

本研究发现,经过第1个疗程的治疗(14 d),2组总有效率、VAS、PRI、PPI量表评分组间比较,差异无统计学意义;经过第二个疗程的治疗(28 d)后,2组治疗组的总有效率,VAS、PRI、PPI量表评分均优于对照组,可见针药结合在治疗缺血性中风后丘脑痛临床疗效确切,且相较于卡马西平效果更优。

参考文献

- [1] 汤宇洋,林志志. 针灸治疗丘脑痛的研究进展[J]. 针灸临床杂志,2017,33(3):81-83.
- [2] 黄光祥,孙军. 氟西汀联合甲钴胺治疗脑卒中后抑郁伴丘脑痛疗效观察[J]. 浙江中西医结合杂志,2013,23(2):112-114.
- [3] HENRY JL, LALLOO C, YASHPAL K. Central poststroke pain: an abstruse outcome[J]. Pain Res Manag, 2008, 13(1):41-49.
- [4] 管立,王韬.《中医内科常见病诊疗指南》新闻发布会召开[J]. 中医药管理杂志,2008(8):601.
- [5] TREEDE RD, JENSEN TS, CAMPBELL JN, et al. Neuropathic pain: Redefinition and a grading system for clinical and research purposes[J]. Neurology, 2008, 70(18):1630-1635.
- [6] 李雅洁,田浩,安丽,等. 醒脑开窍针刺法治疗丘脑痛:随机对照研究[J]. 中国针灸,2017,37(1):14-18.
- [7] WRIGHT KD, ASMUNDSON GJG, MCCREARY DR. Factorial validity of the short-form McGill pain questionnaire (SF-MPQ)[J]. European Journal of Pain, 2001, 5(3):279-284.
- [8] 史玉香,袁力,王洪永. 分期论治中风[J]. 吉林中医药,2002, 22(1):4-5.
- [9] 赵雪,郭义,陈泽林,等. 国家标准《针灸技术操作规范第19部分腕踝针》若干问题探讨[J]. 针灸临床杂志,2011,27(4):1-3.
- [10] MACPHERSON H, THOMAS K, WALTERS S, et al. A prospective survey of adverse events and treatment reactions following 34,000 consultations with professional acupuncturists[J]. Acupuncture in Medicine, 2001, 19(2):93-102.
- [11] 谢小红. 腕踝针对痛症治疗的研究概况[J]. 按摩与康复医学:上旬刊,2012,3(1):88-91.
- [12] 郭克栩. 论“痛则不通不通则痛”[J]. 辽宁中医杂志,2005, 32(11):1137.

(收稿日期:2020-04-24)