

# 巨刺阳明经穴结合康复训练治疗脑卒中肢体痉挛 38 例

殷玉鹏 黄翠立 梁静 周峰 何伟 李倩

**【摘要】 目的** 探讨巨刺阳明经穴结合康复训练治疗脑卒中肢体痉挛状态的临床研究。**方法** 将 76 例脑卒中肢体痉挛患者分为两组,每组 38 例,对照组采用康复训练治疗,观察组采用巨刺阳明经穴结合康复训练治疗,对比两组治疗效果及肢体运动功能(FMA 评分)、生活自理能力(MBI 评分)、血流的改善情况。**结果** 观察组总有效率(92.11%)显著高于对照组(68.42%),差异有统计学意义( $P<0.05$ );两组治疗后 MBI 评分、FMA 评分均显著提高( $P<0.05$ );观察组治疗后 MBI 评分、FMA 评分显著高于对照组治疗后,差异有统计学意义( $P<0.05$ );两组治疗后舒张末期流速(end-diastolic velocity,EDV)、收缩期最高流速(peak systolic velocity,PSV)均显著提高( $P<0.05$ );观察组治疗后 PSV、EDV 显著高于对照组治疗后,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 巨刺阳明经穴结合康复训练治疗脑卒中肢体痉挛的疗效确切,能显著改善患者肢体运动功能及生活自理能力。

**【关键词】** 巨刺; 阳明经穴; 康复训练; 脑卒中; 肢体痉挛

**【中图分类号】** R245 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.11.026

偏瘫是脑卒中患者主要的后遗症之一,临床表现为患肢肌张力持续性升高,关节僵硬、疼痛,肢体呈痉挛状态,严重影响患者运动功能<sup>[1]</sup>。减轻痉挛状态,促进分离运动产生是脑卒中后偏瘫的康复重点。目前临床主要通过康复训练,被动或主动促使受累肢体活动,同时防止痉挛相关刺激,以促使患肢功能恢复<sup>[2]</sup>。但临床实践发现,肌肉痉挛引起的肌肉张力增大,限制了康复训练的治疗效果。近年来,随着中医针灸在脑血管疾病中研究的深入,越来越多的针刺方法被用于脑卒中后遗症的治疗,并取得了良好的治疗效果<sup>[3,4]</sup>。本研究对 38 例脑卒中肢体痉挛患者在康复训练的基础上,采用巨刺阳明经穴的方法治疗,探讨其治疗效果。现报道如下。

作者单位: 050051 石家庄,河北省优抚医院康复科

作者简介: 殷玉鹏(1980-),本科,主治医师。研究方向: 康复外科。E-mail:39294979@qq.com

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

选取 2015 年 2 月~2016 年 4 月本院收治的脑卒中肢体痉挛患者 76 例,按照随机数字表法分为两组,每组 38 例。观察组男 27 例,女 11 例,年龄 37~71 岁,平均(57.09±6.17)年,病程 2 个月~11 个月,平均(5.16±1.08)个月,原发病分为脑梗死 29 例,脑出血 9 例;按痉挛部位分为上肢 16 例,下肢 12 例,上下肢 10 例。对照组男 24 例,女 14 例,年龄 35~72 岁,平均(56.85±6.08)年,病程 3~10 个月,平均(5.09±1.15)个月,原发病分为脑梗死 26 例,脑出血 12 例;按痉挛部位分为上肢 17 例,下肢 13 例,上下肢 8 例。两组男女比、年龄、病程、原发病、痉挛部位对比差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

