

# 揸针治疗脑卒中后面部浅感觉障碍的效果观察

战梅<sup>①</sup> 贾澄杰<sup>①</sup>

**【摘要】目的:**探究揸针治疗脑卒中后面部浅感觉障碍的临床效果。**方法:**选择2019年8月-2022年8月无锡市康复医院住院部收治的100例脑卒中后面部浅感觉障碍患者,随机分为揸针组( $n=50$ )、对照组( $n=50$ )。两组均予以常规药物治疗、康复治疗 and 针刺治疗。揸针组面部腧穴用揸针疗法,对照组面部腧穴用普通针刺疗法。治疗结束后进行临床疗效评估,治疗前和第1、2个疗程结束对麻木视觉模拟评分法(VAS)、感觉功能评定量表进行评估。**结果:**揸针组疗效优于对照组( $P<0.05$ )。与治疗前相比,第1、2个疗程结束,两组麻木VAS均有不同程度的降低,且第2个疗程结束,揸针组显著优于对照组( $P<0.05$ )。与治疗前相比,第1、2个疗程结束,两组痛觉、温度觉、触觉评分均不同程度提高,且第2个疗程结束,在痛觉和触觉评分方面,揸针组均优于对照组( $P<0.05$ )。**结论:**揸针治疗脑卒中后面部浅感觉障碍的效果优于普通针刺,可减轻麻木症状,提高痛觉、触觉。

**【关键词】** 脑卒中 揸针 感觉障碍

**Effect Observation of Press Needle in the Treatment of Post-stroke Superficial Facial Sensory Disorder/ZHAN Mei, JIA Chengjie. //Medical Innovation of China, 2023, 20(08): 069-072**

**【Abstract】 Objective:** To explore the clinical effect of press needle in the treatment of post-stroke superficial facial sensory disorder. **Method:** A total of 100 patients with post-stroke superficial facial sensory disorder in the inpatient department of Wuxi Central Rehabilitation Hospital from August 2019 to August 2022 were selected and randomly divided into a press needle group ( $n=50$ ) and a control group ( $n=50$ ). Both groups were given routine drug treatment, rehabilitation treatment and acupuncture treatment. The press needle group used press needle therapy for facial acupoints, and the control group used ordinary acupuncture therapy for facial acupoints. Clinical efficacy was evaluated after the treatment, and numbness visual analogue scale (VAS) and sensory function rating scale were evaluated before the treatment and at the end of the first and second courses of treatment. **Result:** The curative effect of press needle group was better than that of control group ( $P<0.05$ ). Compared with before treatment, after the first and second course of treatment, the VAS of numbness in the two groups were decreased to different degrees, and after the second course of treatment, the press needle group was significantly better than that of the control group ( $P<0.05$ ). Compared with before treatment, after the first and second course of treatment, the pain, temperature and tactile scores of the two groups were improved to different degrees, and after the second course of treatment, the press needle group were better than those of the control group in pain and tactile scores ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** The therapeutic effect of press needle is better to that of common acupuncture in the treatment of post-stroke superficial facial sensory disorder, in that it can alleviate the numbness symptoms, and improve the pain sensation and tactile sensation.

**【Key words】** Stroke Press needle Sensory disorder

**First-author's address:** Wuxi Central Rehabilitation Hospital, Jiangsu Province, Wuxi 214000, China

doi: 10.3969/j.issn.1674-4985.2023.08.016

脑卒中是危害人类健康的临床常见疾病之一,其居高不下的发病率,以及我国庞大的人口基数,使我国脑卒中患病人数高居世界首位<sup>[1-3]</sup>。脑卒中

后患者可能有不同程度的运动、感觉、言语、吞咽、平衡、认知等功能障碍,本文主要讨论面部浅感觉障碍。面部浅感觉障碍可影响患者日常生活和心理健康,如面部感觉的减退或消失会影响患者的进食、进水,进而产生焦虑等情绪,严重者甚至影响患者

