

● 医学护理 ●

引用:景奕瑄,彭小玉,欧严.铜砭刮痧干预帕金森病 43 例效果观察[J].湖南中医杂志,2023,39(1):102-104,137.

铜砭刮痧干预帕金森病 43 例效果观察

景奕瑄¹,彭小玉²,欧 严²

(1. 湖南中医药大学,湖南 长沙,410208;

2. 湖南省中医药研究院附属医院,湖南 长沙,410006)

[摘要] 目的:探究铜砭刮痧干预帕金森病(PD)的临床效果。方法:选取 86 例 PD 患者,按随机数字表法分为观察组和对照组,每组各 43 例。对照组采用常规西药治疗,观察组在此基础上增加铜砭刮痧干预,疗程均为 1 个月。观察 2 组患者精神、行为和情绪评分,运动能力评分,日常生活活动能力(ADL)量表评分。结果:2 组患者的精神、行为和情绪评分、运动能力评分、ADL 量表评分干预前后组内比较及干预后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结论:铜砭刮痧可有效改善 PD 患者精神、行为和情绪状态、运动能力,以及生活自理能力。

[关键词] 帕金森病;肌无力;中西医结合疗法;铜砭刮痧

[中图分类号] R277.725 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.01.027

帕金森病(parkinson's disease, PD)是一种常见的神经退行性疾病,其发病率仅次于阿尔茨海默病。本病主要临床表现为静止性震颤、运动迟缓、肌强直及步态障碍等,其病情持续发展后可导致肌肉使用过少而引起肌力下降及肌肉废用性萎缩。中医学认为,肝、肾、脾的虚损是 PD 患者后期病情进展的主要病机。左旋多巴是 PD 患者的“金标准”药物,但长期服药会出现恶心、呕吐、食欲减退、直立性低血压等不良反应,且并不能阻止肌无力的发生。相较于西医治疗,中医干预方法灵活多样、不良反应小,其中铜砭刮痧以简、便、廉、效等优势成为临床常见的中医干预手段,且已有研究证实该法治疗 PD 疗效确切^[1-2]。本研究采用铜砭刮痧干预 PD 患者 43 例,效果显著,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2021 年 7 月至 2022 年 6 月于湖南省中医药研究院附属医院中医特色护理治

疗室及神经内科收治的 PD 患者 86 例,按随机数字表法将其分为观察组和治疗组,每组各 43 例。观察组中,男 20 例,女 23 例;平均年龄(60.14 ± 6.02)岁;平均病程(5.40 ± 1.42)年。对照组中,男 21 例,女 22 例;平均年龄(60.33 ± 7.66)岁;平均病程(5.37 ± 1.83)年。2 组性别、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。

1.2 诊断标准 符合《中国帕金森病的诊断标准(2016 版)》^[3]中的诊断标准。1)运动减少:随意运动的启动速度缓慢,疾病进展后重复性动作的运动速度及幅度均降低;2)至少存在下列 1 项特征:①肌肉僵直;②静止性震颤 4~6 Hz;③姿势不稳(非原发性视觉、前庭、小脑及本体感受功能障碍造成)。

1.3 纳入标准 1)年龄 30~80 岁,性别不限;2)接受抗 PD 药物干预,稳定剂量服用 2 个月以上;3)意识清楚,能准确表达自我感受;4)自愿参与本研究

基金项目:湖南省中医药科研计划项目(D2022018)

第一作者:景奕瑄,女,2020 级硕士研究生,研究方向:老年护理

通信作者:彭小玉,女,主任护师,硕士研究生导师,研究方向:老年护理,E-mail:1791183178@qq.com

并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1) 合并心、肝、肾等脏器功能衰竭; 2) 患有恶性肿瘤以及其他对生活能产生影响的疾病; 3) 伴其他严重躯体疾病; 4) 刮痧部位有严重皮肤损伤或皮肤病; 5) 对刮痧及乙醇过敏; 6) 正在参加其他临床研究。

