

针灸、穴位按摩联合康复训练治疗气虚阻络型脑卒中后偏瘫 43 例

刘洋 宗涛

【摘要】 目的 观察针灸、穴位按摩联合康复训练治疗气虚阻络型脑卒中偏瘫患者的临床疗效。**方法** 选取 2015 年 3 月至 2016 年 7 月于本院就诊的脑卒中偏瘫患者 86 例,随机分为对照组和治疗组各 43 例。对照组给予康复训练,治疗组则加用针灸联合穴位按摩治疗,连续治疗 4 周。观察两组治疗的临床效果,评价中医证候积分,观察治疗后患者肌力的变化情况,用 Fugl-Meyer (FMA) 评分、改良 Barthel 指数 (MBI) 和脑卒中专用生活质量量表 (SS-QOL) 分别评定治疗前后患者的肢体运动功能、日常生活能力及生活质量。**结果** 治疗组临床疗效 (93.0%) 与对照组 (74.4%) 相比显著升高 ($P < 0.05$); 治疗组中医证候积分与对照组相比显著降低 ($P < 0.05$); 治疗组患者肌力改善显著优于对照组患者,差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组患者 FMA、MBI、SS-QOL 评分与对照组相比显著升高 ($P < 0.05$)。**结论** 针灸、穴位按摩联合康复训练治疗气虚阻络型脑卒中偏瘫患者有确切疗效,利于缓解临床症状,改善肌力,提高肢体运动功能、日常生活能力及生活质量,值得临床推广应用。

【关键词】 脑卒中; 偏瘫; 气虚阻络; 针灸; 穴位按摩; 康复训练

【中图分类号】 R242 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.02.031

脑卒中是神经内科常见病,具有发病率高、致残率高的特点,严重影响患者的生活质量。研究显示,临床上约有 80% 的脑卒中患者不同程度地丧失劳动能力,其中重度残疾者约占 40%^[1]。脑卒中偏瘫作为最常见的后遗症,多见一侧肢体肌力减退、活动不利,亦多见伴有同侧肢体冷热不知、疼痛不觉等感觉障碍^[2-3],对生活质量的影 响尤其明显,其后期康复治疗已成为重要课题^[4]。早期康复介入能够提高脑卒中偏瘫患者的临床疗效,使患者的日常生活能力和肢体活动功能显著提高,改善患者的生活质量^[5]。近年来笔者以外治法治之,效果满意,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象

本研究纳入 86 例经中医临床辨证为气虚阻络型脑卒中偏瘫患者为对象,患者均 2015 年 3 月至 2016 年 7 月于本院就诊,随机分为对照组和治疗组。对照组患者 43 例,男 25 例,女 18 例,年龄 45~75 岁,平均 (57.2±4.9) 岁;脑出血 17 例,脑梗死 26 例;右侧偏瘫 16 例,左侧偏瘫 27 例;皮质区 11 例,基底节区 25 例,小脑区 7 例。治疗组 43 例,男 26 例,女

17 例,年龄 45~75 岁,平均 (58.1±4.6) 岁;脑出血 19 例,脑梗死 24 例;右侧偏瘫 14 例,左侧偏瘫 29 例;皮质区 12 例,基底节区 23 例,小脑区 8 例。两组患者的一般资料经统计学分析,无显著差异 ($P > 0.05$),可以进行对比。

1.2 筛选标准

1.2.1 纳入标准 (1) 患者生命体征平稳,意识清楚,认知清醒,并无智力障碍,无其他严重脏器病变,存在肢体瘫痪;(2) 参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[6]《中药新药临床研究指导原则》^[7]中有关脑卒中恢复期的诊断标准确诊。临床多见患者半身不遂,口舌喎斜,半身麻木,语言蹇涩,吞咽困难,一侧肢体肌力减退、活动不利,伴有神疲气短,面色黄,肢软无力,纳呆,肩、臂、下肢痛,嗜睡,患肢欠温、手足浮肿,或大便无力,或小便频,舌质淡黯,或见瘀斑,舌体胖大、边有齿痕,苔薄白,脉沉细、虚弱、细涩或结代,中医辨证为气虚阻络;(3) 经 CT 或 MRI 检查确诊;(4) 患者详细阅读知情同意书并签字。

