

热敏灸干预中风先兆症的临床疗效观察^{*}

★ 陈明人 迟振海 张波 陈日新^{**} (1. 江西中医学院附属医院 南昌 330006; 2. 国家中医药管理局热敏灸重点研究室 南昌 330006; 3. 国家中医药管理局腧穴敏化三级实验室 南昌 330006)

摘要:目的:观察热敏灸干预中风先兆症的临床疗效。方法:将 120 例患者随机分为热敏灸组和对照组各 60 例,对照组采用共性干预方法,治疗组在此基础上加用热敏灸干预,两组治疗时间均为 6 个月。结果:在热敏灸治疗 3、6 个月后及治疗结束后第 10 个月进行疗效评价,热敏灸组疗效明显优于常规治疗对照组($P < 0.01$)。结论:热敏灸具有显著缓解中风先兆症的作用。

关键词:热敏灸;中风先兆症;治未病

中图分类号:R 245 **文献标识码:**B

面不(微)热深部热、其他非热感觉)至热敏灸感消失所需要的时间是不同的,从 10 分钟至 200 分钟不等,这就是热敏穴位的最佳个体化施灸剂量,

敏消量足指:热敏灸疗法强调每次艾灸要达到个体化的消除穴位敏化状态的饱和灸量,这是保证热敏灸临床疗效的关键之一,每次给予艾热刺激的量最终取决于热敏化态穴位的消敏或脱敏量,达到这个剂量灸疗疗效明显提高,这时穴位的热敏态转化为消敏态(即非热敏态)。这个艾灸剂量就是这个热敏穴位的最佳充足剂量。

4 适用范围与使用注意事项

适用范围首先要符合西医支气管哮喘诊断标准。(1)哮喘分期属慢性持续期者;(2)背侧足太阳膀胱经两外侧线以内,肺俞穴和膈俞穴两水平线之间的区域或前胸部第一肋间隙、第二肋间隙自内向外至 6 寸范围内区域出现穴位热敏;(3)年龄 18 - 65 岁;(4)患者神志正常,能正确表达灸感,行为配合。

使用注意事项:(1)可造成气喘或呼吸困难的其它疾病患者如支气管扩张、肺心病、肺纤维化、肺结核、肺脓疡、慢性阻塞性肺病等;(2)妊娠或哺乳期妇女;(3)合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病,精神病患者及影响其生存质量的严

重疾病;(4)激素依赖型病人,或入选前 4 周内,使用过全身性肾上腺皮质激素注射剂(静脉注射、肌肉注射、皮下注射和口服)者;(5)对艾烟不耐受者。

5 小结

该标准有助于指导医生掌握热敏灸治疗的科学规律和规范技术,以减少临床操作的盲目性,促进热敏灸的临床推广,进一步提高热敏灸疗效,节约医疗成本并提供高效的医疗服务,为热敏灸的标准化、国际化、现代化发挥积极的促进和推动作用。

参考文献

- [1] 国家标准化管理委员会. 标准化基础知识培训教材[M]. 北京: 中国标准出版社, 2004: 80 - 81.
- [2] 陈日新, 陈明人, 康明非. 热敏灸实用读本[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 10
- [3] 陈日新, 康明非. 腧穴热敏化艾灸新疗法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 15
- [4] 陈日新, 康明非. 腧穴热敏化及其临床意义[J]. 中医杂志, 2006, 47(12): 905 - 906
- [5] 陈日新, 康明非. 灸之要, 气至而有效[J]. 中国针灸, 2008, 28(1): 44 - 46
- [6] 陈日新, 康明非. 腧穴热敏化的临床应用[J]. 中国针灸, 2007, 27(3): 199 - 202
- [7] 陈日新, 康明非. 一种新类型的疾病反应点——热敏点及其临床意义[J]. 江西中医学院学报, 2006, (2): 29 - 30.

(收稿日期: 2010-12-10 责任编辑: 李丛)

^{*} * 国家中医药管理局中医治未病技术方法社区推广应用研究(项目编号: 200807003)

^{**} 通讯作者: 陈日新, 男, 54 岁, 教授, 博士生导师, 研究方向: 艾灸效应与机制, E-mail: chenrixin123@yahoo.com.cn

中风先兆症是中风病的一个早期阶段,具有发病突然、历时短暂、可自行缓解,但易于复发的特点。如能对中风先兆症进行积极防治,将大大减少和延缓中风病的发生。近年来,笔者在常规治疗中风先兆症的基础上,加入热敏灸干预手段,取得较好的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 选择我院及基点医院门诊 2008 年 9 月-2010 年 9 月普查的 120 例中风先兆患者。随机分为两组,热敏灸干预组 60 例,男 32 例,女 28 例,平均年龄 60.7 岁。对照组 60 例,男 29 例,女 31 例,平均年龄 60.9 岁。两组性别、年龄、病情等均无显著性差异($P>0.05$)。

