

针药结合对脑出血术后偏瘫早期干预的临床研究

周一敏^{1*}, 蒙剑¹, 张琰¹, 刘忠伦², 刘旭³

(1. 贵州省思南县人民医院, 贵州 思南 565100; 2. 贵州绥阳县中医院, 贵州 绥阳 563300;
3. 贵州航天医院, 贵阳 563003)

[摘要] 目的:探讨针药结合早期治疗脑出血术后偏瘫的疗效。方法:将100例患者随机分为针药组、对照组各50例。在一般常规治疗基础上,对照组采用依达拉奉 $30\text{ mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$,针药组采用针灸,每日1次及中药内服/鼻饲,每日1剂,疗程2周。于治疗前、治疗结束及疗后4周以Barthel指数(BI)评定残障水平,以Fugl-Meyer运动量表评定运动功能。结果:二组治疗方法均能提高BI,降低脑梗死偏瘫患者的残障率,改善患肢的运动功能,针药组优于对照组($P < 0.05$)。结论:针药结合对脑出血术后偏瘫早期干预是一种有效的治疗方案。

[关键词] 急性脑出血; 针刺疗法; 中药; 偏瘫; 早期治疗; 临床研究

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2012)08-0267-03

急性脑出血是严重威胁人类健康的常见病、多发病,致死率及病残率非常高。颅内血肿微创清除术是治疗急性脑出血临床常用有效方法^[1],但即使早期手术也不能使患者的神经功能完全恢复^[2],仍有约40%的患者会留有不同程度的后遗症,给患者带来痛苦,给家庭和社会造成了巨大的负担^[3]。为减少脑卒中偏瘫患者失能及残障,提高其生活质量,笔者在微创术后早期采用针灸结合中药内服等措施,取得较好的临床效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料 病例来源于2009年5月至2011年5月我院神经科住院的脑出血微创术后偏瘫患者,共100例。随机分为针药组和对照组各50例。针药组男24例,女26例;年龄43~70岁,平均55.3岁;左侧偏瘫23例,右侧偏瘫27例;上肢Fugl-Meyer(34.65 ± 17.22)分,下肢Fugl-Meyer(21.65 ± 7.55)分,Barthe指数(56.75 ± 21.11);对照组男25例,女25例;年龄42~70岁,平均年龄56.2岁;左侧偏瘫24例,右侧偏瘫26例;上肢Fugl-Meyer(33.90 ± 16.62)分,下肢Fugl-Meyer(20.49 ± 7.69)分,Barthe指数(55.61 ± 20.47)。两组资料比较无显著性差异。

1.2 诊断标准 参照全国第四次脑血管病学术会议修订的“各类脑血管疾病诊断要点”中动脉粥样

硬化性血栓性脑梗死诊断标准^[4]。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准者;②年龄 ≤ 70 岁;③脑出血微创术后1周内;④有肢体瘫痪,日常生活需要帮助。

1.4 排除标准 不愿意接受针灸治疗的患者,意识不清患者。

1.5 方法

1.5.1 基础治疗^[5] 给予吸氧、控制血压、纠正血糖,必要时防治感染、控制水电解质紊乱、脱水降颅压、以及康复训练。

1.5.2 对照组 依达拉奉(吉林省博大制药有限公司,批号09420)30 mg加入到100 mL生理盐水中,静脉滴注,2次/d,以2周为1个疗程。

1.5.3 针药组(针药组) 取穴及操作,主穴:双侧合谷、太冲、患侧肩髃、膈俞、外关、内关、委中、环跳、阳陵泉、丰隆、三阴交。配穴:语言蹇涩加哑门、廉泉、通里;口眼歪斜加地仓、颊车、攒竹、太冲。直刺进针,进针后行手法得气,采用平补平泻手法。每隔10 min行手法1次,留针30 min,疗程:2周。中药内服:泽泻20 g,水蛭6 g,胆南星10 g,法半夏10 g,枳实12 g,大黄6 g,牡丹皮15 g,生地黄15 g,黄芪30 g。加减:抽搐加全蝎、蜈蚣;心中烦热加栀子;神昏加人工牛黄粉。每日1剂,煎服2次,分2次口服或鼻饲。疗程2周。

1.6 疗效标准 治疗前、治疗结束及疗后4周进行评价。①Barthel Index(BI)及残障率:以修订的Barthel指数表进行评定,残障(日常生活依赖者)标准为60分或以下。②用Fugl-Meyer运动量表评定患者肢体的运动功能。③美国国立卫生研究院卒中

[收稿日期] 2011-12-01

[通讯作者] *周一敏,学士,副主任医师,从事针灸治疗中风后遗症, Tel: 13508526852, E-mail: zhoujimin201101@126.com

量表(national Institute of health stroke scale, NIHSS)。
1.7 统计学处理 计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 数据分析采用 SPSS 15.0 统计分析软件, 计数资料比较采用 χ^2 检验, 重复测量资料的比较采用重复测量的方差分析, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