西医诊断标准:全部患者经 CT、MRI 确诊,符合《各类脑血管疾病诊断要点》中脑卒中相关诊断标准<sup>[5]</sup>,经 Ashworth

量表评估痉挛肢体肌张力>0 级。

中医诊断标准:符合《中风病诊断与疗效评定标准》中中风的诊断标准<sup>[6]</sup>,同时伴有肢体痉挛。

### 1.3 纳入和排除标准

纳入标准:(1)初诊患者,符合西医及中医诊断标准;(2)患者生命体征稳定,神智清晰;(3)30 天内无镇静、肌肉松弛药物治疗史;(4)患者均知情同意。

排除标准:(1)其他神经、肌肉、关节相关病变;(2)心、肝、肾、肺、造血系统严重病变者;(3)糖尿病、骨质疏松者;(4)依从性差,不能按照医嘱接受治疗者。

### 1.4 治疗方法

全部患者给予基础治疗,包括控制血糖及血压、降血脂、预防血小板聚集等对症治疗,同时给予适当的营养支持。全部患者均进行康复训练,包括:(1)良肢摆放,在椅子、轮椅、床上保持正确体位,上肢以伸位为主以抵抗屈肌痉挛模式,下肢以屈位为主以抵抗伸肌痉挛模式;(2)负重体位改善肌痉挛,坐位并伸展上肢,双手放于治疗床,反复将身体重心由一侧向另一侧转移,在转移至患侧时,上肢屈肌伸长 1~2 分钟;半蹲位下肢负重屈膝,并伸肌 1~2 分钟。(3)被动拉伸痉挛的肌肉,并在末端停留 8 秒左右,然后缓慢回至起始端;选取痉挛部位从缓解肌肉开始,由肢体近端至远端进行,痉挛缓解后才有神经发育疗法、本体感觉促通术进行功能恢复锻炼,降低共同运动,提高分离运动;(4)按坐、站、行的顺序进行随意运动及平衡的控制训练。每天 2 次,45 分钟/次,连续训练 4 周。

观察组:在康复训练基础上,采用巨刺阳明经穴法治疗,选取阳明经穴,包括上肢(手三里、外关、肩髃、合谷、臂臑、曲池),下肢(足三里、阴陵泉、太溪、三阴交、太冲、解溪)等穴位,采用巨刺法,进针得气后运用平泻平补法。选用脉冲电针仪(M7805 型),参数设置为 15~25 次/分钟,电压范围为 2~10 V。以感觉明显但不痛为度,每天 1 次,每次留针 25 分钟,连续治疗 4 周。

### 1.5 疗效评价标准

1.5.1 Ashworth 量表评分评估肢体痉挛状态 采用 Ashworth 量表(MAS 评分)评估肢体痉挛状态,分为 0~5 级共五级,分别记为 0~5 分:(1)0 级,肌肉张力未提高,患肢被动屈伸无阻力,记 0 分;(2)1 级,肌肉张力少量提高,患肢在关节活动范围内被动屈伸未出现最小阻力、卡住,记 1 分;(3)2 级,肌肉张力轻度提高,患肢在活动范围前 1/2 部分有较小轻微卡住,后 1/2 部分有较小阻力,记 2 分;(4)3 级,肌肉张力较明显提高,患肢被动活动均有阻力,但仍可活动,记 3 分;(5)4 级,肌肉张力明显提高,患肢被动活动困难,记 4 分;(6)5 级,患肢肢体僵硬,具有很大阻力,被动屈伸非常困难,记 5 分。按照《中风病诊断与疗效评定标准》中疗效标准拟定:(1)显效,MAS 评分降低>2 分;(2)有效,MAS 评分降低 2 分;(3)好转,MAS 评分降低 1 分;(4)无效,MAS 评分不变甚至提高。总有效率=显效率+有效率+好转率。

1.5.2 Fugl-Meyer 简化运动功能评分表(FMA 评分)评估患者肢体运动功能 于治疗前后,运用 FMA 评分评估患者肢体运动功能情况,包括屈肌与伸肌协同运动、腱反射运动、伴有协同运动、脱离协同运动、关节稳定性、手指或脚趾运动、协同运动、反射亢进等共 33 项,总分 66 分,评分越高表明运动功能越好。

1.5.3 改良 Barthel 指数评分法(MBI 评分)评估患者生活自理能力 MBI 评分评估患者生活自理能力变化,总分 100 分,分值越大表明生活自理能力越高。

1.5.4 患肢舒张末期流速、收缩期最高流速的检测 采用彩色多普勒超声仪(西门子 512 型)检测患肢舒张末期流速(end-diastolic velocity,EDV)、收缩期最高流速(peak systolic velocity,PSV)。

