

针灸联合身痛逐瘀汤加减对中风恢复期丘脑痛疼痛程度及血液流变学指标的影响

杨晓鸿

(赣州市人民医院康复医学科,江西 赣州 341000)

摘要:目的 研究针灸联合身痛逐瘀汤加减对中风恢复期丘脑痛疼痛程度及血液流变学指标的影响。方法 选取2019年6月—2021年6月我院收治的60例中风恢复期丘脑痛患者,采用随机数字表法分为对照组和观察组,各30例。对照组口服卡马西平治疗,观察组在其基础上应用针灸联合身痛逐瘀汤加减治疗,比较两组简化版McGill疼痛问卷(SF-MPQ)评分、临床疗效、血浆-内啡肽(β -EP)、血清P物质(SP)、血液流变学指标(全血低切粘度、全血高切粘度、红细胞聚集指数)。结果 两组SF-MPQ评分均低于治疗前,且观察组低于对照组($P<0.05$);观察组总有效率为96.67%,高于对照组的80.00%($P<0.05$);观察组 β -EP高于对照组,SP低于对照组($P<0.05$);两组全血低切粘度、全血高切粘度、血小板聚集率均低于治疗前,且观察组低于对照组($P<0.05$)。结论 针灸联合身痛逐瘀汤加减治疗中风恢复期丘脑痛疗效确切,可有效降低患者的疼痛程度,抑制致痛物质的释放,改善其血液流变学水平。

关键词:丘脑痛;中风恢复期;针灸;身痛逐瘀汤;血液流变学

中图分类号:R743

文献标识码:A

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2022.11.047

文章编号:1006-1959(2022)11-0177-03

Effect of Acupuncture Combined with Shentong Zhuyu Decoction on the Degree of Thalamus Pain and Hemorheology Index in Stroke Recovery Period

YANG Xiao-hong

(Department of Rehabilitation Medicine, Ganzhou People's Hospital, Ganzhou 341000, Jiangxi, China)

Abstract: Objective To study the effect of acupuncture combined with Shentong Zhuyu decoction on the degree of thalamic pain and hemorheology indexes in stroke recovery period. **Methods** A total of 60 patients with thalamic pain in the recovery period of stroke admitted to our hospital from June 2019 to June 2021 were selected and randomly divided into control group and observation group, with 30 cases in each group. The control group was treated with carbamazepine, and the observation group was treated with acupuncture combined with Shentong Zhuyu decoction on the basis of carbamazepine. The scores of simplified McGill pain questionnaire (SF-MPQ), clinical efficacy, plasma-endorphin (β -EP), serum substance P (SP), and hemorheology indexes (whole blood low shear viscosity, whole blood high shear viscosity, and erythrocyte aggregation index) were compared between the two groups. **Results** The SF-MPQ scores of the two groups were lower than those before treatment, and the observation group was lower than the control group ($P<0.05$). The total effective rate of the observation group was 96.67%, which was higher than 80.00% of the control group ($P<0.05$). β -EP in observation group was higher than that in control group, SP was lower than that in control group ($P<0.05$). The whole blood low shear viscosity, whole blood high shear viscosity and platelet aggregation rate of the two groups were lower than those before treatment, and those of the observation group were lower than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Acupuncture combined with Shentong Zhuyu decoction is effective in the treatment of thalamic pain in the recovery period of stroke, which can effectively reduce the pain degree, inhibit the release of pain-causing substances, and improve the level of hemorheology.

Key words: Thalamic pain; Stroke recovery period; Acupuncture; Shentong Zhuyu decoction; Hemorheology

丘脑痛(thalamic pain)是脑卒中常见后遗症,由中枢神经受损或功能障碍引起,属于中枢神经源性疼痛疾病,多发生于卒中恢复期阶段,可引起对侧肢体持续性剧痛,对患者康复进度及生活质量造成严重影响^[1,2]。目前,该病发病机制尚不明确,临床多予西药对症治疗以达到缓解疼痛,但西药止痛多伴有一定的耐药性及成瘾性风险,易导致并发症及副作用的出现,具有较大局限性^[3]。在此背景下,应用传统中医药治疗或可发挥其独特优势。近年来,随着中医事业的复兴,针灸在神经内科脑源性疾病方面的研究成果已获得了广泛认可^[4]。此外,基于“不通则痛”等中医理论,身痛逐瘀汤等活血祛瘀方剂也逐渐应用于中风恢复期丘脑痛疾病的治疗中^[5]。本研究结合我院收治的60例中风恢复期丘脑痛患者,观

