

醒脑开窍针刺法对脑卒中意识障碍的促醒疗效观察

林明琴, 柴焜, 唐勇, 董劲成, 方御权* (玉溪市人民医院, 云南玉溪 653100)

摘要: 目的: 探究醒脑开窍针刺法治疗脑卒中意识障碍患者临床疗效。方法: 2020年1月—2021年5月, 随机择取我院114例脑卒中意识障碍患者作为研究对象, 分为立项组(基础治疗+醒脑开窍针刺法)和预设组(基础治疗), 并对比疗效。结果: 和预设组相比, 立项组促醒疗效更好, 脑部血流动力学、炎症反应治疗后改善程度更高, 预后指标和生活质量更好($P < 0.05$)。结论: 脑卒中意识障碍患者应用行醒脑开窍针刺法进行治疗, 可有效改善意识障碍症状, 提高预后, 值得推广。

关键词: 醒脑开窍针刺法; 脑卒中; 意识障碍; 促醒疗效

脑卒中患者发病后发生意识障碍风险较高, 患者陷入意识障碍状态时间越长, 则脑部神经功能、肢体功能以及生活自理能力受到的负面影响就越大, 严重影响患者生活质量, 出现该种现象与意识障碍时间延长对脑部神经细胞损害增加有关, 为保障脑卒中患者神经功能恢复, 针对意识障碍患者需要进行促醒治疗, 为后期康复治疗提供支持^[1]。中医理论当中脑卒中属于中风病范畴, 病理基础为痰浊、淤血和肝风, 导致患者神不导气、窍闭神匿, 中医院士石学敏根据脑卒中患者病机提出“醒脑开窍”针刺法, 该种针刺疗法的核心为疏通脑卒中患者堵塞经络, 其创新在于改变配穴方法, 以督脉穴位和阴经穴位作为治疗配穴, 可起到改善患者血流动力学、调节炎症因子的效果, 具有较好的促醒疗效^[2]。基于此, 本文主要探究醒脑开窍针刺法用于治疗脑卒中意识障碍患者临床疗效, 结合114例脑卒中意识障碍患者进行实例分析, 见下文。

1 资料和方法

1.1 一般资料

择取114例脑卒中意识障碍患者参与研究, 入选标准: 患者发病不超过3天时间; 患者无重大脏器病变; 患者无内分泌系统疾病。排除标准: 患者临床资料不完整; 患者家属不同意签署知情文件; 患者患有精神障碍疾病。立项组: 男性患者31人, 女性患者26人, 平均年龄为(62.17±7.59)岁, 平均病程(30.65±12.19)h; 预设组: 男性患者30人, 女性患者27人, 平均年龄为(62.95±7.23)岁, 平均病程(31.82±13.07)h。两组患者一般资料差异较小, 无统计学意义($P > 0.05$), 本次研究符合伦理规范。

1.2 方法

预设组患者接受常规治疗方案, 低流量供氧治疗, 维持患者呼吸道通畅避免发生肺通气障碍、呼吸道堵塞, 辅助吸痰治疗, 吸痰前需要进行气道湿化, 将痰液湿化至不粘附吸痰管为宜, 达到Ⅲ度湿化效果即可开始吸痰。使用抗血小板凝集药物、降血脂药物进行治疗, 根据患者病情选择使用甘露醇药物, 降低颅内压力使用速尿、白蛋白药物。调节血压、血糖可使用降压药和降糖药。使用脑细胞营养药物, 维持患者机体水电解质平衡。

立项组患者应用基础治疗结合醒脑开窍针刺法, 主穴取

双侧内关、人中和两侧三阴交穴, 副穴取患侧极泉、尺泽和危重, 患者存在吞咽障碍取穴风池、翳风和完骨, 语言障碍取穴金津、玉液和廉泉, 患者存在足内翻取穴丘墟透照海。针刺主穴时, 按照双侧内关、人中、三阴交穴顺序行针, 内关穴刺入皮下0.5~1寸, 提插捻转泄法, 行针1min, 人中穴沿鼻中隔方向刺入0.3~0.5寸, 雀啄泄法, 观察到患者流泪或眼眶湿润即为得气, 后针刺三阴交穴, 刺入皮下0.5~1寸, 提插补法, 以患肢抽动为得气, 此时足趾受到针感。余下穴位使用平补平泻法行针, 留置针30min。每日针刺治疗一次, 连续治疗一周时间。

1.3 观察指标

(1) 记录两组患者促醒疗效, 根据GCS(格拉斯昏迷评分量表)以及神志清醒时间进行判断, GCS分值越高, 神志清醒时间越短则表明促醒疗效越好; (2) 记录患者治疗前后的脑部血流动力学; (3) 记录患者治疗前后炎症反应严重程度; (4) 记录患者预后, 根据脑部神经功能缺损、肢体运动功能和生活自理能力分值进行比较; (5) 比较两组患者生活质量, 分值和生活质量成正比。

1.4 统计学方法

SPSS24.0分析数据, P 低于0.05有统计学意义。

2 结果

2.1 促醒疗效

表1, 立项组GCS分值高于预设组, 清醒时间用时较预设组更短, 表明促醒疗效更好, ($P < 0.05$)。

表1 促醒疗效

组别	GCS 分值	清醒时间 (d)
立项组 (n=57)	11.45 ± 3.12	3.51 ± 1.24
预设组 (n=57)	9.57 ± 2.63	4.49 ± 1.58
<i>t</i>	9.2789	9.2841
<i>P</i>	< 0.05	< 0.05

2.2 脑部血流动力学

表2, 两组患者接受治疗前脑部血流动力学差异较小($P > 0.05$), 治疗后局部脑部血流量和大脑中动脉平均血液流速增加值远高于预设组, 组间差异显著($P < 0.05$)。