表 1 两组治疗前后的 BI 指数, NIHSS 上下肢 Fugl-Meyer 比较 ($\bar{x} \pm s, n = 50$)

项目	组别	治疗前/分	治疗后/分	疗后 4 周/分
BI	针药	36.78 ± 11.87	63.52 ± 13.61 ¹⁾	67.44 ± 12.67 ¹⁾
	对照	37.53 ± 10.02	53.47 ± 10.76	54.31 ± 11.25
NIHSS	针药	9.32 ± 5.65	4.29 ± 4.33 ¹⁾	3.85 ± 3.87 ¹⁾
	对照	9.57 ± 5.87	7.58 ± 4.95	7.09 ± 4.58
Fugl-Meyer(上肢)	针药	33.72 ± 14.12	45.23 ± 15.17 ²⁾	50.23 ± 15.22 ¹⁾
	对照	34.25 ± 13.38	38.48 ± 14.89	40.15 ± 14.34
Fugl-Meyer(下肢)	针药	21.53 ± 7.54	27.98 ± 7.33 ²⁾	28.69 ± 7.52 ²⁾
	对照	20.98 ± 7.12	24.23 ± 7.64	25.67 ± 7.10

注: 与对照组比较¹⁾ $P < 0.01$, ²⁾ $P < 0.05$ (表 2 ~ 3 同)。

表 2 两组治疗前后的 BI 指数, NIHSS, 上下肢 Fugl-Meyer 重复测量方差分析 (F 值)

项目	BI	NIHSS	Fugl-Meyer (上肢)/分	Fugl-Meyer (下肢)/分
组别	3.32	1.75	1.10	0.89
时间	47.85 ¹⁾	7.53 ¹⁾	5.79 ²⁾	7.08 ¹⁾
组别 × 时间	3.72	1.21	1.29	0.50

2.2 两组治疗前后 NIHSS 积分比较 与治疗前比较, 两组均能降低 NIHSS 积分, 疗后及疗后 4 周治疗针药组 NIHSS 积分低于对照组, 差异有显著性 ($P < 0.01$), 结果见表 1。进行重复测量的方差分析结果表明, 组间差异无统计学意义; NIHSS 积分随着时间推移下降, 说明两组均有降低 NIHSS 积分的作用 ($P < 0.01$), 结果见表 2。

2.3 两组治疗前后上下肢 Fugl-Meyer 积分比较 与治疗前比较, 两组均能提高上下肢 Fugl-Meyer 积分, 疗后及疗后 4 周针药组上下肢 Fugl-Meyer 积分高于对照组, 差异有显著性 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 结果见表 1。进行重复测量的方差分析结果表明, 组间差异无统计学意义; 上下肢 Fugl-Meyer 积分随着时间推移下降, 说明两组均有降低上、下肢 Fugl-Meyer 的作用 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 结果见表 2。

2.4 两组治疗前后致残率比较 结果见表 3。疗后 4 周, 针药组致残率均低于对照组, 差异有显著性 ($P < 0.05$)。

2.1 两组治疗前后 BI 指数比较 与治疗前比较, 两组均能提高 BI 积分, 疗后及疗后 4 周治疗针药组 BI 积分高于对照组, 差异有显著性 ($P < 0.01$), 结果见表 1。进行重复测量的方差分析结果表明, 组间差异无统计学意义; BI 指数随着时间推移下降, 说明两组均有降低 BI 指数的作用 ($P < 0.01$), 结果见表 2。

表 3 两组治疗前后致残率比较 例 (%)

组别	例	治疗前	治疗后	疗后 4 周
针药	50	31 (62.0)	13 (26.0)	7 (14.0) ¹⁾
对照	50	30 (60.0)	21 (42.0)	18 (36.0)

2.5 不良事件情况 针药组未发现如晕针、针刺部位感染、药物过敏反应、肝肾功能损害等不良事件; 对照组 3 例出现 AST, ALT 轻度异常。

3 讨论

促进脑出血偏瘫患者日常生活能力及肢体活动能力的恢复是临床中的一项重要任务。研究显示急性脑出血微创术后的前 3 个月内是脑功能恢复的最佳时期, 尤其是最初 4 周^[6], 尽早树立以康复为目的的治疗意识非常重要。

颅内血肿微创清除术能有效清除血肿, 阻断因血肿压迫及血肿溶解物所造成的颅内压增高等一系列恶性循环, 减轻患者神经功能缺损, 降低病死率。因此在颅内血肿微创清除术后必须采用有效措施减轻脑水肿, 尽早恢复神经功能, 减少致残率的发生。中医认为脑出血发病风火痰瘀交阻脑髓、闭阻神明清窍。笔者在临床实践中体会到, 颅内血肿微创清除术后, 其标实即痰、瘀病理产物仍然存在, 手术本身也加重气血瘀阻, 手术也会导患者元气亏虚, 导致本虚标实, 虚实夹杂。因此术后应以补气活血、破瘀涤痰、利水消肿为原则。