1.1.1 诊断标准 参照 1993 年 11 月国家中医药管理局急症脑病协作组制定的《中风先兆证诊断与疗效评定标准》^[1]:(1)主症:阵发性眩晕;发作性偏身麻木;短暂性言语蹇涩;一过性偏身瘫软;昏厥发作;瞬时性视歧昏翳。(2)次症:头胀痛;手指麻;健忘;筋惕肉瞤;神情呆滞;倦怠嗜卧;步履不正。(3)理化检查:血压;血糖;尿糖;血脂;血液流变学;心电图;眼底。

中年以上患者,具有两项主症以上,结合次症、实验室检查即可诊断,必要时可做 CT、MRI 等检查,以确定诊断。

1.1.2 纳入标准 (1)符合上述中风先兆的诊断标准;(2)年龄 45-75 岁,男女不限;(3)所选病例血压、血糖、血脂、血粘度基本正常(包括正在用药已控制在基本正常范围);(4)患者双侧风池穴、足三里穴、神阙穴穴区出现穴位热敏;(5)患者知情同意,且能准确表达灸感。

1.1.3 排除标准 具备以下项目之一者不可纳入本试验:(1)合并有肿瘤、感染、结核等;(2)合并有肝、肾和造血系统等严重危及生命原发性疾病以及精神病患者;

1.2 干预方法

1.2.1 热敏灸干预组 (1)热敏腧穴的探查:环境:检测室保持安静,室内温度保持在 22℃-30℃;体位:选择舒适、充分暴露上述腧穴的部位;探查工具:江西省中医院生产,规格为直径 2.2cm×长度 12 cm 特制精艾绒艾条,

探查方法:用点燃的艾条在患者风池、足三里、神阙穴区,距离皮肤 3cm 左右施行温和灸,当患者感受到艾热发生透热(艾热从施灸部位皮肤表面直接向深部组织穿透)、扩热(以施灸点为中心向周围扩散)、传热(灸热从施灸点开始循某一方向传导)

和非热觉中的一种或一种以上感觉时,即为发生腧穴热敏现象,该探查穴点为热敏腧穴。重复上述步骤,直至所有的热敏化穴被探查出来。

(2)热敏灸治疗方法:在探查到的热敏腧穴上,采用悬灸,每次治疗以腧穴热敏现象消失为度,由医生操作或经医生培训后由患者家属操作;第 1 个月开始连续治疗 3 天,每日 1 次,后 27 天保证 12 次治疗;第 2~3 个月保证每月治疗 12 次;第 4~6 个月,每月保证 6 次治疗。

(3)共性干预方法:调节血压、血脂、血糖、改善血液粘稠度等,咨询指导其合理膳食、情志调节、劳逸结合、戒烟限酒避风寒。

(4)观察周期与时点:分别在治疗 3、6 个月及治疗结束后第 10 个月进行疗效评价。

1.2.2 对照组 除不给予热敏灸干预方法外,其他同上组。

1.3 疗效评定方法 按照上述诊断标准,主症按 4 级评定计分,次症按 2 级评定计分,疗效百分数按下式计算:

$$\text{疗效百分数} = \frac{\text{治疗前总分数} - \text{治疗后总分数}}{\text{治疗前总分数}} \times 100\%$$

以上述疗效百分数为主要依据,适当参考理化指标,疗效评定标准为(1)临床治愈:疗效百分数 $\geq 95\%$;(2)显效:疗效百分数为 60%-94%;(3)有效:疗效百分数为 20%-59%;(4)无效:疗效百分数 $<20\%$,乃至疗效百分数为负数,甚至发生中风。

2 结果

2.1 治疗 3 个月后两组疗效比较 见表 1

表 1 治疗 3 个月后两组疗效比较

分组	例数	治愈	显效	有效	无效	愈显率(%)
热敏灸组	60	28	12	10	10	66.7★
对照组	60	8	12	18	22	33.3

注:★为与对照组比较, $P<0.01$ 。

2.2 治疗 6 个月后两组疗效比较 见表 2。

表 2 治疗 6 个月后两组疗效比较

分组	例数	治愈	显效	有效	无效	愈显率(%)
热敏灸组	60	28	20	6	6	80.0★
对照组	60	10	14	18	18	40.0

注:★为与对照组比较, $P<0.01$ 。

2.3 治疗结束后第 10 个月两组疗效比较 见表 3。

表 3 治疗结束后第 10 个月两组疗效比较

分组	例数	治愈	显效	有效	无效	愈显率(%)
热敏灸组	60	26	16	6	12	70.0★
对照组	60	10	12	16	22	36.7

注:★为与对照组比较, $P<0.01$ 。

上述结果表明,以疗效百分数为主要依据,在治

疗 3、6 个月后及治疗结束后第 10 个月进行疗效评价,热敏灸干预组疗效明显优于常规治疗对照组 ($P < 0.01$)。

3 讨论

中风至今仍然是人类健康的三大杀手之一。我国的中风发病率,城市平均 219/10 万,农村平均 114/10 万。城市中风患病率平均为 719/10 万,农村患病率为 393/10 万。城市中风死亡率平均为 89/10 万,农村中风死亡率为 78/10 万。大约有 75% 存活患者遗有不同程度的偏瘫。对照中风的发病率城市为农村的两倍左右,而死亡率两者相近,说明城市医疗优于农村,也说明其中一部分病人通过治疗,可以转好,甚至恢复或基本恢复。如果能提前给予预防、预警,尽早地发现中风先兆,甚至发病后做到防并发症、防致残、防再发等措施,以减少中风的发病率、致残率、死亡率,这将对保障人类生命健康有着重大的意义。