察针灸联合身痛逐瘀汤加减对中风恢复期丘脑痛疼痛程度及血液流变学指标的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2019年6月—2021年6月赣州市人民医院收治的60例中风恢复期丘脑痛患者,采用随机数字表法分为对照组和观察组,各30例。对照组男17例,女13例;年龄55~78岁,平均年龄(60.82 ± 4.15)岁;病程1~6个月,平均病程(3.24 ± 0.86)个月。观察组男16例,女14例;年龄54~79岁,平均年龄(60.75 ± 4.26)岁;病程1~6个月,平均病程(3.37 ± 0.79)个月。两组性别、年龄、病程比较,差异无统计学意义($P>0.05$),研究可行。本研究经医院伦理委员会批准,患者均知情且自愿参加。

1.2 纳入和排除标准 纳入标准:①经临床与影像学检查确诊;②处于中风恢复期;③头颅影像学显示丘脑区梗死;④疼痛视觉模拟评分(VAS) ≥ 6 分。排除标准:①存在严重肝、肾、代谢系统疾病的患者;②药

作者简介:杨晓鸿(1968.12-),女,江西赣州人,本科,主任中医师,主要从事康复针灸治疗工作

物过敏者;③针刺区域存在皮疹、破溃等情况者;④合并肩手综合征者;⑤短暂性脑缺血发作、腔隙性脑梗塞、梗塞后继发脑出血以及蛛网膜下腔出血患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 给予卡马西平(北京诺华制药有限公司,国药准字H11022279,规格:200 mg/片)口服治疗,200 mg/次,1~2次/d,疗程1个月。

1.3.2 观察组 在对照组基础上应用针灸联合身痛逐瘀汤加减治疗。针灸:头针取病灶侧顶颞后斜线,采用丛刺法进行针刺治疗,即每段线中间直刺1针,在其左右各开0.5寸向中心线方向刺入一针,三段共刺9针。针体与皮肤呈30°,进针深度25~30 mm,进针后捻转1 min,150~200次/min,每20 min捻转1次,留针40 min。体针以水沟穴为主穴,采用雀啄法向鼻中隔方向斜刺,以眼球湿润为佳。随后以极泉穴、委中穴、俞穴为配穴,行平补平泻法操作,每20 min捻转1次,留针40 min。针灸治疗1次/d,连续6日后间隔1日,疗程1个月。身痛逐瘀汤:延胡索10 g、桃仁10 g、牛膝10 g、当归10 g、红花9 g、鸡血藤10 g、川芎6 g、五灵脂6 g、没药6 g、秦艽3 g、羌活3 g、香附3 g、甘草4 g;湿热重者,加苍术、黄柏各5 g;剧痛者,加玄胡索、七叶莲各6 g。水煎至400 ml,分早晚服用,1剂/d,疗程1个月。

1.4 观察指标 比较两组简化版 McGill 疼痛问卷(SF-MPQ)评分、临床疗效、血浆-内啡肽(β -EP)、血

清P物质(SP)、血液流变学指标(全血低切粘度、全血高切粘度、红细胞聚集指数)。SF-MPQ评分:包括疼痛分级指数(PRI)0~45分、视觉模拟评分(VAS)0~10分、现时疼痛程度(PPI)0~5分,分数越高疼痛越严重。临床疗效:采用VAS加权计算法评定,临床痊愈:VAS加权值 $\geq 75\%$;显效:50% \leq VAS加权值 $< 75\%$;有效:25% \leq VAS加权值 $< 50\%$;无效:VAS加权值 $< 25\%$,VAS加权值=(治疗后VAS评分-治疗前VAS评分)/治疗前VAS评分 $\times 100\%$ 。总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法 采用SPSS 21.0软件进行数据处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较行 t 检验,计数资料以[$n(\%)$]表示,组间比较行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组SF-MPQ评分比较 两组SF-MPQ评分均低于治疗前,且观察组低于对照组($P < 0.05$),见表1。

2.2 两组临床疗效比较 观察组总有效率高与对照组($P < 0.05$),见表2。

2.3 两组血液流变学指标比较 两组全血低切粘度、全血高切粘度、血小板聚集率均低于治疗前,且观察组低于对照组($P < 0.05$),见表3。

2.4 两组 β -EP、SP水平比较 两组 β -EP水平升高、SP水平下降,且观察组 β -EP水平高于对照组,SP水平低于对照组($P < 0.05$),见表4。