脑卒中引起的偏瘫, 是由于脑运动区锥体细胞

舒肝降浊方治疗非酒精性脂肪性肝(肝郁脾虚证)39 例

熊瑛^{1*}, 李俊²

(1. 乐山职业技术学院, 四川 乐山 614000; 2. 乐山市老年病专科医院, 四川 乐山 614000)

[摘要] 目的:评价舒肝降浊方治疗非酒精性脂肪性肝病(NAFLD)(肝郁脾虚证)的临床疗效。方法:将 79 例患者随机分为治疗组和对照组,对照组 40 例口服水飞蓟宾胶囊,治疗组 39 例口服舒肝降浊方,疗程均 12 周,观察血清肝酶、血脂、血糖(FBG)、胰岛素抵抗指数(IRI)的改善情况。结果:两组治疗前后各项指标均有不同程度改善,治疗组在降低中医证候积分方面优于对照组,疗后积分治疗组为(4.2±4.17)分,对照组为(8.2±3.6)分($P < 0.01$);治疗组总有效率 87.2%,优于对照组的 62.5% ($P < 0.05$);治疗组在改善肝功能、血脂、胰岛素抵抗指数等方面,明显优于对照组,疗后治疗组门冬氨酸氨基转移酶(AST),丙氨酸氨基转移酶(ALT),谷氨酰转肽酶(GGT)分别为(45.3±12.7),(43.5±13.5),(42.3±10.5)U·L⁻¹,对照组分别为(66.1±15.6),(65.1±12.9),(68.1±13.6)U·L⁻¹($P < 0.01$);疗后治疗组总胆固醇(TC),甘油三酯(TG),高密度脂蛋白(HDL-C),低密度脂蛋白(LDL-C)分别为(4.79±0.06),(1.55±0.61),(1.25±0.24),(3.15±0.89)mmol·L⁻¹,对照组分别为(5.55±0.71),(2.15±0.92),(1.06±0.20),(3.90±0.92)mmol·L⁻¹($P < 0.01$);疗后治疗组 FBG,IRI 分别为(5.88±0.36)mmol·L⁻¹, (1.21±0.64),对照组为(6.22±0.54)mmol·L⁻¹, (1.67±0.60)($P < 0.01$)。结论:舒肝降浊方治疗非酒精性脂肪性肝病(NAFLD)(肝郁脾虚证)有较好疗效。

[关键词] 舒肝降浊方;非酒精性脂肪性肝病;肝郁脾虚证

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2012)08-0269-03

非酒精性脂肪性肝病(non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD)是临床常见病和多发病,其发病率及检出率逐年增加,已经严重威胁着我国人民的身体健康。目前临床上尚缺乏特效治疗药物。笔者采用病证结合的模式观察了舒肝降浊方治疗 NAFLD

(肝郁脾虚证)的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 79 例患者来源于 2009 年 3 月至 2011 年 7 月本院肝病门诊及体检中心,随机分为治疗组和对照组。治疗组 39 例,其中男 23 例,女 16

[收稿日期] 2011-12-26

[通讯作者] *熊瑛,副教授,从事中西医结合消化内科, Tel: 13981379388, E-mail: 88608235@qq.com

受到损伤,损伤的神经细胞,一部分坏死,一部分处于抑制状态,在一定条件下,针灸可刺激处于抑制状态的神经细胞,能改善患者血液流变学的多项指标,从而改善患者的微循环,重新启动其功能^[7],针灸作为一种有效的治疗手段在临床实践广泛使用。因此笔者主张采用针药结合的方法早期治疗颅内血肿微创清除术患者,将早期康复,恢复患者机能作为防治要点。

结果表明与对照组比较,针药结合早期防治脑出血颅内血肿微创清除术后患者,能够提高患者的 BI 和上下肢 Fugl-Meyer 积分,降低 NIHSS 积分,降低致残率,且安全性好。

[参考文献]

[1] 包华,阿荣高娃,陈碧林,等. 微创颅内血肿清除术治

疗脑出血 23 例[J]. 中国危重病急救医学,2002,14(1):48.

[2] 班文明,倪代梅,刘磊. 中医辨证结合西医分期治疗急性脑出血研究进展[J]. 中国中医急症,2009,18(1):111.

[3] 靳瑞,赖新生,李艳慧,等. 颞三针治疗中风后遗症的临床观察[J]. 中国针灸,1993,13(1):11.

[4] 中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379.

[5] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:49.

[6] 王强. 高血压脑出血的早期康复治疗观察[J]. 中国误诊学杂志,2007,7(12):2753.

[7] 周杰芳,靳瑞针刺对中风患者微循环与血液流变学作用的观察[J]. 广州中医学院学报,1991,8(23):196.

[责任编辑] 古云侠