2 干预方法

2.1 对照组 给予常规西药治疗。患者进入临床研究后, 其原有基础性疾病服用药物不变, 予口服多巴丝肼片(上海罗氏制药有限公司, 批准文号: 国药准字 H10930198, 规格: 250 mg/片), 125~1250 mg/d, 3 次/d, 入组前稳定剂量, 研究期间药量不变。

2.2 观察组 在对照组的基础上增加铜砭刮痧干预。刮痧工具: 由黄铜制成的虎符铜砭(专利号 CN202030171587.9)。体位: 坐位。刮拭经络及重点穴位: 刮拭督脉、足太阳膀胱经、足厥阴肝经、足少阳胆经、足少阴肾经、手厥阴心包经、手少阳三焦经、八髎区。其中重点刮拭穴位包括大椎、大杼、膏肓、神堂、尺泽、气海、三阴交、公孙、丰隆、足三里、风池、合谷、太冲、肝俞、肾俞、行间。刮拭流程: 1) 手法正脊。操作者站在患者身后对脊柱相应节段先进行正骨复位。2) 首开四穴。四穴为大椎、大杼、膏肓、神堂。3) 再从风府至长强, 从风池至秩边, 刮透督脉与膀胱经。其中华佗夹脊穴、肝、脾、肾投影区须刮至该区的毛孔稍扩张。操作时, 手法讲究“徐而和”, 力度以患者耐受为度。4) 左侧心包经右侧尺泽穴, 同时刮拭心经与肺经。5) 腋下大包、京门、章门、期门。6) 胸腺(每一根肋间隙)。7) 大腿内侧的治肝三穴, 脾经、胃经, 大腿两侧胃经、胆经。8) 最后四井排毒, 磨黑痧。9) 刮痧后需辟谷 24 h。刮拭时间: 每次刮痧时间为 120 min, 刮痧完毕后需卧床休息 30 min, 6 h 内禁止使用冷水淋浴, 1 次/周(或以上一次痧印消退为标准), 女性避开月经期。

2 组均干预 1 个月。

3 效果观察

3.1 观察指标 1) 干预前后精神、行为和情绪评分以及运动能力评分。采用帕金森病评定量表(UPDRS)进行评定, 精神、行为和情绪评分主要包括智力、思维、抑郁、进取性 4 项内容, 每项 0~4 分,

满分 16 分, 得分越高表示患者精神、情感障碍越大; 运动能力评分主要包括手部运动功能、步态、面部表情等 14 项内容, 每项 0~4 分, 满分 56 分, 得分越高表示患者运动能力越差^[4]。2) 日常生活活动能力(ADL)量表评分。ADL 量表主要包括进食、梳妆、洗漱、穿衣、翻引等 10 项内容, 总分 100 分, 总分越高表示患者生活质量越高^[5]。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 25.0 软件进行数据处理。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 各组比较采用配对样本 *t* 检验; 计数资料以率(%)表示, 采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 干预结果

3.3.1 2 组干预前后精神、行为和情绪评分比较 2 组精神、行为和情绪评分干预前后组内比较及干预后组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。(见表 1)

表 1 2 组干预前后精神、行为和情绪评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
观察组	43	5.81±1.91	2.35±0.75	11.091	<0.01
对照组	43	5.07±1.78	3.72±1.32	3.997	<0.01
<i>t</i> 值		1.875	-5.938		
<i>P</i> 值		0.064	<0.01		

3.3.2 2 组干预前后运动能力评分比较 2 组运动能力评分干预前后组内比较及干预后组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。(见表 2)

表 2 2 组干预前后运动能力评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
观察组	43	19.84±2.50	13.79±1.81	13.011	<0.01
对照组	43	19.28±3.10	17.23±2.86	3.184	<0.01
<i>t</i> 值		0.920	-6.782		
<i>P</i> 值		0.360	<0.01		

3.3.3 2 组干预前后 ADL 量表评分比较 2 组 ADL 量表评分干预前后组内比较及干预后组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。(见表 3)