1.2.2 排除标准 (1) 排除耐受性差、依从性差患者;(2) 排除神志不清、智力障碍、存在严重心理障碍的患者;(3) 排除有瘫痪病史的患者;(4) 排除合并其他后遗症需采取其他方案治疗的患者;(5) 排除因天气等其他原因或它病所致的肢体运动受限的患者;(6) 排除合并心肺、肝肾功能亏损、脑血管严重疾病患者;(7) 排除取穴处皮肤溃疡、湿疹等无法进行治疗者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 对照组患者给予康复训练。上肢康复训

作者单位: 110032 沈阳,中国医科大学附属第四医院康复医学科

作者简介: 刘洋 (1985-),女,本科,初级康复治疗师。研究方向: 中医康复治疗技术。E-mail: liuluhh00001@163.com

通信作者: 宗涛 (1969-),女,硕士,副主任医师。研究方向: 中医针灸康复。E-mail: 18900912899@163.com

练:(1)各种角度的上肢部位保持训练仰卧位、伸肘并前屈肩关节,在 $0\sim 90^\circ$ 之间各角度位置保持上肢不动。(2)坐位或仰卧位,保持上肢上举过头,要求患者屈肘时用手摸头顶,范围由小到大,并随着主动性增加,逐渐减少辅助量。(3)取四肢支撑位,固定手指,移动上半身重心,让患侧充分负重。(4)改善腕伸展练习双手交叉,手掌朝前,手背朝脚,然后伸展上肢超过头,再回到脚部或顶住墙上下滑动。下肢康复训练:(1)医者一手控制住患足,保持患足背屈、外翻;另一手控制膝部,辅助患者屈曲、伸展;逐渐加大自主运动范围,最后达到可在不同角度停留,训练下肢控制能力。(2)患者取仰卧位,医者一手托住患足,患者屈膝并将患肢放到床下,在髌伸展状态下,由治疗师协助患者将患脚抬至床面,并反复练习。(3)患者取仰卧位,患脚支撑在床上,医者一手固定患者踝关节,另一手协助患者踝关节做背屈、外翻。

1.3.2 治疗组 治疗组患者在对照组基础上加用针灸联合穴位按摩治疗。(1)针灸取穴:百会、人中、风府、中脘、内关、气海、三阴交、足三里,均双侧,除内关、气海穴给予针刺热补法外,其他穴位得气后取柔和酸胀针感,1次/天,1周为一个疗程,连续治疗4个疗程。(2)穴位按摩:上肢瘫痪则取穴以尺泽、肩髃、曲池、合谷、手三里、外关等为主;下肢瘫痪取穴则以委中、环跳、足三里、血海、阳陵泉、三阴交等为主;以点按、揉、拿捏等按摩手法,对患者肢体进行按摩操作,每穴按揉约3分钟,力度由浅入深,由轻到重,以患者最大耐受为佳,切忌速度过快,力度过猛,1次/天,30分钟/次。

1.4 疗效评价指标

1.4.1 证候积分 治疗前、治疗4周后参照《中药新药临床研究指导原则》^[7]症状分级量表对肢体麻木、心烦失眠、眩晕耳鸣等主要症状进行评分,严重程度评分等级为四级,分别是:0分,无症状;1分,症状较轻,不影响生活和工作;2分,症状较严重,中度;3分,症状非常严重,影响生活和工作,评分愈高,病情愈严重。

1.4.2 检测肌力 治疗前、治疗4周后通过引导患者最大可能活动肢体来观察肌力改善情况。肌力分为6个等级。0级:肌力完全消失,无肌肉收缩,完全瘫痪。1级:肌肉轻微收缩而无法带动关节活动。2级:肢体仅仅可以完成不能抗地心引力的关节活动。3级:肢体能抗地心引力,但不能抗阻力。4级:能对抗部分阻力。5级:正常肌力。

1.4.3 评价肢体运动功能、日常生活能力、生活质量 治疗前、治疗4周后用Fugl-Meyer(FMA)评分、改良Barthel指数(MBI)^[8]分别评定治疗前后患者的肢体运动功能、日常生活能力;采用美国Williams等研制的脑卒中专用生活质量量表^[9](SS-QOL)评价治疗前后患者的生活质量,重点评价体能、语言、上肢功能、运动、情绪、视觉、家庭活动、自理能力、性格、社会活动、思维能力、工作能力等12个领域共49个项目,每项根据级别轻重给予1~5分,得分越高,生活质量越好。