<sup>①</sup>江苏省无锡市康复医院 江苏 无锡 214000  
通信作者:战梅

的生存质量。在现有的各种针灸临床干预手段中,笔者选择揸针作为主要干预方式,因揸针疗法疼痛度小,简单易操作,多数患者对揸针无恐惧心理,依从性高<sup>[4-5]</sup>。故笔者采用揸针治疗面部浅感觉障碍,临床效果佳,现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2019年8月-2022年8月无锡市康复医院住院部脑卒中后有面部浅感觉障碍的患者100例。(1)诊断标准:参照文献[6]《脑梗死和脑出血中西医结合诊断标准(试行)》中关于脑卒中的诊断标准。脑梗死神经影像学检查:发病24h内常规头颅CT扫描多无明显改变,24-48h后可有梗死区低密度改变,头颅MRI扫描能早期发现梗死灶, $T_1$ 呈低信号, $T_2$ 呈高信号,弥散加权成像(DWI)和灌注加权成像(PWI)有助于缺血半暗带判断。脑出血神经影像学检查:头颅CT扫描可见病灶中心呈高密度改变,病灶周边常有低密度水肿带。并伴有面部浅感觉(痛觉、温度觉、触觉)异常。(2)纳入标准:①符合上述诊断标准;②年龄42~75岁;③病情稳定,能完成康复锻炼和针灸治疗,且未接受过其他干预治疗;④精神状态正常。(3)排除标准:①认知障碍,言语障碍;②周围性面瘫;③中枢性面瘫;④皮肤对揸针的胶布过敏。采用随机数字表法分为揸针组和对照组,各50例。患者均自愿加入本次临床试验,并签署同意书。本研究符合《赫尔辛基宣言》及相关伦理要求。

1.2 方法 (1)两组均用常规药物治疗、康复治疗和针刺治疗。①基础疾病的药物治疗,控制血压、血脂、血糖等。②康复治疗包括运动疗法、作业疗法、理疗等,以促进机体运动功能的恢复训练。③针灸治疗根据文献[7]《针灸治疗学》卒中篇,选取中经络的处方:内关、极泉、尺泽、委中、三阴交、足三里为主穴。操作:内关用捻转补泻,持续运针1~3min;三阴交、足三里用提插补泻;刺极泉时,在原穴位置下2寸心经上取穴,避开腋毛,直刺进针,用提插泻法,以患者上肢有麻胀和抽动感为度;尺泽、委中直刺,提插泻法,使肢体有抽动感。配穴根据患者证型不同,辨证加减,平补平泻。(2)揸针组采用揸针治疗。面部腧穴选取印堂、四白、太阳、下关、颧髎、颊车、地仓、合谷。

揸针的选用,规格为0.2mm×0.6mm的一次性日本清铃揸针,贴在相应腧穴部位,并施以适当的力度按压20次,患者穴位局部无酸麻胀痛感,留针24h,1周治疗5次,2周为1个疗程,中间休息1周,再治疗1个疗程,共2个疗程。(3)对照组采用普通针刺治疗。选取与揸针组相同腧穴,平补平泻。普通针刺的针具选用华佗牌0.3mm×40mm规格,留针30min,1周治疗5次,2周为1个疗程,中间休息1周,再治疗1个疗程,共2个疗程。

