·临床报道·

头皮针抽提法对脑卒中偏瘫患者手功能的影响

谭同才　余艳梅

脑卒中康复患者的治疗可采用在头部一些穴位和部分区域施加头皮针。头皮针抽提法作为国家中医药管理局全国推广的第一批 15 项诊疗技术之一，在偏瘫患者小关节功能恢复上有一定的作用[1]。本研究重点关注头皮针抽提法对脑卒中患者手功能的恢复作用。现报道如下。

资料及方法

1　诊断标准　符合卫生部发布的《中药新药临床研究指导原则》[2]中中风病中医诊断标准、中风中经络中医辨证标准和恢复期标准为实证或本虚标实证，经临床和头颅 CT 或核磁共振（MRI）证实的脑梗死或脑出血患者并伴有偏瘫。

2　纳入及排除标准　纳入标准：符合诊断标准；发病时间为 1 ~3 个月，意识清醒，血压等基本情况稳定，与患者签署知情同意书。排除标准：操作部位为头颅手术部位、颅骨不全者；内脏功能严重减弱或衰竭者；晕针者；屈伸肌肌力 <1 级；其他原因不配合者。

3　一般资料　160 例为 2008 年 5 月—2013 年 5 月浙江省人民医院的脑卒中偏瘫住院患者，采用随机数字表法将患者随机分为常规康复组、针灸康复组。常规康复组 80 例，男性 42 例，女性 38 例，年龄 40 ~76 岁，平均（59.3 ±11.5）岁；针灸康复组 80 例，男性 40 例，女性 40 例，年龄 39 ~75 岁，平均（58.4 ±10.5）岁。两组患者基本情况比较，差异均无统计学意义（均 $P>0.05$）。本研究经浙江省人民医院伦理委员会批准。

4　治疗方法　常规康复组接受常规康复训练治疗：综合应用 Bobath 技术、Brunnstrom 技术、PNF 技术、Rood 技术等神经促通技术[3]；适合强迫运动的使用强制性运动；患者主动参与力所能及的日常生活，如进食、洗澡、穿衣等。为避免患者心理暗示效应联合安慰针刺，方法采用假穴针刺法，即在针灸康复组的穴位附近选择临近的假穴位施于较浅针刺，以不产生穴位酸胀感为度。强度和频率同针灸康复组。针灸康复组在常规康复治疗的基础上，对患者进行头皮针抽提法治疗，具体操作如下：患者坐位或者仰卧位，穴位选取其病灶侧的头部的顶中线及顶颞前斜线选取 30 ~32 号 1.5 寸一次性不锈钢毫针。皮肤消毒后，针灸针 15 °左右对准头皮从前顶向百会刺入；从前顶向悬厘刺入。进入 1 寸左右后，手下有“吸住”感觉时，向外快速抽提，每次提出距离 1 分，后又插入 1 寸，反复 8 ~10 次，共计 5 min，然后留针 120 min。间隔进行抽提针，每隔 30 min 运针 5 遍。共治疗 1 个月。

5　观察指标及方法　采用 Fugl-Meyer[4]评分评价患者手功能恢复情况。具体评分：集团屈曲、集团伸展、钩状抓握、侧捏、对捏、圆柱状抓握及球形抓握这 6 个动作，不能作为 0 分，部分可作为 1 分，完全能做为 2 分，合计分数为手功能 Fugl-Meyer 评分。

6　统计学方法　采用 SPSS 13.0 统计软件进行统计学处理。计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示，组间比较采用 t 检验，$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

结　果

1　脱落情况　所有患者均完成实验研究，无脱落病例。

2　两组治疗前后 Fugl-Meyer 评分比较（表 1）　与本组治疗前比较，两组治疗后 Fugl-Meyer 评分升高，且针灸康复组升高优于常规康复组，差异有统计学意义（$P<0.01$）。

表 1　两组治疗前后 Fugl-Meyer 评分比较　（分，$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	Fugl-Meyer	
		治疗前	治疗后
常规康复	80	0.7 ±1.4	2.7 ±2.3*
针灸康复	80	1.0 ±1.7	4.7 ±2.8*△

注：与本组治疗前比较，*$P<0.01$；与常规康复组比较，△$P<0.01$

讨　论

脑卒中后，患者常出现“三偏”、认知功能障碍等多种后遗症，0.5 年后依然有超过一半患者仍然残留上肢运动功能障碍[5,6]。在上肢功能障碍的恢复过程中，手功能较上肢近端更加困难，多数患者运动功能的恢复容