1.4.4 疗效标准 参照《脑卒中的康复评定和治疗》^[10]评定。显效:临床症状消失,活动受限不明显,肢体运动功能、

日常生活能力、生活质量明显提高;有效:临床症状好转,活动功能轻度受限,肢体运动功能、日常生活能力、生活质量有所提高;无效:各方面未见明显好转。

1.5 统计学处理

数据使用SPSS 20.0分析,计数资料采用 χ^2 检验;计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,数据组间比较采用重复测量数据的方差分析,组内比较则采用配对样本 t 检验。检验水准 $\alpha=0.05$,双侧检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组气虚阻络型脑卒中后偏瘫患者临床疗效

治疗组的临床疗效(93.0%)与对照组的(74.4%)相比升高显著($P<0.05$)。见表1。

表1 两组气虚阻络型脑卒中后偏瘫患者临床疗效

组别	例数	显效	有效	无效	有效率(%)
对照组	43	15	17	11	74.4
治疗组	43	22	18	3	93.0 ^a

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

2.2 两组气虚阻络型脑卒中后偏瘫患者中医证候积分对比

两组患者肢体麻木、心烦失眠、眩晕耳鸣等临床症状经治疗后均有所改善,治疗组的临床症状显著改善,中医证候积分均有所下降,治疗组患者的中医证候积分与对照组相比显著降低($P<0.05$)。见表2。

表2 两组脑卒中偏瘫患者治疗前后主要证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	肢体麻木	神疲气短	眩晕耳鸣
对照组	43			
治疗前		2.43 \pm 0.35	2.54 \pm 0.27	2.36 \pm 0.43
治疗后		1.80 \pm 0.22 ^a	1.56 \pm 0.19 ^a	1.65 \pm 0.35 ^a
治疗组	43			
治疗前		2.49 \pm 0.34	2.55 \pm 0.30	2.38 \pm 0.40
治疗后		1.17 \pm 0.20 ^{ab}	0.92 \pm 0.14 ^{ab}	0.82 \pm 0.26 ^{ab}

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

2.3 两组气虚阻络型脑卒中后偏瘫患者肌力水平比较

两组患者治疗后肌力均提高,治疗组患者肌力显著改善优于对照组患者,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表3 两组气虚阻络型脑卒中后偏瘫患者肌力水平比较

组别	例数	0级	1级	2级	3级	4级	5级
对照组	43						
治疗前		4	5	20	11	3	0
治疗后		0	3	7	8	12	13
治疗组	43						
治疗前		5	6	18	10	4	0
治疗后		0	0	0	6	17	20

2.4 两组气虚阻络型脑卒中后偏瘫患者 FMA、MBI、SS-QOL 评分比较

两组患者的肢体运动功能、日常生活能力及生活质量均有所提高, FMA、MBI、SS-QOL 评分均较治疗前有所升高, 以治疗组的变化程度更突出, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组气虚阻络型脑卒中后偏瘫患者 FMA、MBI、SS-QOL 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FMA(分)	MBI	SS-QOL(分)
对照组	43			
治疗前		12.50±2.75	30.45±10.23	124.78±25.52
治疗后		25.43±5.20 ^a	57.64±12.40 ^a	174.30±35.61 ^a
治疗组	43			
治疗前		12.44±2.63	29.73±9.78	123.56±23.63
治疗后		32.71±6.59 ^{ab}	73.21±14.16 ^{ab}	196.23±36.04 ^{ab}

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

3 讨论

脑卒中作为临床上常见的神经系统疾病, 大部分患者伴有以偏瘫为主要表现的运动功能障碍, 约 30% ~ 36% 的脑卒中患者在发病 6 个月后仍遗留有上肢功能障碍^[11]。现代医学认为, 脑卒中康复重点之一在于帮助运动功能丧失或减弱且引起后继功能障碍的患者最大程度改善肌力, 恢复身体运动功能^[12-13]。近年来, 脑卒中偏瘫的临床治疗方案及效果探讨成为研究的重要靶点^[14]。