### 1.6 统计学处理

采用 SPSS 19.0 统计分析,计数资料采用百分率表示,行 $\chi^2$ 检验;计量资料采用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,两两比较行 $t$ 检验,以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组肢体痉挛状态变化

观察组总有效率(92.11%)显著高于对照组(68.42%),差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组疗效比较

分组	例数	显效	有效	好转	无效	总有效率
观察组	38	7	16	12	3	92.11 <sup>a</sup>
对照组	38	3	15	8	12	68.42

注:与对照组比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

### 2.2 两组治疗前后 MBI 评分、FMA 评分比较

两组治疗前 MBI 评分、FMA 评分对比差异无统计学意义( $P>0.05$ );两组治疗后 MBI 评分、FMA 评分均显著提高( $P<0.05$ );观察组治疗后 MBI 评分、FMA 评分显著高于对照组治疗后,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组治疗前后 MBI 评分、FMA 评分比较

分组	例数	MBI 评分	FMA 评分
观察组	38		
治疗前		35.68 $\pm$ 8.75	26.13 $\pm$ 7.82
治疗后		82.72 $\pm$ 10.36 <sup>ab</sup>	53.27 $\pm$ 8.13 <sup>ab</sup>
对照组	38		
治疗前		36.14 $\pm$ 9.02	27.06 $\pm$ 7.59
治疗后		75.45 $\pm$ 9.74 <sup>a</sup>	44.38 $\pm$ 8.06 <sup>a</sup>

注:与同组治疗前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>b</sup> $P<0.05$ 。

### 2.3 两组治疗前后 PSV、EDV 水平变化

两组治疗前 PSV、EDV 对比差异无统计学意义( $P>0.05$ );两组治疗后 PSV、EDV 均显著提高( $P<0.05$ );观察组治疗后 PSV、EDV 显著高于对照组治疗后,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组治疗前后 PSV、edv 水平变化

分组	例数	PSV (cm/s)	EDV (cm/s)
观察组	38		
治疗前		16.32±5.49	3.29±1.07
治疗后		24.05±6.14 <sup>ab</sup>	5.92±1.41 <sup>ab</sup>
对照组	38		
治疗前		16.58±5.27	3.34±1.03
治疗后		20.17±4.83 <sup>a</sup>	4.18±1.25 <sup>a</sup>

注：与同组治疗前比较，<sup>a</sup> $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>b</sup> $P<0.05$ 。

### 3 讨论

脑卒中患者的神经功能受到损伤后，中枢神经系统能发挥代偿及重组功能，通过康复训练，使受体感受器接受传入充电，促使大脑皮层功能重建，恢复运动功能。但患者出现肢体痉挛时，患侧肌肉张力显著增加，导致康复训练无法有效的完成，严重限制治疗效果<sup>[7]</sup>。如何提高康复训练的治疗效果，尽可能恢复脑卒中偏瘫患者的运动功能，成为临床医生亟待解决的难题。近年来许多研究报道显示，电针治疗偏瘫，可通过多种机制防止脑神经进一步受损，有效缓解偏瘫后肢体痉挛状态，改善肢体运动功能，显著改善患者生活质量<sup>[8]</sup>。针灸理论认为，人体左右两侧的经络、脏腑、奇经八脉是相关连接、沟通的，两侧的经络可以相关调节，相互为用，为针刺治疗偏瘫奠定了理论基础。巨刺法属于针灸九刺之一，是按照患者症状需要，按照右病取左，左病取右的方式，左右交叉取穴针刺。临床巨刺主要用于气血不畅、经脉阻滞引起的关节疼痛或运动障碍<sup>[9]</sup>。脑卒中约 80% 以上的患者会出现偏瘫，若右脑损伤，则左侧肢体偏瘫，若左脑损伤，则右侧肢体偏瘫。脑卒中肢体痉挛患者在发病初期，患肢由于气血不通、邪气阻滞导致本体感觉减退，患侧腧穴处于病态，若选择针刺患侧腧穴，通常得气较难，无法取得较满意的治疗效果<sup>[10]</sup>。而此时采用巨刺的方法，选取健侧腧穴进行针刺，更易于得气，同时结合补虚泻实的手法，有效发挥扶正祛邪、舒经通络疗效。现代针刺研究结果表明，神经功能在巨刺的作用机制中具有重要作用<sup>[11]</sup>。当针刺健侧腧穴时，可引起受体感受器接受传入性冲动，促使大脑皮层可塑性发展，促使对侧受损运动区功能重建，尽可能恢复运动功能。有研究表明，在中医理论指导下，采用巨刺法治疗中风偏瘫，能快速减轻患侧肌肉张力，促使肢体运动功能恢复<sup>[12]</sup>。本研究结果显示，观察组总有效率显著高于对照组。结果表明，巨刺阳明经腧穴能进一步减轻患者肌肉张力，促使患者运动功能的恢复。本研究结果还发现，两组治疗后肢体运动功能、生活自理功能明显改善，而观察组的改善程度显著优于对照组。可能的原因：巨刺一方面发挥自身的治