东汉时期,张仲景的《金匱要略》首篇就开宗明义指出:“若人能养慎,不令邪风干忤经络;适中经络,未流传腑腑,即医治之。四肢才觉重滞,即导引、吐纳、针灸、膏摩,勿令九窍闭塞。”(《脏腑经络先后病脉证第一》)。中医治病重视防微杜渐,古代医家对中风的防治,除主张平时预防外,也注意在发病之初,症候显露之前,以针灸之法截断病势,灭之于萌芽。如《备急千金要方》中既提到“惟风宜防耳,针耳前动脉及风府神良”的刺法预防;又载述了“夫诸急卒病多是风,初得轻微,人所不悟,宜速与续命汤,依腧穴灸之”的灸药合用之法。明代《医学入门》指出:“凡一年四季,各薰一次,元气坚固,百病不生。”艾灸具有有温阳散寒、助元固本之功,加之灸法价廉易得,灸法简便可自行操作等,成为防病标键的经济有效的手段。宋代王执中指出:“灸绝骨、三里等穴,凡遇春秋,常灸以泄气,素有风人可保无虞”(《针灸资生经·卷四》)。明·杨继洲在《针灸大成·治症总要》中提出灸药结合预防中风:“但未中风时,一两月前或三、四个月前,不时足胫上发酸重麻,良久方解,此将中风之候,便宜急灸三里、绝骨四处各三壮,后用生葱、薄荷、桃柳叶煎汤淋洗”;其次,

强调预防灸的时机:“如春交夏时,夏交秋时,俱宜灸”,“常令二足有灸疮为妙”;同时还要求注意饮食及生活起居等,达到更好的预防目的。

近 30 年来,随着对急性缺血性脑卒中病理生理研究的深入,已知中风的病理基础与高血压、高脂血症、动脉粥样硬化、红细胞及血小板的聚集异常、全血粘度增高等有关。实验研究表明,中医药可以调整血压、降低血脂、增加高密度脂蛋白、防止或改善动脉粥样硬化、减少红细胞及血小板的聚集、降低全血粘度、扩张脑血管及促进脑血管侧支循环的建立、改善脑的氧代谢和脑血流量、提高患者体内超氧化物歧化酶(SOD)活性、调节紊乱的神经递质、减少氧自由基对神经细胞的损害等。如用血府逐瘀汤加味治疗中风先兆 40 例^[2],结果中风先兆症状大都得到改善,总有效率达 92.5%;用半夏白术天麻汤加味治疗中风先兆 106 例^[3]。结果治愈 68 例,好转 34 例,无效 4 例,总有效率 96.3%。

本研究在中医药理论指导下,在共性干预基础上,以热敏灸干预为主要手段,益气活血,激发经气传导、疏通经脉^[4-8]。通过上述临床观察,表明敏灸预防中风先兆安全有效,值得进一步研究和推广。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局急症脑病协作组制定的《中风先兆证诊断与疗效评定标准》[S]. 北京中医学院学报 1993,16(6):66-67
- [2] 周银亭,尹建杰. 血府逐瘀汤加味治疗中风先兆 40 例疗效观察[J]. 河北中医,2003,25(9):686-687.
- [3] 张文才. 半夏白术天麻汤加味治疗中风先兆 106 例报道[J]. 甘肃中医,2001,14(6):28-29
- [4] 陈日新,康明非. 腧穴热敏化艾灸新疗法[M]. 北京:人民卫生出版社 2006. 10.
- [5] 陈日新,康明非. 腧穴热敏化及其临床意义[J]. 中医杂志,2006,47(12):905-906
- [6] 陈日新,康明非. 灸之要,气至而有效[J]. 中国针灸,2008,28(1):44-46
- [7] 陈日新,康明非. 腧穴热敏化的临床应用[J]. 中国针灸,2007,27(3):199-202.
- [8] 陈日新,康明非. 一种新类型的疾病反应点——热敏点及其临床意义[J]. 江西中医学院学报,2006,(2):29-30.

(收稿日期:2010-12-10 责任编辑:李丛)

征稿启事

《江西中医药》所设的重点栏目有《明医心鉴》、《滕王阁医话》等。《明医心鉴》以介绍名老中医经验和中医临证心得为主,重点刊载中医关于疑难病的诊疗经验,要求观点、方法新,经验独到。《滕王阁医话》主要反映中医教学、科研、临床的一得之见,要求以小见大,有感而文,语言生动流畅,可读性强,富于知识性、趣味性。