表 3 2 组干预前后 ADL 量表评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
观察组	43	63.49±9.55	76.63±4.33	-8.222	<0.01
对照组	43	58.84±12.48	65.58±10.87	-2.672	<0.01
<i>t</i> 值		1.941	6.193		
<i>P</i> 值		0.056	<0.01		

4 讨 论

PD的主要病理改变为中脑黑质多巴胺(DA)能神经元变性死亡和路易小体形成,然而导致黑质多巴胺能神经元变性死亡的病因和发病机制十分复杂,至今尚未完全明了^[6]。PD患者由于震颤、肌肉僵硬、行动迟缓及活动不能等症状而导致肌肉废用性萎缩,严重降低患者的生活质量^[7]。且随着病情发展,患者会出现多梦、丧失治疗信心、抑郁等问题,导致康复及预后更为困难。因此,针对PD的治疗不仅在于控制患者的临床症状,同时也要关注其心理精神状态。

中医学称肌无力为“痿证”,认为其主要是由于先天不足,后天失养,脏腑亏虚功能失调所致。本病的发生与发展与肺、脾、肾紧密相关,肺脾肾虚则气虚下陷、脾虚失运、肾虚失固,筋脉肌肉失养,脏腑功能失调,而致肌肉痿软无力。中医学治疗PD应以整体辨治为原则,从改善脾功能开始,补脾益肺、温肾助阳。现代研究证实许多中医特色疗法在改善患者运动能力、提高生活质量、稳定精神行为和情绪方面具有显著效果^[8-9]。

本研究采用虎符铜砭刮痧对患者进行干预,结果显示观察组运动能力评分显著低于对照组,ADL量表评分显著高于对照组,表明观察组在改善运动能力及提高日常生活方面效果优于对照组。铜砭刮痧是在传统刮痧基础上新兴的一种改良方法,与常规刮痧不同在于工具的选用,铜具有强传导性和杀菌消毒功能,能够与人体达到最优的共振频率,增加对经络的刺激程度^[10]。铜砭刮痧遵循“调动气机”及“以痛为腧”的原则,将经络与皮肤看作整体^[11],以十二皮部为区,重刮或循经刮病变部位。PD源于肝脾不畅,脾主运化水液失常后痰湿内生,导致气血阻滞,瘀血内生,血流不畅,脑髓失养,最终致肌强直、震颤、活动障碍等症状^[12];又因肝肾同源,精血互生互化,进而引起肾精不足。大椎为手足三阳、督脉之会,大杼为手足太阳、少阳之会,膏肓为四大强壮要穴之一,神堂属足太阳膀胱经,心室的阳热之气从此外输,刮此四穴可振奋阳气、调理气机^[13-14];刮拭左心包经右侧尺泽穴可疏肝解郁,使三焦经气机畅通;肾脏的湿寒水气从肾俞排出,且肝俞是治疗肝胆疾病的要穴,刮肾俞及肝俞可除寒祛湿、促气血运行、温补五脏^[15];胆经中的风

池穴可息肝火,配合合谷、三阴交活血化瘀;丰隆穴属足阳明胃经,与公孙穴配伍可健脾化痰,同时搭配足厥阴肝经的太冲穴可疏经通息风^[16]。肾为先天之本,温养激发后天;脾为后天之本,补充培育先天,两者相互滋养有利于全身脏腑平衡,及肌无力的缓解及病情康复。另外,研究显示,铜砭刮痧可改善微循环、增强机体免疫力^[17]。