1.3 观察指标及判定标准 (1)根据改良MacNab标准,在2个疗程结束后,进行1次临床疗效评估。优:症状完全消失,患侧面部浅感觉与健侧无差别,或者轻微感觉异常,可忽略;良:有稍微症状,较治疗前明显减轻,患侧面部浅感觉与健侧有些许差别;可:症状减轻,患侧面部浅感觉与健侧感觉有明显差别;差:治疗后与治疗前相比,患侧面部浅感觉无明显减轻。总有效率=(优+良+可)例数/总例数×100%。(2)治疗前后参照视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)对面部麻木程度进行评定,有0~10分不同分值,分值越高代表麻木程度越严重。0分代表无麻木;1~3分代表麻木不明显,尚可忍受,轻度麻木;4~6分,麻木明显,仍可忍受,中度麻木;7~10分,麻木剧烈,难以忍受,重度麻木。(3)治疗前后用感觉功能评定量表检测浅感觉功能。痛觉检查:患者闭目,医师用针尖、钝两端交替刺激患者的面部皮肤,让患者回答痛或不痛,尖端或钝端,比较面部左右两侧差别;温度觉检查:患者闭目,医师用分别盛有冷、热水的试管两支,交替、随意地刺激面部皮肤,试管与皮肤的接触时间为2~3s,让患者说出“冷”或“热”的感觉,比较面部左右两侧的差别;触觉检查:患者闭目,医师用棉签轻触患者面部皮肤,医师动作宜轻,不要过频,让患者回答有无及次数,比较面部左右两侧的差别。依据浅感觉障碍严重程度分0、1、2分共3个分值,0分为麻木,无感觉;1分为患侧浅感觉过敏或减退,与健侧仍有一定的差别;2分为正常,与健侧面部浅感觉无差别。

1.4 统计学处理 所有数据采用SPSS 22.0软件进行数据分析。计数资料以率(%)表示,比较采用 $\chi^2$ 检验;计量资料符合正态分布用( $\bar{x} \pm s$ )表示,

组间比较采用独立样本  $t$  检验, 组内比较采用配对  $t$  检验; 计量资料非正态分布用  $M(P_{25}, P_{75})$  表示, 组内比较采用 Wilcoxon 检验, 组间比较采用 Mann-Whitney 检验。  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组一般资料比较 揸针组男 22 例, 女 28 例;

年龄 45~75 岁, 平均  $(60.32 \pm 9.21)$  岁。对照组男 26 例, 女 24 例; 年龄 42~75 岁, 平均  $(59.20 \pm 9.40)$  岁。两组在性别、年龄方面比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

2.2 两组临床疗效比较 揸针组临床疗效优于对照组 ( $\chi^2 = 4.336, P = 0.037$ ), 见表 1。

表1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	优	良	可	差	总有效
揸针组 ( $n=50$ )	12 (24.00)	27 (54.00)	6 (12.00)	5 (10.00)	45 (90.00)
对照组 ( $n=50$ )	4 (8.00)	25 (50.00)	8 (16.00)	13 (26.00)	37 (74.00)

2.3 两组治疗前后麻木 VAS 比较 与治疗前相比, 第 1、2 个疗程结束, 两组麻木 VAS 均有不同程度的降低, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗前和第 1 个疗程结束, 两组麻木 VAS 比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 第 2 个疗程结束, 揸针组麻木 VAS 低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

2.4 两组治疗前后面部浅感觉功能比较 与治疗前相比, 第 1、2 个疗程结束, 两组痛觉、温度觉、触觉评分均有不同程度的提高, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗前和第 1 个疗程结束, 两组痛觉、温度觉、触觉评分比较, 差异均无统计学意义

( $P > 0.05$ ); 第 2 个疗程结束, 两组温度觉评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 揸针组痛觉、触觉评分均高于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表2 两组麻木VAS比较(分)

组别	治疗前 ( $\bar{x} \pm s$ )	第 1 个疗程结束 ( $\bar{x} \pm s$ )	第 2 个疗程结束 [ $M(P_{25}, P_{75})$ ]
揸针组 ( $n=50$ )	$5.92 \pm 1.73$	$4.20 \pm 1.94^*$	2 (1, 3)*
对照组 ( $n=50$ )	$6.08 \pm 1.47$	$4.72 \pm 1.79^*$	4 (3, 4)*
$t/Z$ 值	0.350	0.919	1.956
$P$ 值	0.729	0.367	0.049

\* 与治疗前比较,  $P < 0.05$ 。

表3 两组感觉功能评定量表比较(分)

