

## · 临床报道 ·

## 针药并用联合康复训练治疗急性脑卒中偏瘫的有效性分析

汪晗

**【摘要】 目的** 探讨针药并用联合康复训练治疗急性脑卒中偏瘫的有效性。**方法** 将 240 例本院收治的脑梗死后偏瘫患者,随机分为对照组和治疗组各 120 例。对照组患者在常规神经内科药物治疗的基础上给予康复训练,治疗组患者加用针药并用治之,两组均以 4 周为疗程。对比两组患者的临床效果,评价治疗前后两组患者神经功能缺损(National Institute of Health stroke scale,NIHSS)评分变化,评价治疗前后患者的日常生活活动能力、上肢运动功能,对治疗前后患者肌力情况进行评价。**结果** 治疗组的有效率为 91.7%,明显高于对照组治疗的有效率 80.8%,差异有统计学意义( $P<0.05$ );与对照组相比,治疗过程中观察组患者的 NIHSS 评分显著降低,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组患者的日常生活活动能力、上肢运动功能改善显著优于对照组患者,Barthel 指数、Fugl-Meyer 评分均显著高于对照组患者,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组患者经治疗后肌力较对照组明显提高,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 针药并用联合康复训练治疗急性脑卒中偏瘫利于患者神经功能的改善、日常生活活动能力和上肢运动功能的提高、肌力的增强,凸显出中医内外合治脑卒中后遗症的优势与特色,值得临床深入探究。

**【关键词】** 急性脑卒中; 偏瘫; 针药并用; 康复训练; 临床研究

**【中图分类号】** R246 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.02.030

脑卒中偏瘫是临床脑卒中患者常见的后遗症,以中老年人居多,患者可见某一侧肢体肌力减退、运动功能障碍,多活动受限,约 50% 的患者出现日常生活能力低下。现代医学认为,大脑局部供血发生障碍导致大脑神经元细胞损伤、坏死是脑梗死偏瘫发病的主要病理机制。因此,临床上神经功能、日常生活活动能力、上肢运动功能改善是诊疗关注的重要靶点。康复训练是提高患者日常生活能力的重要方式<sup>[1]</sup>。近年来,笔者重点采用针药并用联合康复训练治疗急性脑卒中偏瘫患者,效果满意,现报道如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

将 2014 年 3 月至 2016 年 3 月于本科诊治的 240 例脑梗死后偏瘫患者作为研究对象,随机分为对照组和治疗组。对照组患者 120 例,其中男 67 例,女 53 例,年龄 40~75 岁,平均年龄( $55.2\pm3.6$ )岁,平均病程( $10.5\pm7.5$ )天,其中脑出血患者 34 例,脑梗死患者 86 例;病变部位基底核者 67 例,内囊 39 例,其他部位者 14 例;左侧偏瘫患者 58 例,右侧偏瘫 62 例。治疗组患者 120 例,其中男 69 例,女 51 例,年龄

40~75 岁,平均年龄( $56.3\pm3.2$ )岁,平均病程( $10.7\pm6.8$ )天,其中脑出血患者 31 例,脑梗死患者 89 例;病变部位基底核者 69 例,内囊 38 例,其他部位者 13 例;左侧偏瘫患者 56 例,右侧偏瘫 64 例;两组患者的基础资料比较无统计学差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 纳入标准

(1)患者均为脑卒中后瘫痪首次发病;(2)经 MRI 或 CT 检查为脑梗死或脑出血患者,并参照《各类脑血管疾病诊断要点》<sup>[2]</sup>中有关脑卒中的诊断标准确诊;(3)参照《中医内科学》<sup>[3]</sup>中风痰瘀阻证确诊;(4)患者存在肢体瘫痪,半身不遂,口角喎斜,头晕头胀,胃纳不佳,形体消瘦,面色萎黄,大便秘结,痰多、黏、色黄,脉弦滑,舌苔薄腻、边尖绛,中医辨证为风痰瘀阻证;(5)患者意识清楚、病情稳定,各项生命体征平稳;(6)年龄 40~75 岁;(7)自愿签署知情同意书;(8)依从性好。