中医学认为, 脑卒中后偏瘫属于“中风”后“痿痹”范畴, 为本虚标实之证, 以“元气亏虚”为本, 以“痰瘀痹阻”为标^[15]。然而, 无论是出血性脑卒中还是缺血性脑卒中, 皆会形成血瘀络阻的病理改变, 血瘀在脑卒中偏瘫气虚阻络型患者的发病中占有重要地位。因此, 临床治疗应注重补其虚以培其本, 辨其经以通其络, 以活血化瘀、通经活络为主要大法。近年来, 针灸作为中医外治法的重要组成部分在治疗中风后遗症方面优势突出^[16]。临床研究认为, 针刺脑卒中偏瘫患者头针感觉区和患侧肢体, 有利于促进感觉功能的恢复, 从而加快感觉输入通路的修复, 提高运动的准确性^[17]。历代医家针灸治疗脑卒中偏瘫有“治痿独取阳明”之说, 笔者多遵之选穴以阳明穴为主。百会穴的选用为笔者所重视, 为脑病的首选穴位。盖因百会乃诸阳之会, 为百脉朝会之所, 针刺之有清上亢之浮阳、醒脑开窍之功。现代研究认为, 百会穴可调节脑神经细胞机能, 保护受损神经元, 改善脑血液微循环, 增加脑血流量, 从而改善和恢复脑组织功能。人中是督脉与手阳明经的交会穴, 是“醒脑开窍”针法的主要穴位, 针刺之具有清热通阳、醒脑开窍、救逆止搐之效。现代医学认为通过刺激该穴能够作用于脑干, 起到改善呼吸节律、升高血压等“醒脑开窍”作用^[18]; 实验研究已发现针刺人中穴对脑缺血、脑出血均显示出较好的“脑保护”作用^[19]; 风府亦属督脉, 善治头面诸疾, 针刺之重在调其阴阳, 为除风要

穴; 现代医学研究认为, 针刺风府穴利于改善脑动脉的弹性和紧张度, 改善脑动脉血流动力学的紊乱, 提高脑血管血流速度, 从而改善脑供血, 提高中风后后遗症患者的日常活动能力^[20]。中脘为胃之募, 腑之会, 善治一切腑病。考虑到脾胃为“后天之本”“气血生化之源”, 故针刺中脘穴重在补先后天之气, 强生化之源, 鼓舞气机, 可起到补中气、理中焦、疏通经络、化痰消滞之功。内关穴为八脉交会穴之一, 属厥阴心包经之络穴, 针刺之重在调理心气, 促进气血运行, 达到疏通气血、养心安神之功。现代研究认为, 内关穴位于桡侧腕屈肌腱与掌长肌腱之间, 其深层为正中神经走行, 针刺之利于加快神经和肌肉的修复, 从而加强手指功能恢复^[21]。气海属任脉之经穴, 主一身气机, 针刺之旨在疏导任脉, 培补真元, 调一身之气; 三阴交为足三阴经(脾、肝、肾)的交会穴, 针刺之可调补脾、肝、肾三经气血, 达到健脾和胃、补益肝肾、行气活血、疏经通络之功; 足三里穴是“足阳明胃经”的主要穴位之一, 针刺之可补肝肾、调气血、祛风豁痰、除瘀通络; 总之笔者针刺阳明经穴, 多穴配伍, 共奏益气活血、通经活络之效。现代医学认为, 针灸阳明经穴可使针感循经传到脑皮质, 直接作用于运动中枢, 刺激运动神经, 促进局部的血液循环, 诱发运动神经冲动, 支配患侧肢体做各种运动^[22]。值得关注的是, 穴位按摩亦作为中医康复治疗手段对中风患者肢体功能的影响意义重大, 尤其是对于早期中风瘫痪患者给予穴位按摩能明显促进患者肢体运动功能恢复和生活质量提升^[23]。

本研究结果显示, 针灸、穴位按摩联合康复训练治疗气虚阻络型脑卒中偏瘫患者有确切疗效, 利于缓解临床症状, 改善肌力, 提高肢体运动功能、日常生活能力及生活质量, 其机制与刺激运动神经、促进局部的血液循环、诱发运动神经冲动、改善脑部微循环、提高脑血管血流速度、促进脑血液灌注从而恢复脑组织功能等密切相关, 值得临床推广运用。

