

● 针推医学 ●

引用:李晓霞,张建泉. 通督针刺法治疗卒中后丘脑痛 15 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2020,36(3):68-69.

通督针刺法治疗卒中后丘脑痛 15 例临床观察

李晓霞,张建泉

(天津市北辰区中医医院,天津,300400)

[摘要] 目的:观察通督针刺法治疗卒中后丘脑痛的临床疗效。方法:将 30 例卒中后丘脑痛患者随机分为治疗组与对照组,每组各 15 例。治疗组运用通督针刺法治疗,对照组采用普通体针法治疗。2 组均治疗 28d,观察 2 组疼痛评估指数(PRI)评分、视觉模拟评分量表(VAS)评分、现时疼痛强度(PPI)评分,并比较综合疗效。结果:总有效率治疗组为 93.33%(14/15),对照组为 80.00%(12/15),2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2 组 VAS、PRI、PPI 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($P < 0.05$)。结论:通督针刺法治疗卒中后丘脑痛有显著疗效,值得临床推广应用。

[关键词] 卒中;丘脑痛;针刺疗法;通督针刺法

[中图分类号] R277.733 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.03.027

卒中后丘脑疼痛包括脑梗死后及脑出血后丘脑痛,均称为丘脑疼痛综合征^[1]。它以丘脑损伤、疼痛,伴或不伴有轻度偏身瘫痪及深感觉障碍,偏身共济失调、立体失认以及舞蹈投掷样运动为特征。丘脑痛是一种典型的中枢性疼痛,其病程迁延难愈,治疗效果欠佳。临床上西医除使用止痛药物外,还使用抗抑郁、抗癫痫药物来治疗本病,但整体收效甚微,且易引起不良反应,常因耐药性和成瘾性等问题而被限制使用^[2-3]。本研究运用通督针刺法治疗卒中后丘脑痛 15 例,疗效颇佳,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月至 2018 年 1 月我院脑病科住院及门诊就诊的卒中后丘脑痛患者 30 例,采用随机数字表法将其随机分为治疗组和对照组,每组各 15 例。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 参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[4]及《疼痛学》^[2]拟定。1) 头颅影像学(CT 或 MRI)可见有丘脑区梗死或出血。2) 患侧肢体或面部有弥漫性疼痛。3) 神经肌电图及神经传导检查无肌肉、神经损伤表现。4) 视觉模拟评分法(VAS)评分 > 6 分。5) 中风分期诊断^[4]:①急性期发病 2 周以内;②缓解期发病 2 周至 6 个月;③后遗症期发病 6 个月以后。

1.3 纳入标准 1) 符合上述诊断标准;2) 年龄在

40~79 岁之间;3) 急性或亚急性起病;4) 血常规、肝肾功能均正常;5) 自愿参加本研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1) 未经治疗的窄角型青光眼;2) 2 周内使用过单胺氧化酶抑制剂;3) 合并颈椎病压迫神经根者;4) 不能按研究方法完成观察记录的患者;5) 抑郁自评量表 > 63 分。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 2 组均行卒中后二级预防治疗,包括改善循环、营养神经、脑保护、抗血小板聚集、调脂、稳定斑块、维持水电解质及酸碱平衡,同时予以止痛等对症治疗,如口服加巴喷丁胶囊(江苏恒瑞医药股份有限公司生产,批准文号:国药准字 H20030662,规格:0.3g/片),1 片/次,3 次/d。

2.2 治疗组 在基础治疗上采用通督针刺法治疗。主穴:百会、上星、神庭、印堂;辅穴:四神聪、双侧内关。操作方法:采用 30mm × 40mm 常规针灸针,百会穴向后平刺 0.5 寸,得气后采用高频捻转手法(捻转频率 120 转/min),捻转时长 1min;上星穴透神庭穴;印堂穴采用提捏进针法,刺入深度 1 寸,得气后采用提插手(提插频率 120 次/min),提插时长 1min;四神聪刺向百会穴方向刺入 0.5 寸,得气后采用捻转平补平泻法;双侧内关穴,进针 1 寸,得气后采用捻转手法(捻转频率 120 次/min),捻转时长 1min,得气后留针 30min。

基金项目:天津市北辰区科技发展计划项目(2016-SHGY-26)

第一作者:李晓霞,女,医学硕士,主治医师,研究方向:针灸学

2.3 对照组 采用普通体针法治疗。上肢取患侧肩髃、肩髃、曲池、手三里、手五里、外关、合谷;下肢取患侧承扶、风市、血海、梁丘、足三里、阳陵泉、丘虚。采用30mm×40mm常规针灸针,针刺得气后用捻转平补泻法,得气后留针30min。

