

针刺联合康复训练对脑卒中后肢体功能恢复患者的疗效

张志燕

潍坊市脑科医院 山东潍坊 261021

〔摘要〕 目的 探讨针刺联合康复训练对脑卒中后上肢痉挛性偏瘫患者恢复效果的影响。方法 将 172 例脑卒中偏瘫患者, 随机分为观察组 (85 例) 和对照组 (87 例)。对照组给予常规治疗, 观察组在常规治疗基础上同时给予针刺及康复训练。观察两组脑卒中偏瘫患者 FMA 评分、MBI 评分及 SHSAS 发生率。结果 观察组 FMA 评分和 MBI 评分均明显高于对照组 ($P < 0.05$)。SHSAS 发病率观察组和对照组分别为 10.6% 和 23.0%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 对脑卒中后上肢痉挛性偏瘫患者采用针刺联合康复训练较单纯康复训练可改善患者肢体痉挛状态, 提高运动功能与日常活动能力。

〔关键词〕 针刺; 康复训练; 脑卒中; 上肢痉挛; 偏瘫

〔中图分类号〕 R246.6 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2019) 08-078-02

常规的康复训练对脑卒中后肢体痉挛作用有限, 脑卒中后肢体痉挛相当于中医中的“痉证”“筋病”, 近年针刺治疗在脑卒中后遗症患者的治疗领域中逐渐兴起。对脑卒中偏瘫患者在常规康复训练治疗基础上与中国传统治疗手段针刺相结合, 取得了良好的效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我科收治的 172 例脑卒中患者: ①符合全国第四届脑血管病学术会议修订标准, 经 CT 和 (或) MRI 确诊为脑梗死或脑出血; ②有肢体功能障碍, 无严重心肺等脏器疾病; ③ Glasgow 评分 > 8 分; ④病程在 2 周以内且生命体征稳定。两组患者年龄、性别及病情具有可比性。

1.2 治疗方法

对照组给予神经内科常规治疗, 观察组同时配合针灸及系统的康复训练措施。

1.2.1 康复训练

早期进行康复训练, 在患者生命体征稳定、神经功能缺损症状不再发展后 48h 开始。疾病初期康复训练以被动运动为主, 主要包括肩关节的屈伸、内外旋、内外展, 肘关节的屈伸, 腕、指关节的活动及背屈。关节活动应先大关节后小关节, 幅度由小到大, 循序渐进。

1.2.2 按摩疗法

在按摩的同时协助患者做被动及主动运动。掌握原则为先轻后重、由浅及深、由慢而快, 2 次/d, 20min/次。当患者负重良好后, 主要训练站立平衡、步行训练、手杖使用。注意训练时要有专人保护。患者出院时, 为患者拟定合理的康复训练计划, 进行跟踪康复训练指导。

1.2.3 针刺方法

采用头针、体针相结合的方法, 每日各 1 次, 4 周为一疗程。头针治疗取患肢对侧顶颞前线、顶旁 1 线、顶旁 2 线, 选 28 号 1.5 寸毫针, 常规消毒后, 进针 0.8—1.0 寸, 快速捻转行针, 每 15min 行针 1 次, 每次 1min, 共行针 3 次, 1 次/d。体针取手足阳明经穴为主, 辅以太阳、少阳经穴, 上肢: 肩隅、曲池、手三里、外关、合谷、内庭; 下肢: 环跳、梁丘、足三里、阳陵泉、三阴交、昆仑、解溪、太冲; 口眼歪斜: 迎香、四白、颊车、地仓 (其中地仓针刺直透颊车, 与颊车相交)。体针

每次治疗取 8—10 穴, 交替使用。选 1.5 寸毫针, 常规消毒后, 进针, 平补平泻。取曲池、外关、阳陵泉、解溪应用电针仪治疗, 取连续波, 频率 1Hz, 留针 30min。