基金项目：2012 年浙江省中医药科学研究基金计划（A 类）（No. 2012ZA016）

作者单位：浙江省人民医院康复医学科（杭州　310014）
通讯作者：谭同才，Tel：13588067448，E-mail：29ttc@sina.com

DOI：10.7661/CJIM.2015.10.1274

易停滞于手功能。手的精细动作在日常生活活动中至关重要,且恢复难度大,所需时间长,本研究选用中医针灸中对偏瘫患者小关节功能恢复上有明显作用的头皮针抽提法来治疗患者较难恢复的偏瘫手功能。

在经络系统中头皮针治疗原理主要是:调节脏腑功能状态和气血运行可以通过针灸刺激头部相关的经络腧穴来实现。在治疗神经系统疾病治疗中,可以刺激根据运动功能区在头皮的投影区域[7],达到治疗对侧相应肢体运动障碍的目的。现代医学证明头皮针可以改善脑血流、促进侧支循环建立,改善由于缺氧导致的运动功能障碍[8]。

传统的头皮针资料显示对偏瘫肢体功能恢复上有确切的疗效,但小关节的恢复疗效往往不佳,头皮针抽提法较传统方法在恢复肢体小关节上有较大优势。头皮针抽提法属于强度较大的泻法,对本研究的对象为实证或本虚标实证的中风患者有较好的针对性。这也是本研究把虚证或本实标虚证偏瘫患者排除在外的原因。

本研究显示针灸康复组疗 Fugl-Meyer 评分高于常规康复组,说明头皮针抽提法结合常规康复治疗对偏瘫患者手功能的提升较单一的常规康复有更好的疗效。国外研究显示,脑卒中患者有效的康复治疗不仅能够明显提高患者的肢体功能恢复,还能节省医疗成本费用的开支[9,10]。头皮针抽提法不仅可以促进偏瘫患者手功能的恢复,加之针灸易于向基层推广,所以笔者认为头皮针抽提法具有良好的社会效益和经济效益,值得向基层推广。

参 考 文 献

[1] 江凌圳. 头皮针抽提法对脑血栓形成后偏瘫患肢不同部位肌力影响的临床研究[J]. 浙江中医杂志, 2005, 40(7): 292-294.

[2] 郑筱萸主编. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002:99-101.

[3] 周继宏,徐艳杰. 神经肌肉促通技术干预脑卒中患者的运动功能:发病 4 个月后评估[J]. 中国临床康复, 2005, 9(17): 182.

[4] 毕胜,纪树荣,顾越,等. Fugl-Meyer 上肢运动功能评分与上肢运动功能状态评分的响应性研究[J]. 中国康复医学杂志, 2006, 21(2): 118-120.

[5] Brokes JG, Lankhorst JG, Rumping K, et al. The long-term outcome arm function after stroke: results of a follow-up study[J]. Disabil Rehabil, 1999, 21(8): 357-364.

[6] Kwakkel G, Wagenaar RC, Twisk JW, et al. Intensity of leg and arm training of primary middle-cerebral-artery stroke: a randomized trial[J]. Lancet, 1999, 354(9174): 191-196.

[7] 陆寿康主编. 实用头针大全[M]. 上海:上海科技出版社, 1993: 56-57.

[8] 刘罡,吴毅,吴军发. 脑卒中后大脑可塑性的研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(1): 87-90.

[9] Evers SM, Ament AJ, Blaauw G. Economic evaluation in stroke research: a systematic review[J]. Stroke, 2000, 31(5): 1046-1053.

[10] Chiu L, Shyu WC, Liu YH. Comparisons of the cost-effectiveness among hospital chronic care, nursing home placement, home nursing care and family care for severe stroke patients[J]. J Adv Nurs, 2001, 33(3): 380-386.

(收稿:2014-05-22 修回:2015-07-28)

中国中西医结合杂志社微信公共账号已开通

近日,中国中西医结合杂志社已经开通微信公共账号,可通过扫描右方二维码或者搜索微信订阅号“中国中西医结合杂志社”加关注。本杂志社将通过微信不定期发送《中国中西医结合杂志》、*Chinese Journal of Integrative Medicine* 的热点文章信息,同时可查看两本期刊的全文信息,欢迎广大读者订阅。