表1 两组SF-MPQ评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	PRI		VAS		PPI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	14.58 \pm 2.67	6.35 \pm 1.76*	7.13 \pm 1.09	3.95 \pm 0.86*	3.14 \pm 0.51	1.10 \pm 0.27*
对照组	30	14.63 \pm 2.75	8.32 \pm 1.54*	7.20 \pm 1.13	4.60 \pm 0.91*	3.11 \pm 0.47	1.90 \pm 0.40*
t		0.071	4.614	0.244	2.843	0.237	9.080
P		0.943	0.000	0.808	0.006	0.814	0.000

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$

表2 两组临床疗效比较[n(%)]

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	30	2(6.67)	17(56.67)	10(33.33)	1(3.33)	29(96.67)*
对照组	30	0	13(43.33)	11(36.67)	6(20.00)	24(80.00)

注:*与对照组比较, $\chi^2=3.916$, $P=0.048$

表4 两组血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	全血低切粘度(mPa·s)		全血高切粘度(mPa·s)		红细胞聚集指数	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	10.85 \pm 2.61	8.70 \pm 1.09*	7.86 \pm 1.39	6.13 \pm 0.41*	1.90 \pm 0.43	1.63 \pm 0.19*
对照组	30	10.93 \pm 2.78	9.52 \pm 1.14*	7.82 \pm 1.44	6.85 \pm 0.66*	1.93 \pm 0.45	1.78 \pm 0.22*
t		0.115	2.848	0.109	5.076	0.264	2.826
P		0.909	0.006	0.913	0.000	0.793	0.006

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$

表3 两组 β -EP、SP水平比较($\bar{x}\pm s$,pg/ml)

组别	n	β -EP(mmHg)		SP(nmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	42.37 \pm 5.21	68.78 \pm 6.42*	82.41 \pm 7.10	45.52 \pm 6.43*
对照组	30	42.50 \pm 5.13	61.59 \pm 6.37*	82.53 \pm 6.85	50.22 \pm 6.70*
t		0.097	4.354	0.067	2.772
P		0.923	0.000	0.947	0.008

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$

3 讨论

中风恢复期丘脑痛属于中枢神经病理性疼痛疾病,其病情复杂且治疗困难,西医治疗效果有限^[6]。中医认为丘脑痛病位在脑,且继发于中风后,其病邪稽留经络,经久不愈,致使气血失调导致津液凝聚成痰,血行闭阻则成瘀,以致“不通则痛”引起肢体疼痛不适^[7,8]。因此,痰邪、瘀血阻滞均为中风恢复期丘脑痛的病机所在,当以活血祛瘀、通经止痛为主要治疗原则。针灸是中风常用治疗手段,包括头针与体针等,其中,顶颞后斜线是百会穴与曲鬓穴连线,为经气交汇贯通之处,针刺本线可通调脑脉,促使瘀血周行,进而减轻疼痛^[9,10];体针则基于“醒脑开窍”经典理论,通过针刺水沟穴、极泉穴、委中穴、俞穴,改变丘脑缺血缺氧状态,提升脑细胞及神经纤维再生速度,重塑丘脑神经元功能,达到祛瘀生新、通络止痛的目的^[11,12]。而身痛逐瘀汤出自《医林改错》,是祛瘀通络经典方剂,方中桃仁善泄血祛瘀,是多种瘀血阻滞证的常用药材;延胡索则具有镇痛镇静之效;牛膝、川芎可活血化瘀,利关节、引血下行,配以当归等补血活血、调经止痛之药,经甘草调和,诸药齐用共奏镇痛调神、活血止痛之功,对全身痛证皆有佳效^[13,14]。针药齐用可兼具止痛和去除病因之用,效果显著。

本研究中观察组 SF-MPQ 评分低于对照组,总有效率高于对照组($P<0.05$),提示联合治疗可有效降低疼痛程度,效果优于常规西药治疗,与多项报道^[15,16]结果相似。针灸可改变脑皮层血液循环,改善脑内供给条件,通过去除病因缓解中枢性疼痛问题;而身痛逐瘀汤则可通过药物活血祛瘀发挥镇痛作用,二者齐用可达到协同效果,止痛疗效更佳^[17]。研究显示^[18], β -EP 与 SP 含量与丘脑痛发作存在密切关联, β -EP 为机体抗痛系统的重要部分,可抑制初级感觉神经元的痛觉传递,具有强烈持久的镇痛作用^[19];SP 为外周致痛物质,可促进痛觉传递,诱发疼痛发作^[20]。本研究中,观察组 β -EP 高于对照组,SP 低于对照组($P<0.05$),表明联合治疗可提升体内 β -EP 含量,抑制 SP 释放,利于机体痛觉传递阻滞。两组全血低切粘度、全血高切粘度、血小板聚集率均低于治疗前,且观察组低于对照组($P<0.05$),表明针灸联合身痛逐瘀汤可改善患者的血液流变学水平。