组别	痛觉 [ $M(P_{25}, P_{75})$ ]			触觉 [ $M(P_{25}, P_{75})$ ]		
	治疗前	第 1 个疗程结束	第 2 个疗程结束	治疗前	第 1 个疗程结束	第 2 个疗程结束
揸针组 ( $n=50$ )	1 (0, 1)	1 (1, 2)*	2 (1, 2)*	0 (0, 1)	1 (0.5, 2)*	2 (2, 2)*
对照组 ( $n=50$ )	1 (0, 1)	1 (1, 1)	1 (1, 2)*	0 (0, 1)	1 (1, 1)	1 (1, 2)*
$Z/t$ 值	0.000	1.578	2.324	0.915	0.863	1.980
$P$ 值	1.000	0.115	0.020	0.360	0.388	0.048

  

组别	温度觉		
	治疗前 [ $M(P_{25}, P_{75})$ ]	第 1 个疗程结束 ( $\bar{x} \pm s$ )	第 2 个疗程结束 [ $M(P_{25}, P_{75})$ ]
揸针组 ( $n=50$ )	1 (0, 1)	$1.28 \pm 0.31^*$	2 (1, 2)*
对照组 ( $n=50$ )	1 (0, 1)	$1.20 \pm 0.28^*$	1 (1, 2)*
$Z/t$ 值	0.000	1.572	1.807
$P$ 值	1.000	0.129	0.071

\* 与治疗前比较,  $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

感觉包括浅感觉、深感觉、复合感觉。本文主要就面部浅感觉展开探讨。面部浅感觉传导通路, 主要传递面部皮肤黏膜的痛觉、温度觉、触觉, 通过三级神经元 (一级神经元的胞体在半月神经节, 二级神经元的胞体在三叉神经感觉主核和脊束核, 三级神经元的胞体在丘脑腹后内侧核) 传导, 由丘

脑腹后内侧核 (第三级神经元) 发出的纤维组成丘脑皮质束, 经内囊后肢, 投射到大脑皮质躯体感觉中枢, 即中央后回的下 1/3 部的头面部代表区。因此卒中损伤到相应感觉传导通路, 都会引起面部浅感觉障碍。《素问·皮部论》: “皮者, 脉之部也, 邪客于皮则腠理开, 开则邪入客于络脉, 络脉满则注于经脉, 经脉满则入舍于府藏也。” 皮 - 络 - 经 -

腑-脏,成为疾病传变的层次;脏腑、经络的病变也可反应到皮部。皮部是经络系统中居于人体最表浅的部分,它既是病邪出入的门户,也是临床治疗的一个重要方面。刺激皮部,能振奋经络之气,疏通气血,从而达到调整体内脏腑器官,治愈疾病的目的<sup>[8]</sup>。我们选用的揠针,就是皮部理论的应用。揠针,即皮下埋针,是浅刺法的一种,是通过浅刺而久留针的方式来尽量减少针刺时的疼痛、延长针刺效应的时间<sup>[9-11]</sup>,可刺激神经末梢感受器,促使机体产生微电流,改变病变局部电位差,促使组织物质交换<sup>[12-14]</sup>,进而改善面部浅感觉障碍。

脑卒中后感觉障碍在古代医书籍里并没有明确的病证记载,可追溯症状相类似的病名称之为“不仁”,可作麻木不仁解释,即皮肤的感觉功能减退或消失,如《类经》十五卷注:“不仁,不知痛痒寒热也。”关于疾病的病机,《素问·逆调论》云:“营卫虚则不仁,卫气虚则不用,营卫俱虚则不仁且不用。”诸多医家多认为感觉功能的减退或消失,与气血亏虚或营卫不和密切相关,病侧机体营卫运行不畅则出现多种感觉障碍<sup>[15-16]</sup>。在《素问·血气形志》曰:“夫人之常数,太阳常多血少气,少阳常少血多气,阳明常多气多血”,说明阳明经脉大血多,气盛阳旺。阳明有二义:阳明为脏腑之海,生化之源;阳明主润宗筋,宗筋主束骨而利机关<sup>[17]</sup>。阳明常概述为“后天之本”“气血生化之源”“五脏六腑之海”,而营卫为气血功能的体现<sup>[18-19]</sup>。故以足阳明经腧穴为主,穴位选取四白、下关、颧髻、颊车、地仓、太阳、印堂,旨在行气活血,疏通经络。合谷是手阳明大肠经原穴,是大肠经原气留止的部位,可治疗一切头面部疾病,在《四总穴歌》中也载“面口合谷收”,故配合了远端合谷<sup>[20-21]</sup>。本研究表明:揠针组临床疗效、面部麻木评分、面部浅感觉功能均优于对照组( $P<0.05$ ),提示揠针疗法能改善患者面部的痛觉、温度觉、触觉,减轻麻木症状。因此,以阳明经为主穴,采用揠针持续刺激,行气活血,疏通经络,可改善面部感觉,达到治疗疾病的目的。