1.3 观察指标

采用 Fugl-Meyer 评定法 (FMA) 对运动功能进行评分。I 级 < 50 分; II 级 50—84 分; III 级 85—95 分; IV 级 96—99 分。采用改良 Barthel 指数 (MBI) 对 ADL 进行评分: 分级 > 60 分为良, 表示生活基本自理; 41—60 分为中, 表示有功能障碍, 稍依赖; < 40 分为差, 表示依赖明显或完全依赖。肩手综合征 (SHSAS) 发生率筛选, 依照我国对 SHSAS 的诊断标准进行筛选, 观察 SHSAS 的发生率, 两组患者均从治疗开始至 3 个月后进行筛选。入院后于治疗前评分 1 次, 治疗 4 周左右进行中期评定, 治疗 3 个月后进行末期评定。

1.4 疗效判定

参照中风病的中医诊断标准及疗效评定标准。分别于治疗前、治疗后对神识、语言、面瘫、眼症、上肢瘫等九方面病类进行评分, 病类疗前评分与疗后评分百分数折算 = (治疗前评分—治疗后评分) / 治疗前评分 $\times 100\%$ 。疗效评定标准: 基本恢复: 百分数 $\geq 81\%$; 进步 (显著进步): $36\% \leq$ 百分数 $< 81\%$, 无进步 (稍进步): 百分数 $< 36\%$ 。总有效率 = (基本恢复 + 进步) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法

数据用 SPSS11.5 统计软件进行分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验。计数资料采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较

观察组 85 例, 治愈 36 例, 好转 38 例, 未愈 11 例, 总有效率 87.1%, 对照组 87 例, 治愈 25 例, 好转 36 例, 未愈 26 例, 总有效率 70.1%。

2.2 两组患者治疗前后 FMA 及 MBI 评分比较

入院时两组 Barthel 指数和 Fugl-Meyer 运动功能积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 4 周后两项指标均有所改善, 且观察组显著优于对照组 ($P < 0.05$), 提示针刺对脑卒中患者的功能恢复有积极意义。

2.3 两组患者肩手综合征 (SHSAS) 发生率比较

观察组治疗 85 例患者，发生肩手综合征 9 例，发生率为 10.6%；对照组治疗 87 例患者，发生肩手综合征 20 例，发生率为 23%，两组间 χ^2 检验， $\chi^2=4.716$ ， $P=0.030$ ，差异有统计学意义。

3 讨论

脑卒中为临床常见神经系统疾病，多由脑血管阻塞或破裂造成脑血循环障碍所致，具有发病率高、病情进展快、致残致死率高等特点。随着医学技术的快速发展，近年来脑卒中病死率大大降低，但幸存者多遗留不同程度的失语、肢体功能及认知功能障碍等后遗症，导致其日常生活难以自理，极易出现悲观、焦虑、抑郁等负性情绪，从而诱发 P S D，严重者甚至出现自杀倾向，在发达国家，脑卒中的早期康复治疗已成为共识。早期康复训练可以提高脑卒中偏瘫患者运动功能和日常生活活动能力，可以明显减少肌肉萎缩、肩关节半脱位、关节挛缩畸形和足下垂、内翻等常见的继发障碍。然而由于缺乏康复医学基本知识或经济条件的制约，很多脑卒中患者错过最有利的康复时机而进入了后遗症期。

脑卒中患者的功能恢复可持续到卒中后 5 年以上，甚至中风后 7 年仍有持续的功能恢复。神经功能缺损程度不仅可能在临床脑卒中急性期影响 ADL，而且可能在脑卒中后遗症期影响 ADL，对脑卒中后遗症期仍应坚持进行康复训练，改善生活自理能力。SHSAS 又称反射性交感神经营养不良，是脑卒中偏瘫患者常见的并发症，目前认为与脑卒中患者早期不正确的运动模式导致肩、腕关节损伤、上肢体液回流受阻以及中枢神经损伤后血管运动功能障碍等有关。