综上所述,针灸联合身痛逐瘀汤加减治疗中风恢复期丘脑痛疗效确切,可有效降低患者的疼痛程度,抑制致痛物质的释放,改善血液流变学水平。

参考文献:

- [1]乔慧子,闫瑾.调神抑痛法针刺联合重复经颅磁刺激对脑梗死后中枢神经痛的疗效分析[J].沈阳医学院学报,2019,21(6):505-508,513.
- [2]Hon AJ,Altschuler EL.Central Post-Stroke Pain (Thalamic Pain Syndrome)[M]//Frontera WR,Silver JK,Rizzo TD.Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation,Fourth Edition.Amsterdam:Elsevier,2020:629-632.
- [3]刘奇.醒脑止痛汤联合氟西汀治疗脑卒中后丘脑痛的疗效及安全性分析[J].四川中医,2020,38(4):137-140.
- [4]李岩,田彩芳,吴咚咚.少阴经排刺法配合头针治疗中风后丘脑痛的临床疗效观察[J].中华中医药杂志,2018,33(2):582-584.
- [5]毕文科,刘元标,汪莹莹,等.加减身痛逐瘀汤联合神经妥乐平治疗丘脑痛疗效观察[J].实用中医药杂志,2016,32(1):39-40.
- [6]Liao C,Yang M,Liu P,et al.Thalamic pain alleviated by stellate ganglion block[J].Medicine,2017,96(5):e6058.
- [7]屈沂.中西医结合治疗丘脑痛临床研究[J].中医学报,2016,31(8):1192-1194.
- [8]孔莹,王瑜萌欣,王迪,等.“龙虎交战”针法治疗中风后丘脑痛的临床观察[J].中医药导报,2018,24(14):52-54.
- [9]王淑敏.经筋皮部排点刺法配合针刺星状神经节治疗中风后丘脑痛疗效观察[J].中医药学报,2018,46(4):81-84.
- [10]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.
- [11]路明,罗苓芝,蒙璐.醒脑开窍针法结合头皮针电刺激治疗卒中后丘脑痛 40 例临床观察[J].中医杂志,2018,59(10):861-865.
- [12]李雅洁,田浩,安丽,等.醒脑开窍针刺法治疗丘脑痛:随机对照研究[J].中国针灸,2017,37(1):14-18.
- [13]梁源,丁浩浩.身痛逐瘀汤加减联合神经妥乐平片治疗丘脑痛效果观察[J].实用中医药杂志,2020,36(12):1604-1605.
- [14]王瑛,李绍旦,张印,等.身痛逐瘀汤对一次性力竭运动 DOMS 大鼠模型血清 CK-MM、IL-6 的影响[J].成都中医药大学学报,2016,39(4):18-22.
- [15]张琦鑫,卢颖.针药并用治疗缺血性中风恢复期丘脑痛的临床观察[J].世界中西医结合杂志,2021,16(6):1119-1122,1127.
- [16]巢钰,王敏.针药治疗缺血性中风后恢复期丘脑痛 33 例疗效观察[J].湖南中医杂志,2021,37(3):72-74.
- [17]蒋慧,王鸿度.活血通络联合醒脑开窍针法对脑梗死后丘脑痛的临床疗效探究[J].中华中医药学刊,2020,38(3):89-91.
- [18]徐秀梅,周城林,肖朝阳.灸药并用治疗缺血性脑卒中后丘脑痛的临床观察[J].江西中医药大学学报,2016,28(6):33-34,61.
- [19]王广,罗超,彭彤,等.脑出血与蛛网膜下腔出血后 β -内啡肽和促性腺激素释放激素水平变化研究[J].中国全科医学,2017,20(6):673-677.
- [20]黄志雄,李晶,吴爱花,等.三氧大自体血联合普瑞巴林治疗脑卒中后中枢神经痛的临床研究[J].中外医学研究,2019,17(18):24-26.

收稿日期:2021-08-26;修回日期:2021-09-12

编辑/肖婷婷