### 1.3 排除标准

(1)中途退出治疗、依从性差的患者;(2)就诊资料不全影响安全性及疗效判断的患者;(3)存在精神病、痴呆、严重失语等无法配合治疗的患者;(4)脑卒中后合并严重并发症,甚至休克、死亡的患者;(5)存在肝肾衰竭、心肺等器质性病变者;(6)小脑萎缩症等其他疾病引起的肢体功能障碍患者;(7)所取穴位处有感染、溃烂、湿疹等不适合行针者。

### 1.4 治疗方法

对照组患者在常规神经内科药物治疗的基础上给予康

作者单位:572008 三亚,中国人民解放军第四二五医院中医理疗科

作者简介:汪晗(1969-),本科,副主任医师。研究方向:中风患者中医康复。E-mail:dvswe@163.com

复训练,常规康复治疗:包括床上良肢位摆放、体位转换(健侧卧位、患侧卧位、仰卧位转换)、偏瘫肢体被动活动、主动床上活动(桥式运动、翻身、双手叉握上举运动)、坐位平衡训练、偏瘫下肢负重训练、床边坐站训练、站立平衡训练、步行训练、上下台阶训练等,45 分钟/次。

治疗组患者加用针药并用治之。针灸取穴:百会、肩髃、曲池、支沟、环跳、外关、合谷、地仓、风池、承山、太冲;补虚泻实,得气后每次留针 20~30 分钟,每周针刺 5 天,休息 2 天,疗程 4 周。方药组成:天麻 9 g、钩藤 15 g、石决明 30 g、地龙 10 g、竹沥 10 g、法半夏 9 g、川贝母 15 g、胆南星 12 g、瓜蒌 9 g、广郁金 15 g、延胡索 20 g、当归 10 g、川芎 15 g、赤芍 10 g、怀牛膝 15 g、桑寄生 15 g、黄芩 12 g、云茯苓 9 g、陈皮 8 g、甘草 6 g。随证加减:气虚甚者加入黄芪 20 g;肝气不舒甚者加入柴胡 9 g、白芍 30 g;伴有抽搐甚者加入羚羊角粉 0.3 g、白僵蚕 10 g;失眠甚者加入珍珠母 30 g、石菖蒲 9 g。每天 1 剂,水煎服,两组均以 4 周为疗程。

### 1.5 观察指标

(1) 用神经功能缺损评分(National Institute of Health stroke scale,NIHSS)<sup>[4]</sup>评价治疗前、治疗 2 周后、治疗 4 周后两组患者的神经功能缺损程度变化;(2) 用 Barthel 指数、Fugl-Meyer 运动功能量表<sup>[5]</sup>评价治疗前后患者的日常生活活动能力、上肢运动功能;(3) 参照肌力测试分级标准<sup>[5]</sup>对治疗前后患者肌力情况进行评价。0 级:肌力为 0,无肌肉收缩,完全瘫痪。1 级:肌力微缩,肌肉轻微收缩,但无法引起关节活动。2 级:肌力差,肢体在减重状态下可进行全范围运动。3 级:肌力尚可,可抗重力进行关节全范围运动,但不能抗阻力。4 级:肌力良好,可对抗重力及一定阻力。5 级:肌力正常,可抗重力、抗充分阻力运动。

### 1.6 疗效标准

参照《脑梗死的康复评定与治疗》<sup>[6]</sup>评定。显效:偏瘫等症状改善明显,神经功能、日常生活活动能力、上肢运动功能显著提高,肌力改善明显;有效:偏瘫等症状有所好转,神经功能、日常生活活动能力、上肢运动功能等有所提高,但是仍存在障碍,肌力有所改善;无效:各方面无变化,甚则加重。

### 1.7 统计学处理

采用 SPSS 20.0 分析数据,计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用 *t* 检验;计数资料采用  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  则说明差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组急性脑卒中偏瘫患者临床疗效比较

治疗组的有效率为 91.7%,明显高于对照组治疗的有效率 80.8%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组急性脑卒中偏瘫患者临床疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	有效率(%)
对照组	120	54	43	23	80.8
治疗组	120	72	38	10	91.7