通讯作者: 方御权

表 2 脑部血流动力学

组别	局部脑部血流量 (ml/100g/min)		大脑中动脉平均血流速度 (cm/s)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
立项组 (n=57)	34.79 ± 4.42	56.1 ± 6.2	43.71 ± 9.18	72.59 ± 10.27
预设组 (n=57)	34.58 ± 3.57	45.3 ± 5.7	43.46 ± 10.32	59.36 ± 11.35

表 2 脑部血流动力学

t	0.92745	9.4627	0.8957	8.5793
P	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.3 炎症反应

表 3, 立项组炎症反应治疗后改善程度高于预设组, ($P < 0.05$)。

表 3 炎症反应

组别	白细胞介素 -6 (ng/L)		超敏 C 反应蛋白 (mg/L)		肿瘤坏死因子 -α (ng/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
立项组 (n=57)	11.17 ± 1.59	5.39 ± 1.22	3.17 ± 0.35	1.05 ± 0.58	1.89 ± 0.37	0.61 ± 0.12
预设组 (n=57)	11.41 ± 1.08	8.27 ± 1.62	3.29 ± 0.92	2.19 ± 0.24	1.86 ± 0.55	1.07 ± 0.29
t	0.9284	8.7563	0.8767	9.2471	0.9482	9.4875
P	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.4 患者预后

表 4, 立项组患者治疗后各项治疗指标均优于预设组, (P

< 0.05)。

表 4 患者预后

组别	神经功能缺损评分		肢体运动功能评分		生活自理能力评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
立项组 (n=57)	20.53 ± 2.49	10.26 ± 4.15	32.57 ± 5.91	68.93 ± 8.21	20.46 ± 2.35	78.96 ± 7.15
预设组 (n=57)	20.71 ± 2.15	17.82 ± 5.38	33.05 ± 6.14	51.75 ± 5.39	21.13 ± 3.81	65.79 ± 11.43
t	0.9284	9.0827	0.9271	9.7153	0.8729	9.5823
P	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.5 生活质量

表 5, 立项组生活质量高于预设组, ($P < 0.05$)。

表 5 生活质量

组别	躯体	心理	社会	整体
立项组 (n=57)	71.38 ± 3.95	72.59 ± 3.91	70.37 ± 5.25	73.29 ± 5.36
预设组 (n=57)	60.25 ± 4.09	62.34 ± 4.29	63.25 ± 6.07	61.42 ± 3.75
t	9.2851	8.3769	8.0243	8.2371
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

根据中医理论, 脑卒中意识障碍病邪为风、火、痰浊、瘀血, 窍闭神匿、脑络闭阻, 治疗方案可从开窍醒脑入手, 醒脑开窍针刺法用于脑卒中患者可起到较好的临床疗效。主穴人中属于督脉, 督脉入属于脑, 针刺人中可达到醒脑开窍的效果, 主穴取穴三阴交, 针刺后可补益肝肾不足, 起到标本兼治疗效, 副穴选用曲池、极泉可达到疏通经络、促进血流供应效果, 主穴、副穴配合针刺治疗对脑卒中意识障碍患者可起到较好促醒疗效。

脑卒中患者发生意识障碍表明病情较为严重, 为判定患者意识障碍严重程度, 可应用 GCS 昏迷量表进行评分, GCS 昏迷量表的应用较为简单便捷, 因此在脑卒中患者意识障碍鉴定当中应用 GCS 量表较为常见。临床上针对脑卒中意识障碍患者需要采取对症治疗快速改善患者病情, 稳定患者生命体征, 可应用高渗透脱水剂进行治疗, 考虑到甘露醇不良反应较多, 需要酌情使用, 速尿和白蛋白组合用于降低颅内压

疗效较好, 可减少患者尿蛋白, 因此可应用该种组合进行脱水治疗。脑卒中患者发病后, 脑递质、受体系统受到损害, 无法维持正常代谢路径, 脑部水肿症状严重, 此时神经元细胞、神经胶质细胞受损严重, 这也是脑卒中患者发生意识障碍的原因。脑卒中意识障碍患者还存在脑干缺血、脑干网状组织受损以及大脑皮质损伤问题。针对脑卒中意识障碍患者发病特点, 需要保障患者脑部供血, 恢复脑部血液供应、氧气供应, 保护神经细胞, 可达到较好的促醒疗效。脑卒中意识障碍患者由于缺血缺氧、脑水肿症状, 导致超敏 C 反应蛋白水平快速升高, 各类炎性因子水平也急速上升。研究发现, 醒脑开窍针刺法针刺主穴和副穴后, 可起到保护脑部神经细胞, 延迟神经细胞异常凋亡时间的效果。醒脑开窍针刺法治疗脑卒中意识障碍患者, 可有效增加患者脑组织当中的氧含量以及脑部血流量, 增加脑部血流供应可为脑部受损神经细胞增加营养, 继而改善代谢。醒脑开窍针刺法可祛除脑部供血不足、微循环障碍、血液流变异常等病因, 因此促醒疗效较好。醒脑开窍疗法还可达到改善炎症因子效果, 可持续降低炎症因子继而改善患者机体炎症反应。

综上所述, 应用醒脑开窍针刺法治疗脑卒中意识障碍患者, 可起到较好的促醒疗效, 值得推广, 可让更多的患者受益。

参考文献

[1] 杨华琴. 浅析妇产科医生临床思维培养对诊疗能力的影响 [J]. 现代养生, 2019(4).
 [2] 张剑锋, 黄瑞聪, 唐梁英. 醒脑开窍针刺法干预脑卒中后轻度认知障碍的临床观察 [J]. 中医临床研究, 2015(24):142-143.