

针灸加运动疗法治疗偏瘫患者 58 例的疗效分析

陈娟, 陈辉, 钟才进(广州军区武汉疗养院理疗科, 武汉 430074)

【摘要】 目的 观察针灸疗法加运动治疗偏瘫患者的临床疗效, 为提高偏瘫患者的治疗效果提供中医方法学的参考。**方法** 本研究纳入本院 2012 年 3 月至 2013 年 3 月治疗的中风后偏瘫患者共 110 例, 随机分为治疗组和对照组各 55 例, 两组患者在入院后给予降低颅内压、神经营养、改善血液循环的药物治疗。治疗组在此基础上给予针灸加运动治疗。疗效评价结果包括基本恢复、显著进步、进步、稍进步、无变化、恶化(含死亡)。**结果** 治疗组基本恢复 8 例, 显著进步 15 例, 进步 18 例, 稍进步 5 例, 无变化 6 例, 恶化 3 例, 治疗组的疗效等级显著较高。治疗后治疗组运动功能评分(FMA)上肢为(41.5±7.2)分, FMA 下肢为(28.9±7.9)分, 与对照组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗组的 Barthel 指数为(72.9±10.2)分, 显著高于对照组的(64.8±11.7)分。**结论** 在传统治疗的基础上进行针灸治疗以及运动治疗, 有助于减轻偏瘫患者脑细胞的病死率, 值得在临床上推广使用。

【关键词】 针灸; 运动; 偏瘫; 疗效; 康复

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.15.018 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)15-2087-02

Analysis of therapeutic effect of acupuncture plus exercise therapy for treatment of 58 cases of patients with hemiplegia

CHEN Juan, CHEN Hui, ZHONG Cai-jin (Wuhan Sanatorium of Guangzhou Military Region, Wuhan, Hubei 430074, China)

【Abstract】 Objective To observe the clinical efficacy of acupuncture plus exercise therapy of hemiplegic patients, in order to provide reference for treatment of hemiplegic patients. **Methods** This study included 110 cases of apoplectic hemiplegia patients in our hospital from March 2012 to March 2013 for treatment of, and they were randomly divided into treatment group and control group with 55 cases in each group. Two groups of patients were given the treatment of reducing intracranial pressure, improving blood circulation, nerve nutrition drugs. The treatment group were given acupuncture plus exercise therapy. Efficacy evaluation results included the basic recovery, significant progress, progress, a little progress, no change, deterioration(including death). **Results** The treatment group had 8 cases recovered, 15 cases significant progressed, 18 cases progressed, 5 cases little progressed, 6 cases not changed, 3 cases deteriorated, the effect grade was significantly higher in treatment group. After treatment, FMA of upper limbs was(41.5±7.2), and(28.9±7.9) for FMA of lower limbs, which were statistically significant different compared with those the control group($P<0.05$). The Barthel index of treatment group was(72.9±10.2), which was significantly higher than control group of(64.8±11.7). **Conclusion** Acupuncture therapy and exercise therapy on the basis of the traditional treatment helps to reduce the death rate of brain cells in patients, and it was worthy of promotion in clinical use.

【Key words】 acupuncture; exercise; hemiplegia; curative effect; rehabilitation

脑卒中俗称中风, 年发病率为 2.16%, 其病死率和致残率也较高, 而偏瘫是脑卒中所致的主要功能障碍之一^[1]。近年来, 随着医学技术的日益发展, 脑卒中患者的病死率逐渐降低, 但是导致偏瘫患者的数量日益增多, 王德刚和迟志超^[2]研究认为 70% 的偏瘫患者都有各种程度的运动功能障碍和劳动能力丧失。有研究报道, 早期针灸对中风偏瘫患者的康复有积极的影响, 可以改善患者的生活自理能力和运动能力^[3]。能否将中医针灸疗法与现代医学的运动疗法相结合, 发挥两者的协同优势, 以辅助提高偏瘫患者的治疗效果, 是值得探索的一个新课题。因此笔者尝试在常规药物治疗的基础上给予针灸加运动治疗, 取得了明显的疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究选取本院 2012 年 3 月至 2013 年 3 月治疗的中风后偏瘫患者共 110 例, 排除严重意识障碍, 无法配