### 2.2 两组急性脑卒中偏瘫患者 NIHSS 评分对比

治疗前两组患者神经功能评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );与对照组相比,治疗过程中观察组患者的 NIHSS 评分显著降低,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组急性脑卒中偏瘫患者神经功能缺损 NIHSS 评分对比( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗 2 周后	治疗 4 周后
对照组	120	17.86±5.43	15.25±5.02	13.17±4.78
治疗组	120	18.04±5.62	13.37±4.21	10.44±2.65

### 2.3 两组急性脑卒中偏瘫患者治疗前后 Barthel 指数、Fugl-Meyer 评分比较

治疗前两组患者的 Barthel 指数、Fugl-Meyer 评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );观察组患者经治疗后二者评分均显著高于对照组患者,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组急性脑卒中偏瘫患者治疗前后 Barthel 指数、Fugl-Meyer 评分比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	Barthel 指数	Fugl-Meyer
对照组	120		
治疗前		27.83±9.75	47.95±7.46
治疗后		47.41±12.94 <sup>a</sup>	63.14±8.72 <sup>a</sup>
治疗组	120		
治疗前		27.74±9.62	47.87±7.53
治疗后		65.12±14.77 <sup>ab</sup>	84.26±9.15 <sup>ab</sup>

注:同组比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ ;组间比较,<sup>b</sup> $P<0.05$ 。

### 2.4 两组急性脑卒中偏瘫患者治疗前后肌力变化

观察组患者经治疗后肌力较对照组提高明显,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 4。

表 4 两组急性脑卒中偏瘫患者治疗前后肌力变化

组别	例数	0 级	1 级	2 级	3 级	4 级	5 级
对照组	120						
治疗前		7	15	30	45	23	0
治疗后		0	8	18	32	20	42
治疗组	120						
治疗前		4	16	35	40	25	0
治疗后		0	0	0	20	25	75

## 3 讨论

脑梗死后偏瘫属于中医学“中风”后“痿痹”范畴,笔者认为其为本虚标实之证,以正气亏虚、脏腑功能衰退为本,以风、火、痰、瘀阻络为标,临床多见风痰瘀阻之证。患者多因素体禀赋不足、年老体弱致脏腑功能虚衰,易外受风邪入侵,入里化热,热盛生风;或怒气伤肝,肝气不舒,气机不畅,郁而化火生风;或脏腑功能虚衰,气血不畅,内生痰瘀,痹阻经脉,

与风火互结上扰,犯及头脑巅顶,闭阻脑窍,发为中风后偏瘫之证。临床治之需醒脑开窍、舒筋活络。近年来临床研究认为,针灸能通过调控神经递质,改善大脑血液循环、改善局部肌肉的肌张力、提高再生神经的协调性、促进神经功能恢复等机制提高患者的肌力、增强肌群的功能,从而改善患者的肢体功能障碍,减少致残率<sup>[7-8]</sup>。笔者取穴百会为诸阳之会,功可清上亢之浮阳,针刺之可醒脑开窍;肩髃属于手阳明大肠经,针刺之可疏通经络,理气化痰,主要用于治疗肩臂疼痛、上肢不遂等症;外关是手少阳三焦经的常用腧穴之一,针刺之可调畅气血、补阳益气,善治肘臂不得屈伸之症;合谷属阳主表,属手阳明大肠经,针刺之可宣泄气中之热,有疏风散表、宣通气血之功;曲池配伍合谷穴、外关穴针刺之功可清热消肿、活血止痛;支沟穴是手少阳三焦经的常用腧穴之一,针刺之可疏利三焦气机,具有良好的调气通腑作用;环跳是足少阳胆经的经穴,针刺之可祛风化湿、强健腰膝,善治下肢痿痹,半身不遂之症;地仓亦属于足阳明胃经,针刺之调畅经脉气血,舒筋活络,善治筋骨不利之症;风池是足太阳、足少阳之会,为祛风止痛之要穴,针刺之功可祛风散寒、行气活血;承山属足太阳膀胱经,针刺之可理气止痛、舒筋活络;太冲是足厥阴经之原穴,肝脉上达巅顶,泻太冲可降肝经之逆气。多穴配伍,共奏平肝降气、疏经通络,理气化痰之功。