参 考 文 献

- [1] 魏文广, 陆忠. 头部阳经循经透刺法治疗脑梗死后偏瘫 30 例[J]. 针灸临床杂志, 2014, 30(9): 44.
- [2] Piedimonte A, Garbarini F, Pia L, et al. From intention to perception: the case of Anosognosia for Hemiplegia[J]. Neuro-psychologia, 2016, 87(1): 43-53.
- [3] Motor V, Pernigo S, Tsakiris M, et al. Motor Versus Body Awareness: Voxel-based Lesion Analysis in Anosognosia for Hemiplegia and Somatoparaphrenia Following Right Hemisphere Stroke[J]. Cortex, 2016, 83(1): 62-77.
- [4] 王金兰, 吴振梅, 梁玉珍, 等. 神经肌肉治疗仪对急性缺血性脑卒中患者肢体偏瘫的疗效观察[J]. 中国医药科学, 2016, 6(4): 133-135.
- [5] 梁友云, 张文静, 史红菊. 老年急性脑卒中偏瘫患者早期康复介入与疗效的关系探讨[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(24): 2711-2712.
- [6] 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.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国

- 医药科技出版社,2002:99-104.
- [8] 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.
- [9] Williams LS, Weinberger M, Harris LE, et al. Development of a stroke-specific quality of lifescale [J]. Stroke, 1999, 30(7): 1362-1369.
- [10] 缪鸿石, 朱埔连. 脑卒中的康复评定和治疗[M]. 北京:华夏出版社, 1996:149-150.
- [11] 郑雅丹, 胡昔权, 李奎, 等. 双侧上肢训练在脑卒中患者康复中的应用[J]. 中国康复医学杂志, 2011, 26(6): 523-528.
- [12] 叶妙芳, 王倩芬. 针刺联合肌电生物反馈疗法治疗脑卒中偏瘫临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(10): 1178-1180.
- [13] Choi YA, Kim JS, Lee DY. Effects of fast and slow squat exercises on the muscle activity of the paretic lower extremity in patients with chronic stroke [J]. Journal of physical therapy science, 2015, 27(8): 2597-2599.
- [14] Knutson JS, Fu MJ, Sheffler LR, et al. Neuromuscular Electrical Stimulation for Motor Restoration in Hemiplegia [J]. Physical medicine and rehabilitation clinics of North America, 2015, 26(4): 729-745.
- [15] 马辉. 艾灸关元、中脘穴结合针刺治疗脑梗死后偏瘫 29 例临床观察[J]. 中国中医急症, 2012, 21(12): 1991.
- [16] Wang N, Li ZF, Wu HH. Clinical Observation on Therapeutic Effect of Red-hot Needle Therapy for Spastic Hemiplegia in Stroke Patients [J]. Acupuncture research, 2015, 40(4): 304-308.
- [17] 毛忠南, 何天有, 雒成林. 从康复角度看脑卒中的针刺治疗[J]. 中国针灸, 2014, 34(3): 293-296.
- [18] 高靓, 崔景军, 黎波, 等. 水沟穴急救的中医理论依据和西医作用基础浅析[J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(3): 430-432.
- [19] 吕有魁, 何宗宝. 人中穴“醒脑开窍”作用机理的研究进展[J]. 中国中医基础医学杂志, 2016, 22(1): 147-149.
- [20] 阮强. 针刺外风府穴对椎-基底动脉血流速度双向调节作用的临床研究[J]. 江苏中医药, 2012, 44(9): 57-58.
- [21] 向诗余, 许佳一, 吕皓月, 等. 针刺下极泉及内关穴治疗中风后手功能障碍疗效观察[J]. 中国中医急症, 2011, 20(4): 530.
- [22] 蒋赞娟. 阳明经针法结合作业治疗对偏瘫患者上肢功能活动的影响[J]. 同济大学学报(医学版), 2016, 37(1): 97-99.
- [23] 屠静静, 马剑红. 四肢穴位按摩对早期中风偏瘫患者肢体运动能力的影响研究[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(9): 1966-1967.

(收稿日期: 2016-11-01)

(本文编辑: 董历华)