本研究结果显示观察组精神、行为和情绪评分显著低于对照组,表明观察组在改善患者抑郁状态等方面效果优于对照组。研究证实,刮痧可有效改善患者睡眠质量,缓解抑郁及焦虑等负性情绪^[18]。而情志在PD的发生发展中起着重要调节作用。肺主表、肝主里,五气之感皆从肺入,而七情之病必由肝起;肝主疏泄,手少阳三焦经是舒解气郁最重要的一条经络,三焦经内通五脏六腑,外连皮下脂肪,可整体协调脏腑功能。百病从气生,长期患病导致患者睡眠质量下降,气血阴阳失和,肝气郁结,互为因果循环。而刮拭三焦经可统领全身气机,调动气血,疏通水道,改善水液运行。八髻区域分为上髻、次髻、中髻和下髻左右共8个穴位,八髻区临近胞宫^[19],任脉和督脉也都起源于此。督脉起于小腹内胞宫,为阳脉之海;任脉为阴脉之海,同起于小腹内胞宫;冲脉则为经脉之海,调节十二经气血。因此八髻区是支配神经血管的中心,也是调节气血的总开关。刮拭此区可畅通气血,缓解肝气郁结,益气生血。治病必求于本,因此在临床干预过程中重点从肝肾脾入手,有助于扶正固本。

综上所述,铜砭刮痧能够有效改善PD患者的运动、生活自理能力,改善患者精神、行为和情绪状况。但本研究样本量较少,后续应延长研究时间、进一步扩大样本量,对其机制进行深入研究以进一步证实其有效性。

参考文献

- [1] 王雷,李道政. 浅析李氏砭法虎符铜砭刮痧疗法理论特色[J]. 中医学报,2021,36(11):2327-2329.
- [2] 苏巧珍,孙玉芝,连新福,等. 施氏砭术综合疗法治疗29例帕金森病[J]. 广东医学,2012,33(12):1834-1835.
- [3] 中华医学会神经病学分会帕金森病及运动障碍学组,中国医师协会神经内科医师分会帕金森病及运动障碍专业委员会. 中国帕金森病的诊断标准(2016版)[J]. 中华神经科杂志,2016,49(4):268-269.

- [6] 王海明,丁世芹. 五子衍宗汤结合醒脑开窍针刺治疗脑梗死后血管性痴呆临床观察[J]. 实用中医药杂志,2020,36(11):1393-1394.
- [7] 美国精神医学学会. 精神障碍诊断与统计手册[M]. 张道龙,译. 北京:北京大学出版社,2015.
- [8] 贾建平,王荫华,李焰生,等. 中国痴呆与认知障碍诊治指南(二):痴呆分型及诊断标准[J]. 中华医学杂志,2011,91(10):651-655.
- [9] 牛凤菊,丁苏东,黄修玲,等. 醒脑开窍针刺法联合补肾益智方口服治疗血管性痴呆效果观察[J]. 山东医药,2016,56(26):91-92.
- [10] 牛琦云. 针灸结合通痹益脑汤治疗脑梗死后血管性痴呆临床观察[J]. 陕西中医,2017,38(11):1591-1592.
- [11] 刘宝恩,赵永成,熊晓丽,等. 中西医结合治疗老年血管性痴呆临床对照研究[J]. 实用老年医学,2017,31(12):1168-1170,1173.
- [12] 黄孟辛. 通窍活血补脑汤联合电针治疗脑血管性痴呆临床观察[J]. 光明中医,2017,32(22):3266-3267.
- [13] 刘秀岑. 补肾开窍汤配合针刺治疗血管性痴呆的疗效观察及护理[J]. 中国继续医学教育,2018,10(32):133-135.
- [14] 谭师朴. 针灸结合通痹益脑汤治疗脑梗死后血管性痴呆临床观察[J]. 现代医学与健康研究电子杂志,2018,2(16):170-171.
- [15] 刘瑞. 益肾祛痰化痰汤结合子午流注开穴针刺治疗血管性痴呆临床分析[J]. 实用中医药杂志,2020,36(4):413-415.
- [16] 李莉. 针灸结合通痹益脑汤治疗血管性痴呆的效果[J]. 中国继续医学教育,2020,12(12):146-148.
- [17] 黄任锋,陈荣浩,李晓敏,等. 针灸联合益脑益智汤治疗脑梗死后血管性痴呆的临床效果[J]. 中国当代医药,2020,27(19):71-73.
- [18] 曹扬. 针灸与通痹益脑汤治疗脑梗死后血管性痴呆 30 例疗效观察[J]. 药品评价,2021,18(8):505-507.
- [19] 马青,唐民科,孙文燕. 血管性痴呆中医发病机制现代研究述要[J]. 中华中医药杂志,2018,33(1):212-215.
- [20] 华琼,张敬华. 血管性痴呆的病机特点与证型浅析[J]. 中国民间疗法,2021,29(22):8-11.
- [21] 徐婧,程岩岩,张立德,等. 中医治法在血管性痴呆中的应用[J]. 世界中医药,2021,16(8):1333-1337,1342.
- [22] 蒋宇龙,吴林,江家乔,等. 针刺治疗血管性痴呆作用机制研究进展[J]. 中医临床研究,2021,13(23):146-148.
- [23] 程南方,谭峰. 醒脑开窍针刺法对血管性痴呆患者认知及脑血流状态的影响[J]. 广西中医药,2021,44(3):43-45.
- [24] 叶海森,武凯歌,张湘斌,等. 醒脑开窍针刺法治疗血管性痴呆患者的疗效[J]. 世界中医药,2020,15(7):1071-1074.
- [25] 谢冬明. 针灸结合通痹益脑汤治疗脑梗塞后血管性痴呆临床价值体会[J]. 临床医药文献电子杂志,2019,6(85):16,18.