综上所述,采用揠针治疗脑卒中后面部浅感觉障碍,操作简单,疗效确切。

### 参考文献

[1] 潘锋.我国脑卒中防治事业成就辉煌——访中国工程院院士、

中华预防医学会会长王陇德教授[J].中国医药导报,2019,16(19):1-6.

[2] 朱博雅,谭晓东,顾耀华,等.脑卒中危险因素对脑血管功能影响[J].中国公共卫生,2022,38(10):1264-1268.

[3] 孙海欣,王文志.中国60万人群脑血管病流行病学抽样调查报告[J].中国现代神经疾病杂志,2018,18(2):83-88.

[4] 戚思,李宁.揠针的历史沿革及作用机制[J].中医临床研究,2019,11(11):34-36.

[5] 柏林,杨洋,吕姝婷.揠针疗法的临床应用[J].中国实用医药,2019,14(10):192-193.

[6] 赵建国,高长玉,项宝玉,等.脑梗死和脑出血中西医结合诊断标准(试行)[J].中国中西医结合杂志,2006,26(10):948-949.

[7] 王启才.针灸治疗学[M].北京:中国中医药出版社,2003:67-68.

[8] 张欣,刘明军,尚坤,等.中医传统“皮部”理论研究思路[J].中医杂志,2013,54(15):1343-1345.

[9] 曹俊杰,杜炯.皮内针疗法临床应用概述[J].广州中医药大学学报,2019,36(10):1670-1675.

[10] 段庆燕.揠针在临床上的应用[J].中医临床研究,2019,11(30):143-144.

[11] 王慧敏.针刺治疗卒中中并发症循证与临床研究[D].广州:广州中医药大学,2019.

[12] 李勇,程俊敏,阮崇洁,等.揠针治疗枕神经痛的临床疗效[J].华南国防医学杂志,2022,36(10):833-835.

[13] 戴丽娟,王淑兰,王会,等.揠针治疗颈型颈椎病即时疗效的临床观察[J].中国中医急症,2021,30(7):1240-1242.

[14] 赵琼娜,张秀芳,赖居易,等.揠针疗法治疗神经根型颈椎病的临床疗效观察[J].内蒙古中医药,2022,41(5):96-98.

[15] 牛梦瑶.火针治疗卒中后偏身感觉障碍的临床观察[D].晋中:山西中医药大学,2021.

[16] 于晓明,饶旺福.中风后麻木的中医病机与治疗原则[J].江西中医药大学学报,2022,34(4):1-2.

[17] 陈诗兰,林晨捷,张学君.基于营卫理论解析“治痿独取阳明”的机理[J].福建中医药,2022,53(2):26-27.

[18] 李娟,谢胜.古代中医关于痿证的病因病机及其治法探析[J].亚太传统医药,2019,15(7):208-210.

[19] 朱四会.足阳明胃经腧穴主治文献整理研究[D].合肥:安徽中医药大学,2021.

[20] 何晓玲,彭伟钦,杨一玲,等.从功能重组探讨“面口合谷收”理论基础[J].针灸临床杂志,2019,35(8):1-3.

[21] 彭易雨,彭瑛,孟海婷,等.浅谈“面口合谷收”的理论基础与临床应用[J].针刺研究,2021,46(1):84-86.

(收稿日期:2023-01-17)(本文编辑:陈韵)