合治疗的患者, 以及有严重心肝肾功能疾病的患者, 所有患者经电子计算机 X 射线断层扫描技术(CT)或核磁共振检查, 均诊断为脑梗死, 诊断均符合我国第四次脑血管病学术会议在 1995 年制定的脑卒中诊断标准。采用随机数字表方法, 将 110 例患者随机分为治疗组和对照组各 55 例。治疗组男 28 例, 女 27 例, 年龄 45~83 岁, 平均年龄(65.8±7.1)岁。发病至治疗的时间 9~18 d, 平均时间为(13.1±4.9)d。临床神经功能缺损程度评分为轻型 22 例, 中型 18 例, 重型 15 例。对照组男 30 例, 女 25 例, 年龄 46~81 岁, 平均年龄(65.2±6.9)岁。发病至治疗的时间 10~20 d, 平均时间为(13.5±5.3)d。临床神经功能缺损程度评分为轻型 20 例, 中型 21 例, 重型 14 例。经统计学检验, 两组患者的年龄、性别、神经功能缺损程度评分类型等基础资料差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 两组患者在入院后给予降低颅内压、抗血小板聚集、神经营养、改善血流循环的药物治疗。在患者病情稳定的情况下,治疗组在上述治疗的基础上给予针灸加运动治疗,开始治疗的时间控制在 5 d 之内。(1)针灸疗法在常规消毒后,使用 30 号 1.5 寸的毫针,对包括针刺风池、印堂、上星、百会、三阴交在内的穴位挟持进针,针刺深度为 0.5~1 寸,每隔 1 cm 进针一针。头皮针采用捻转手法平刺进针,体针采用提插手法直刺进针,以患者下肢抽动三次为度。对上肢瘫痪者加取肩髃、肩髃穴、外关、合谷、手三里诸穴。对下肢瘫痪者加取阳陵泉、足三里、太冲、血海、梁丘诸穴。留针 30 min,治疗 1 次/天,治疗 5 d 为一个疗程,休息 2 d 后进入下一个疗程,共治疗 3~5 个疗程。(2)针灸结束后进行运动疗法训练,运动疗法参照 Bobath 疗法,主要包括体位变换训练、关节活动、平衡性锻炼、步行训练、肌肉力量的器械训练等。体位变换训练为侧卧和仰卧位变换,每 2 h 更换一次,保持关节的定时活动,可使用舒适的枕头帮助固定体位。关节活动为每日对偏瘫的肢体各个关节进行被动运动,也可指导患者进行主动运动,每次活动 10 min,每日 2~3 次,运动方式包括双手交叉上举、下肢桥式运动等。平衡性锻炼:此项活动在患者有一定的肌力,能够自行坐起后方可开展,逐渐将身体重心向肘部支持方向倾斜,触及床体后恢复原有体位,在此过程中要求患者尽力保持平衡。步行训练主要锻炼患者的下肢负重能力,要求患者在平地行走,行走时间根据自我感觉判断,逐渐延长行走时间。肌肉力量的器械训练采用专业康复治疗器械完成,以帮助患者增加肌力。(3)护理人员同时指导患者进行穿衣、脱衣、进食、大小便、洗脸等,恢复患者的生活自理能力。

1.2.3 疗效评价方法 疗效评价标准采用国家中医药管理局脑性急症协作组在 1996 年提出的《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》,根据神志、语言、面瘫、眼症、上肢瘫、指瘫、下肢瘫、趾瘫、其他症征进行评分,诊断得分为各项指标的最高分相加而成,满分为 52 分,治疗前评分与治疗后评分百分数通过折算法得到疗效结果,即(治疗前评分-治疗 8 周后评分)÷治疗前评分×100%。基本恢复:≥81%,6 分以下;显著进步:56%~81%;进步:36%~56%;稍进步:11%~36%;无变化:<11%;恶化(含死亡):评分结果为负值。

1.2.4 偏瘫测量方法 分别在治疗前 1 d 和治疗开始后 8 周,采用运动功能评价量表(FMA)对患者的偏瘫程度进行测量,其中 FMA 上肢的单项评分为 0~2 分,最高分为 66 分,FMA 下肢的总分最高为 34 分。得分越高,表示运动功能受损伤的程度越低。经大量研究实践检验,FMA 具有较好的信度和效度。

1.2.5 生活自理能力评价方法 分别在治疗前 1 d 和治疗开始后 8 周,采用 Barthel 指数对两组患者的生活自理能力恢复情况进行评价,总分为 100 分,包括进食、洗澡、修饰、穿衣系带、控制大小便、上厕所、床椅转移、平地行走 45 m、上下楼梯这 10 个方面,得分越低表示生活依赖性越高,残疾程度和功能障碍情况越严重,康复治疗的收益越小。此 Barthel 指数经临床康复医学广泛应用,可信度高,灵敏度高,对治疗效果、预后的评价效果较好。