·病例报告·

桂枝加附子汤为主治疗不明原因发热验案 1 例

贺　琳　柳　翼　史载祥

不明原因发热(fever of unknown origin, FUO)是以发热为主要临床症状。由 Petersdorf RG 和 Beeson PB 于 1961 年提出 FUO 的诊断标准,将 FUO 定义为:发热持续 2 ~3 周以上,体温≥38.5℃,经详细地询问病史、体格检查及常规实验室检查仍不明诊断者[1]。FUO 的病因诊断是一个世界性难题,有约 10% 的 FUO 病例始终不能明确病因[2,3],因此治疗也很困难。现将史载祥教授采用桂枝加附子汤治疗的呈周期性发作的不明原因发热 1 例报告如下。

病例简介　患者邹某,女,61 岁。2014 年 10 月 20 日初诊。患者诉发热 9 个月,自 2014 年 1 月起低热,体温 37.3 ~37.6 ℃,多为午后发热,伴恶寒,轻度指关节疼痛。2014 年 8 月在外院输液后(依替米星、头孢唑肟),发生输液反应,之后转为周期性高热至今。发热规律明显,每隔 10 天发热 1 次,体温升高前无先兆症状,高热持续 2 ~4 天,体温达 39 ℃以上。一般多为凌晨 01:00—05:00 发热,伴明显恶寒,每服解热镇痛药后可暂时汗出热退。最近 1 次发热时间为 10 月 13 日,持续 3 天已退。患者曾住我院感染科、风湿免疫科病房,并在协和医院门诊做各项检查,均未能明确诊断发热病因。多次查血常规白细胞总数(WBC)在 5.12 ~10.2 × 10^9,中性粒细胞百分比(N%)在 59.7% ~77.3%,血沉在 44 ~72 mm/h,C 反应蛋白(CRP)3.28 mg/dL(<0.8 mg/dL),尿常规:WBC(-),红细胞(RBC)在 6 ~11/HP 之间,血培养(-),尿培养(-),高渗尿培养阴性,IL-6 33.4 ~134.0 pg/mL:(参考范围:0 ~5.9 pg/mL),降钙素原(PCT) <0.05 ng/mL,肝、肾功正常,甲状腺功能正常,自身抗体均(-)。腹部 B 超示:轻度脂肪肝。盆腔 B 超示宫腔少量积液。诊断:FUO。

治疗经过　曾按泌尿系感染治疗,静脉滴注抗生素(4 月 24 日起左氧氟沙星 0.5 g 每日 1 次、拉氧头孢 1g 每日两次共 3 日,因药物反应改为阿奇霉素 0.5 g,每日 1 次、硫酸依替米星 10 日 200 mg 每日 1 次共 10 日),无好转。现症见:周期性发热,面色㿠白少华,胸闷、乏力、恶寒、手足冷,尤以足趾冷显,腹胀,小腹疼痛。纳少,眠欠安,二便尚调。舌淡暗,有齿痕,苔白腻,脉沉细滑。辨为表邪未尽、阳气虚损,给予调和营卫疏散表邪,兼以温阳固表、温经通络,方用桂枝加附子汤合枳术汤、当归芍药散加减:桂枝 15 g　白芍15 g　炙甘草 10 g　红枣 15 g　生姜 10 g　附片 15 g　枳壳 15 g　苍术 15 g　当归尾 15 g　小茴香 10 g,水煎服,每日 1 剂,共 7 剂。

2014 年 10 月 27 日,患者再次就诊,此时距上次发热已 2 周,服药后未出现发热。近两日患者外感,咳嗽,音哑,微自汗,但体温正常。乏力、恶寒等症状减轻。舌质淡暗,齿痕,苔白腻渐化,脉仍沉细滑。上方去当归、小茴香,加茯苓 15 g,丹皮 15 g,桃仁 15 g,炮姜 10 g,再予 7 剂水煎服,每日 1 剂。

2014 年 12 月 15 日患者来门诊告知:为明确病因,于 11 月 6 日至 12 月 8 日在协和医院感染科住院完善各项检查:各项感染、免疫、肿瘤等相关指标均为阴性。住院期间未再发热,亦未给予药物治疗。出院诊断仍为:发热原因未明。但经过两次门诊共服药 14 剂,未再出现发热,包括在住院期间体温始终保持正常范围,乏力、恶寒、手足冷、腹胀等症状已基本消失。目前仅小腹微微隐痛,纳食欠佳。予以异功散合四乌贼骨一芦茹丸加减:党参 8 g　生黄芪 10 g　炒白术 10 g　茯苓 10 g　陈皮 10 g　三七粉 3 g　炙甘草 10 g　益母草 15 g　茜草 15 g　乌贼骨 30 g,14 剂,水煎服。患者药后诸症消失,恢复正常生活。随访至今,未再出现发热,纳、眠佳,二便调。