疗效果，扶正祛邪，调节机体两侧经络，平衡阴阳，发挥治疗目的；一方面巨刺能显著降低患侧肌肉张力，有助于促使康复训练有效完成，发挥协同促进作用，显著提高疗效<sup>[13]</sup>。巨刺法通过针刺健侧腧穴，舒经活络，促使气血通畅，有助于提高健侧血液循环，提高侧枝循环建立，发挥调和阴治、调节机体平衡的功效。本研究结果发现，观察组治疗后 PSV、EDV 水平均显著优于对照组治疗后。结果表明，巨刺阳明经穴有助于提高肢体血供，改善血液循环，促进功能恢复。

综上所述，巨刺阳明经穴结合康复训练治疗脑卒中肢体痉挛疗效确切，能显著改善患者肢体运动功能及生活自理能力。

### 参 考 文 献

- [1] 林红霞, 廖辉雄, 王文靖, 等. 现代康复训练结合中医按摩治疗脑卒中偏瘫痉挛状态疗效观察[J]. 吉林中医药, 2013, 33(4): 414-415.
- [2] 马金娜, 秦晓勇, 熊杰, 等. 针灸治疗脑卒中偏瘫痉挛状态研究近况[J]. 中国康复, 2011, 26(4): 294-295.
- [3] 曹秦宁, 乔鸿飞. 针刺拮抗肌联合康复治疗对急性脑卒中偏瘫痉挛状态的影响[J]. 陕西中医, 2012, 33(11): 1530-1532.
- [4] 石新. 中医治疗脑卒中偏瘫痉挛现状[J]. 山西中医, 2012, (3): 56-58.
- [5] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.
- [6] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(11): 55.
- [7] 徐远红, 王俊华, 李海峰, 等. 头针联合康复训练对脑卒中后痉挛期患者运动能力及日常生活能力的影响[J]. 中国康复, 2015, 1(2): 120-121.
- [8] 张广宇, 郑昊. 常规康复疗法结合电针对脑卒中偏瘫患者下肢痉挛疗效观察[J]. 按摩与康复医学, 2015, 8(24): 43-44.
- [9] 樊蕴辉, 李立群, 伊红丽, 等. 针刺配合现代康复治疗脑卒中偏瘫侧肢痉挛疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(33): 3715-3716.
- [10] 陈素菊. 脑卒中偏瘫肢体痉挛的治疗进展[J]. 河北医药, 2011, 33(19): 2989-2991.
- [11] 李作伟, 李平, 姚璐璐, 等. 针刺治疗脑卒中后肌张力障碍的临床研究[J]. 上海针灸杂志, 2015, 5(7): 615-617.
- [12] 王琳晶, 王玉琳, 王春英, 等. 针刺夹脊穴配合巨刺治疗中风偏瘫痉挛状态的临床疗效观察[J]. 中医药学报, 2014, 4(4): 124-126.
- [13] 卜镭, 隋月皎, 田辉, 等. 麦粒灸配合巨刺法治疗脑卒中痉挛性偏瘫患者疗效评价[J]. 按摩与康复医学, 2014, 4(7): 50-52.

(收稿日期: 2016-07-12)

(本文编辑: 董历华)