脑卒中偏瘫属于中医学中风范畴，病位在脑，病因病机

为脾肾两虚，瘀血痰浊阻滞脑络，发为偏瘫。头为诸阳之会，手足六阳经皆上循于头面。针刺头部穴位可醒脑开窍，活血化痰，疏通经络，促进肢体功能尽快恢复。风病多犯阳经，阳明多为气多血之经，阳明经气血通畅，正气得以扶助，使机体功能逐渐恢复。根据上下肢经脉循行路线不同，分取手足阳明经腧穴，以达到调和经脉、疏通气血之功。手足阳明经合足厥阴经脉均上达头面，取地仓、颊车以疏通局部经气，循经远取合谷、内庭、太冲，以调本经经气。现代医学研究证实，针灸能改善患者血液流变学，还能使患者病灶周围脑血流图波幅增高，血流速度加快，明显改善脑供血的情况，加速病灶大脑组织细胞的恢复。同时，中医针灸穴位治疗，可刺激神经肌肉，有利于神经功能的恢复，并防止肌肉萎缩的发生。

本研究显示，对于脑卒中偏瘫患者的康复治疗，传统的针灸技术与现代的康复技术结合具有明显的优势。针刺联合康复训练后可显著改善 Barthel 指数和 Feg1-Meyer 运动功能积分，且观察组显著优于对照组，对脑卒中患者的功能恢复有积极意义。且随访 3 个月时脑卒中患者 SHSAS 发生率较对照组显著降低。综上所述，针刺联合康复训练能明显改善脑卒中偏瘫患者运动功能和日常生活活动能力，降低 SHSAS 发病率，改善患者的生活质量，值得临床应用。

【参考文献】

[1] 申斌, 于川. 中药蜡疗联合康复训练治疗卒中后肌张力增高 32 例疗效观察 [J]. 河北中医, 2013, 35.
 [2] 郭晓艳. 脊穴点毁针刺疗法对脑卒中致肢体肌张力增高治疗作用的临床研究 [D]. 河北大学, 2014, 13.

(上接第 76 页)

【参考文献】

[1] 朱亚楠. 全面中医护理对卵巢癌术后患者心理情绪及并发症的影响分析 [J]. 实用妇科内分泌杂志 (电子版), 2018, 5(33): 154+156.
 [2] 郝子涵, 李霞. 中医调护对卵巢癌患者化疗期间生活

质量的影响 [J]. 中国继续医学教育, 2017, 9(32): 103-105.
 [3] 陈忠. 中医治疗卵巢癌临床经验 [J]. 亚太传统医药, 2016, 12(10): 85-86.
 [4] 沈晓昀. 卵巢癌的中医治疗进展 [J]. 内蒙古中医药, 2015, 34(11): 148-149.

(上接第 77 页)

表 2: 两组患者的临床疗效对比 [n (%)]

	例数	效果显著	有效	无效	治疗总有效率
对照组	41	15 (36.59)	17 (41.46)	9 (21.95)	32 (78.05) *
观察组	41	21 (51.22)	18 (43.90)	2 (4.88)	39 (95.12)

微笑等一系列运动让患者的面部血液得到循环，促进患者面部肌肉收缩能力的康复。而针灸治疗能够接触水肿，减轻对患者面神经的压迫，在治疗面神经麻痹疾病方面，也具有积极作用^[3]。

本文就选择 82 例面神经麻痹患者作为研究对象，来分析针灸配合康复功能训练对治疗面神经麻痹疾病的作用。根据结果显示，实施针灸配合康复功能训练的观察组患者，在 Portmann 评分方面，分值明显高于对照组；而在临床疗效方面，观察组的治疗总有效率为 95.12%，明显高于对照组患者的 78.05%，差异显著，具有统计学意义 ($P<0.05$)。

综上所述，利用针灸配合康复功能训练对面神经麻痹患

者进行治疗，在提高疾病临床疗效和恢复患者面部神经功能等方面都具备积极的作用，可进行临床推广。

【参考文献】

[1] 周兰英, 欧阳观, 曲早霞. 康复功能训练辅助针灸治疗面神经麻痹的疗效分析 [J]. 中国中医急症, 2018, 27(09):1629-1631.
 [2] 李晶, 李森柏. 针灸配合康复功能训练治疗面部神经麻痹的临床疗效 [J]. 中外医疗, 2018, 37(09):162-164.
 [3] 刘桑, 吴晓丹, 林冠宏. 针灸配合康复功能训练治疗面神经麻痹的可行性与有效性研究 [J]. 长春中医药大学学报, 2017, 33(03):436-438.