值得关注的是,针药并用能促进神经功能恢复、改善运动功能<sup>[9]</sup>,为笔者临床治疗脑卒中后遗症所青睐。笔者自拟经验汤中天麻、钩藤主入肝经,功可平肝定惊、息风止痉,善治肝风内动、中风惊痫之症;石决明为咸寒之品,专入肝经,质重潜阳,有平肝阳、清肝热之功,为凉肝、镇肝之要药;地龙为虫类药,功可清热定惊、通络利尿,善治惊风、半身不遂之症;竹沥消风降火,清热滑痰,润燥行痰、镇惊利窍;制胆南星专入肝胆,功可清热化痰,息风定惊;竹沥与胆南星配伍均善治中风痰迷之症;川贝母为化痰、开郁、下气之要药,功可化痰止咳、清肺润燥、散结消痞;法半夏主降逆,功可下气降逆、燥湿化痰;郁金重在祛痰开窍;延胡索辛散、苦泄、温通,是活血化痰、行气止痛之妙品,既入血分,又入气分,既能行血中之气,又能行气中之血,气畅血行,通则不痛;当归、川芎、赤芍、怀牛膝均为血分之药,有活血祛瘀、通络止痛、利水消肿之功,四药配伍养血与化瘀同施,使补中有行,活血无耗血之虑。现代药理研究认为,活血化痰药有利于升高脑组织中脑源性神经细胞生长因子含量,促进脑卒中后脑水肿的吸收,修复大脑损伤,改善患者的神经功能<sup>[10-11]</sup>。桑寄生为补肾补血要药,专祛风除湿,通调血脉,有补肝肾、祛风湿、强筋骨的功效,善治筋骨无力之症;黄芩性味苦寒,有清热泻火、

燥湿解毒之效;云茯苓气味淡而渗,甘而能补,能泻能补,其性上行,长于利窍祛湿,有健脾宁心、利水化饮之功;陈皮健脾行气、燥湿化痰;甘草健脾和中、调和诸药。多药配伍,共奏平肝息风、化痰通络、豁痰开窍、舒筋强骨之功。

本次研究结果显示,针药并用联合康复训练治疗急性脑卒中偏瘫有效率更高,治疗过程中患者的神经功能、日常生活活动能力、上肢运动功能改善更为显著,且经治疗后患者肌力较对照组明显提高,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。由此可以总结出,针药并用联合康复训练治疗急性脑卒中偏瘫利于患者神经功能的改善、日常生活活动能力和上肢运动功能的提高、肌力的增强,凸显出中医内外合治脑卒中后遗症的优势与特色,值得临床深入探究。

### 参 考 文 献

- [1] Cordun M, Marinescu GA. Functional Rehabilitation Strategies for the Improvement of Balance in Patients with Hemiplegia after an Ischemic Stroke [J]. Procedia- Social and Behavioral Sciences, 2014, 117: 575-580.
- [2] 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.
- [3] 周仲英. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 2.
- [4] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.
- [5] 王玉龙. 康复功能评定学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 154-400.
- [6] 缪鸿石, 朱耀连. 脑卒中的康复评定和治疗[M]. 北京: 华夏出版社, 1996: 149-150.
- [7] 高志群, 杨骏. 针灸治疗中风后痉挛性偏瘫研究进展[J]. 中医药临床杂志, 2014, 26(2): 201-203.
- [8] 辛昕, 李艳明, 吴昊明. 三种针刺法治疗痉挛性偏瘫的优化方案临床研究[J]. 陕西中医, 2012, 33(1): 82.
- [9] 刘传立. 针药并用对气虚血瘀型脑卒中偏瘫患者运动功能的影响[J]. 上海针灸杂志, 2015, 34(9): 807-810.
- [10] 卢云, 李明非, 张晓云. 大剂量活血化痰中药治疗脑出血后迟发性脑水肿疗效观察[J]. 北京中医药, 2015, 34(7): 523-525.
- [11] 龙志江, 谢辉, 孟琼. 不同活血中药配伍对脑缺血大鼠海马 BDNF 表达的实验研究[J]. 中医药导报, 2016, 22(2): 20-22.

(收稿日期: 2016-07-08)

(本文编辑: 禹佳)