1.3 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料采用率表示,采用成组设计 t 检验对两组治疗效果进行比较。 $P < 0.05$ 为差异有统计学

意义。

2 结 果

2.1 两组疗效比较 治疗组基本恢复 8 例,显著进步 15 例,进步 18 例,稍进步 5 例,无变化 6 例,恶化 3 例,经统计分析,两组患者的治疗效果比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗组的疗效等级显著较高。见表 1。

表 1 两组患者的治疗效果比较结果

组别	<i>n</i>	基本恢复	显著进步	进步	稍进步	无变化	恶化
治疗组	55	8	15	18	5	6	3
对照组	55	3	7	10	18	10	7

2.2 两组患者的 FMA 评分结果比较 治疗前两组的 FMA 上肢和 FMA 下肢评分差异均无统计学意义($P > 0.05$),治疗后两组患者的 FMA 评分结果比较结果显示,治疗组 FMA 上肢为(41.5±7.2)分,FMA 下肢为(28.9±7.9)分,与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者的 FMA 评分比较结果($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	治疗前		治疗后	
		FMA 上肢	FMA 下肢	FMA 上肢	FMA 下肢
治疗组	55	8.1±2.0	7.6±3.9	41.5±7.2	28.9±7.9
对照组	55	8.2±2.6	7.4±3.7	34.9±8.6	21.3±6.4

2.3 两组患者的日常生活自理能力比较 治疗前两组的 Barthel 指数差异均无统计学意义($P > 0.05$),治疗后两组患者的 Barthel 指数差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗组患者的 Barthel 指数为(72.9±10.2)分,显著高于对照组的(64.8±11.7)分,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组患者的 Barthel 指数比较结果($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
治疗组	55	31.2±9.4	72.9±10.2
对照组	55	31.5±10.3	64.8±11.7

3 讨 论

偏瘫表现为运动功能障碍、语言障碍、认知功能障碍,但是以运动功能障碍的表现最为突出^[4]。能否改善脑卒中患者的运动能力,改善日常生活能力是康复治疗一直关注的重点^[5]。国内外大量研究,显示 Bobath 运动疗法有助于患者的功能恢复^[6]。治疗组患者采用 Bobath 运动疗法,指导患者进行体位变换训练、关节活动、平衡性锻炼、步行训练、肌肉力量的器械训练,以及日常生活能力恢复训练,对于恢复患者的肢体功能有积极的作用。但是仅仅依靠运动疗法对于恢复患者的运动功能还远远不够。祖国医学认为,脑卒中的发病机制在于气虚血滞、脉络瘀阻,《灵枢·刺节真邪》认为“大风在身”,用针宜“泻其有余,补其不足”,使“阴阳平复”。选穴原则以醒神开穴、祛风牵正、通经活络、回阳固脱为侧。现代医学发现,脑梗死患者的病灶附近存在一个可称为半暗带的存活神经细胞区域,若能针对半暗带进行治疗,可明显增加脑部血流供应,改善脑细胞的活性^[7]。本研究结果显示,治疗后治疗组患者基本恢复 8 例,显著进步 15 例,进步 18 例,稍进步 5 例,无变化 6 例,恶化 3 例,治疗组的疗效等级显著较高。FMA(下转第 2092 页)

[10] 李井柱,王明山,纪向虹,等. 双管硬膜外阻滞在产妇产分娩镇痛中的有效性及其对分娩结局的影响[J]. 中华妇产科杂志,2010,45(11):819-824.

[11] 王琳,田鸣,徐铭军. 产程潜伏期腰-硬联合阻滞分娩镇痛的可行性研究[J]. 中国全科医学,2010,13(6):593-596.

[12] 高秀梅,王会芝,刘佩玲. 低浓度罗哌卡因联合舒芬太尼椎管内阻滞用于分娩镇痛的效果观察[J]. 中国医药导报,2012,9(35):110-111.

[13] 于芳,牛秀敏,韩凌霄,等. 椎管神经阻滞麻醉分娩镇痛对分娩结局的影响[J]. 中国妇幼保健,2012,27(24):3717-3720.

[14] 范建辉,滕奔琦,李萍,等. 蛛网膜下腔联合硬膜外腔阻滞用于分娩镇痛时机的探讨[J]. 中山大学学报:医学科学版,2011,32(5):628-632.