(收稿日期:2022-06-07)

(上接第 104 页)

- [4] 统一帕金森病评定量表[J]. 陈海波,译. 王新德,审校. 中华老年医学杂志,1999,18(1):60-61.
- [5] 张学敏,毕胜,张嗣敏,等. 扩展 Barthel 指数量表评定卒中中 ADL 能力的效度研究[J]. 中国康复,2019,34(3):134-137.
- [6] 熊珮,陈忻,张楠. 帕金森病病理机制及中药防治帕金森病实验研究进展[J]. 中国中药杂志,2012,37(5):686-691.
- [7] 邹忆怀. 王永炎教授治疗颤振病(帕金森氏病)经验探讨[J]. 北京中医药大学学报,1996,19(4):15-16.
- [8] 王炜为,李如奎. 李如奎辨治帕金森病的经验[J]. 江苏中医药,2012,44(4):9-10.
- [9] 王诗军. 镇静六针治疗帕金森病的临床观察[J]. 中国医药指南,2018,16(20):15-16.
- [10] 曾进,吕明庄,凌香力. 刮痧疗法对慢性疲劳大鼠免疫功能的影响[J]. 中医药临床杂志,2013,25(2):162-164,189.
- [11] 陈苏娟,顾敏,唐庆艳,等. 李氏砭法铜砭刮痧对乳腺癌患者癌痛及生活质量的影响[J]. 中国临床护理,2019,11(4):292-296.
- [12] 鲍颂扬,印帅. 虎符铜砭刮痧治疗膝骨性关节炎的临床疗效探讨[J]. 医药论坛杂志,2020,41(12):46-49.
- [13] 王芝,张君. 大椎穴的穴性及其临床运用[J]. 中医研究,2019,32(7):50-51.
- [14] 董莉. 膏肓穴临床探析[J]. 河南中医,2021,41(1):44-48.
- [15] 姚婷婷,查永梅,张庆萍,等. 杨骏教授针药结合治疗原发性震颤经验[J]. 甘肃中医药大学学报,2021,38(5):6-9.
- [16] 孙豪,张学成,王镜宇,等. 基于数据挖掘技术探析太冲主治病症和配伍规律[J]. 山东中医杂志,2021,40(11):1170-1178.
- [17] 王羽乔琳,秦元梅,钟远,等. 虎符铜砭刮痧疗法的作用机制及临床应用进展[J]. 光明中医,2020,35(21):3475-3478.
- [18] 郑娟,朱燕,李瑾. 调肾安神刮痧对围绝经期失眠病人负性情绪及血清 E2、FSH、5-HT 的影响[J]. 全科护理,2021,19(30):4256-4259.
- [19] 邬光福,王伟明. 八髎穴主治规律临床文献研究[J]. 中国针灸,2019,39(1):96-102.

(收稿日期:2022-10-06)