2组均治疗28d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 2组治疗前后均采用简化 McGill 疼痛问卷评定疼痛。此问卷分为三部分,包括疼痛评估指数(PRI)评分、视觉模拟评分量表(VAS)评分、现时疼痛强度(PPI)评分。

3.2 疗效标准 根据VAS评分判定疗效。显效:VAS评分下降>80%;有效:VAS评分下降>20%、但≤80%;无效:VAS评分下降≤20%。

3.3 统计学方法 所有资料均采用SPSS 22.0 统计软件进行统计学分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 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。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为93.33%,对照组为80.00%,2组比较,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	显效	有效	无效	总有效
治疗组	15	9(60.00)	5(33.33)	1(6.67)	14(93.33) ^a
对照组	15	8(53.33)	4(26.67)	3(20.00)	12(80.00)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后PRI、VAS、PPI评分比较 2组PRI、VAS、PPI评分治疗前后组内比较及治疗前后组间比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗前后PRI、VAS、PPI评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	PRI评分	VAS评分	PPI评分
治疗组	15	治疗前	8.76±0.82	9.12±1.53	5.04±0.65
		治疗后	2.94±0.97 ^{ab}	4.37±1.80 ^{ab}	1.45±0.88 ^{ab}
对照组	15	治疗前	8.66±0.92	9.01±1.47	4.14±0.61
		治疗后	5.02±1.89 ^a	5.87±1.08 ^a	2.97±1.21 ^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

《素问·举痛论》曰:“经脉流行不止,环周不休,寒气入经而稽迟,客于脉外则血少,客于脉中则气不通,故猝然而痛。”《灵枢·热病》云:“偏枯者,身偏不用而痛。”丘脑痛属于中医学“中风”“痹证”范畴,其病机为血脉阻滞、不通则痛,治疗以行气温阳为主。根据国际疼痛研究会对疼痛的定义,其乃

人体在丘脑损伤后所作出的相关感觉及不愉快的情绪反应,这种反应是生理和情感的感知,为中医概念中的“神”^[4]。中风病位主要在脑,脑为“元神之府”,“气出于病”。人体十二经脉之气血皆走空窍,起于督脉之百会穴,穿行足三阳经而止于胆经之曲鬓。督脉起自长强终于脑府,与足太阳经皆入于脑,针刺督脉可疏通脑部经脉,使周身气血通畅,脑神得养,其神则明。通督针刺法主要选取督脉穴位,督脉为诸阳之会,总督一身之阳气,督脉气盛,则阳气振奋,气血调畅。本研究所用针刺方法取督脉穴为主,意在调神,起到了调神止痛的作用,治疗卒中后丘脑痛能取得显著疗效。

参考文献

- [1] 路明,朱志强. 丘脑痛疗法概述[J]. 辽宁中医杂志,2008,35(5):796.
- [2] 韩济生,樊碧发. 疼痛学[M]. 北京:北京大学医学出版社,2012:535-538.
- [3] 金强,杨宇,黄明,等. 小剂量曲马多联合阿米替林、加巴喷丁与卡马西平对丘脑痛的疗效观察[J]. 创伤与急危重病医学,2016,4(2):83-86.
- [4] 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中国实用内科杂志,1997,17(5):312.

(收稿日期:2019-05-18)

《松峰说疫》中的芳香防疫思想(二)

《松峰说疫》中收录了大量焚香祛疫的方剂,如刘奎自拟“苍降反魂香”一方,以苍术、降真香各等分,研末,揉入艾叶内,以绵纸卷筒包裹,烧之能除秽祛疫。还有“烧之能避一切秽恶邪气”的避瘟丹,“正月初一平坦,焚一炷避除一岁瘟疫邪气”的神圣避瘟丹,“五六月,终日焚之,可以避瘟”的太苍公避瘟丹,“避瘟疫,杀一切魑魅魍魉”的李子建杀鬼丸等諸多焚香避疫方剂。

佩香避疫

中国古代有随身佩戴香料的习惯,因其方便性,在古代瘟疫流行期间被广泛应用。《理渝骈文·六淫》载:“今苏州同仁堂刊送辟瘟散佩方,皆岐伯咽金丹解疫法也,盖改咽而为佩矣”,即将服用的药物随身佩戴,更为简捷。

《松峰说疫·除秽》中第一首方剂,即为刘奎自拟“除秽靖瘟丹”。方中用苍术、降真香、川芎、大黄、细辛、鬼箭羽、羌活、甘草、草乌等35味中药研磨成末,按照约二三钱的剂量装入绛囊之中,全家佩戴,随时嗅闻香气,以达到“已病易愈,未病不染”的效果。书中还收录了大量中药佩香辟瘟处方,如《肘后备急方》的太乙流金散、老君神明散、藜芦散等。
(<http://paper.cntcm.com.cn/51126/html>)