讨　论　FUO 病因十分复杂,Durack D 等[4]将 FUO 病因分成:感染、肿瘤、非感染性炎性反应、其他疾病和未明热 5 大类,其中感染、非感染性炎性反应、肿瘤为 FUO 的三大主要病因。对于经多次反复检查、仍不能明确诊断的未明热病例,一般考虑诊断性治疗包括抗生素治疗、抗结核治疗、激素冲击治疗、抗肿瘤治疗等[5],但有可能会出现药物的不良反应、造成二重感染、药物热等后果。

本患者符合 FUO,且发热时间长达 9 个月,周期

作者单位:中日友好医院中西医结合心内科(北京　100029)
通讯作者:史载祥,Tel:010 -84205041,E-mail:shizaixiang@163.com

DOI:10.7661/CJIM.2015.10.1276

性高热 2 个月,始终未能明确诊断,症状反复,严重影响生活质量。由于患者病程长,初起时有表证,见恶寒,轻度关节疼痛,并无其他兼夹症状。之后病程迁延,反复应用抗生素及解热镇痛药物,汗出后热势虽可暂退,但终究未能触及病因,且反复发汗造成津液耗损、阳气随之外泄。故患者反复高热的同时,畏寒肢冷、足趾尤甚、胸闷、乏力等阳虚症状显现,如不及时处理,恐有伤津亡阳之虞。因此,本案虽是发热为主证,却不能见热退热,妄用寒凉之品,或一味发汗解表。此证当调和营卫、固表扶阳,故以桂枝加附子汤治之。方中以桂枝汤调和营卫,解肌祛风,附子温经复阳,固表止汗。又因患者病久,脾胃受损,腹胀、食少、舌质淡、齿痕显,苔白腻,为脾虚湿蕴之象,以苍术代白术,加强健脾燥湿,以枳壳代枳实,消胀除满而不伤正气。患者小腹疼痛,辅助检查发现宫腔积液。于上方中加当归、小茴香,当归与方中芍药相合取当归芍药散之意。患者于发热后出现畏寒肢冷、小腹隐痛,为冲任受损、阳气虚损、寒凝胞宫表现,故在当归芍药养血活血基础上,加一味小茴香温通奇经,引药力直达病所。二诊时患者未再发热,津液渐复,阳气渐充,则改为合方桂枝茯苓丸,功专活血化瘀消癥。三诊时已无发热,虑其长期发热正气耗伤,则改拟异功散加减益气健脾、活血祛瘀以收功。

FUO 热中有一部分疑难病例始终无法明确病因,虽然在西医学不能用现有的检验、检查结果解释,但中医学角度看,并非无证可辨、无药可用。本案例整个治疗过程中未用任何西药治疗,单纯以中药辨证施治,疗效显著。从史教授治疗过程来看,发热期从经典六经辨证出发,综合考虑病情演变、误治失治后的病情变化;缓解期效不更方;缓解期调养脾胃、清除余邪以巩固疗效、防止复发,充分体现了中医辨证施治、整体治疗的思想。

参 考 文 献

[1] Petersdorf RG, Beeson PB. Fever of unexplained origin: report on 100 cases[J]. Medicine (Baltimore), 1961, 40(1): 1-30.

[2] 涂俊才,周平,李晓娟,等. 500 例不明原因发热患者临床病因分析[J]. 中国医学科学院学报, 2015, 37(3): 348-351.

[3] 石秋萍,王超,徐定华,等.不明原因发热 372 例临床分析[J]. 中华内科杂志, 2014, 53(4): 298-302.

[4] Durack D, Street AC. Fever of unknown origin - reexamined and redefined[J]. Curr Clin Top Infect Dis, 1991, 11(11): 35-51.

[5] 朱祥,葛敏,成苏杭,等. 不明原因发热 137 例临床分析[J]. 国外医药(抗生素分册), 2015, 36(3):138-140.

(收稿:2015-07-17 修回:2015-08-28)

中国科协精品科技期刊工程第四期项目公布——《中国中西医结合杂志》进入 TOP 50 项目

按照《中国科协精品科技期刊工程项目实施方案(2015—2017)》,通过项目申报,资格审查及专家评审,分别评出精品科技期刊 TOP 50 项目 50 项,学术质量提升项目 120 项,数字出版建设项目 11 项,集群(联盟)建设项目 11 项,出版人才培育项目 2 项,精品科普期刊项目 5 项,共 199 项。《中国中西医结合杂志》进入 TOP 50 项目。

中国中西医结合杂志 中国中西医结合杂志 中国中西医结合杂志 中国中西医结合杂志 中国中西医结合杂志