[15] 刘志慧,吕黄伟,王俊科. 罗哌卡因与布比卡因用于蛛网膜下腔阻滞麻醉的 Meta 分析[J]. 中国循证医学杂志,2010,10(5):597-601.

[16] 李勇帅,易斌,张铭,等. 全身麻醉复合罗哌卡因硬膜外阻滞麻醉在食道癌手术中的应用[J]. 重庆医学,2010,39(17):2297-2298.

[17] 李源强. 罗哌卡因与布比卡因用于硬膜外分娩镇痛的效果比较[J]. 检验医学与临床,2013,10(4):459-460.

[18] 杨仕超. 全麻复合硬膜外阻滞不同浓度罗哌卡因用于胸科老年患者应用体会[J]. 检验医学与临床,2013,10(3):380.

[19] 余骏马,陆姚,董春山,等. 硬膜外预先注射 2%利多卡因对剖宫产术患者硬膜外置管误入血管及麻醉起效时间的影响[J]. 中华临床医师杂志:电子版,2012,6(3):719-720.

[20] 蔡晓雷,钟惠珍,甘果,等. 罗哌卡因蛛网膜下腔阻滞分娩镇痛的剂量-效应关系[J]. 中国临床药理学与治疗学,2009,14(1):90-93.

[21] 刘松,周胜蛟,赵汝有,等. 罗哌卡因和布比卡因在轻比重单侧腰麻中的比较[J]. 中华全科医学,2010,8(5):560-561.

[22] 林家善,林文,柯劭,等. 腰-硬联合阻滞与硬膜外阻滞用于分娩镇痛的比较[J]. 临床麻醉学杂志,2009,25(2):136-137.

[23] 陈睿,黄毅然,吴会红,等. 罗哌卡因联合舒芬太尼鞘内注射分娩镇痛研究[J]. 中华全科医学,2013,11(3):367-369.

[24] 岳红丽,韩如泉,李彦平,等. 罗哌卡因-芬太尼用于硬膜外和腰-硬联合阻滞分娩镇痛效果及安全性[J]. 临床麻醉学杂志,2010,26(8):657-660.

[25] 朱耀民,袁祖貽,吴辉,等. 罗哌卡因对心脏毒性的 γ -氨基丁酸-A 受体机制[J]. 西安交通大学学报:医学版,2010,31(6):735-739.

(收稿日期:2013-01-07 修回日期:2014-03-10)

(上接第 2088 页)

上肢为(41.5±7.2)分,FMA 下肢为(28.9±7.9)分,与对照组比较差异有统计学意义($P<0.05$),这说明针灸疗法通过反复的刺激可以在神经突触之间重新建立神经网络,使中枢神经功能得到恢复。

针灸取肝、脾、肾经之穴位,其刺激作用可以通经活络、活血化瘀,从病理生理的角度来看,针灸治疗偏瘫患者,可以促使脑部血管扩张,血流供应增加,改善缺氧的脑细胞功能,同时可以加快自由基的清除,减少氧化应激的损伤^[8]。对下肢瘫痪的治疗组患者,笔者加取阳陵泉、足三里、太冲、血海、梁丘诸穴,疏泄肝火,祛除瘀滞,促进气血运行,从而较快的恢复下肢的粗大动作功能^[9]。对上肢瘫痪者则加取肩髃、肩髃穴、外关、合谷、手三里诸穴,同样是可以促进气血运行,解除脉络痹阻,通经活络,从而促进上肢精细动作功能的恢复,改善患者日常生活自理能力。本研究结果显示治疗组的 Barthel 指数为(72.9±10.2)分,患者的日常生活自理能力得到了显著的提高,说明针灸治疗作为祖国医学的有效方法,对中风后偏瘫患者可以醒脑开窍、滋补肝肾、疏通经络,起到了较好的效果^[10]。

综上所述,在传统治疗的基础上进行针刺治疗以及运动治疗,有助于减轻偏瘫患者脑细胞的病死率,值得在临床上推广使用。

参考文献

[1] Ances BM, D'esposito M. Neuroimaging of recovery of function after stroke: implications for rehabilitation[J].

Neurorehabil Neural Repair,2000,14(3):171-179.

[2] 王德刚,迟志超. 针灸运动疗法对脑卒中偏瘫患者肢体功能及日常生活能力的影响[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2001,22(9):1003-1004.

[3] 刘卫平,林展增,谭海彦,等. 早期针灸治疗对缺血性脑卒中偏瘫患者运动功能恢复的影响[J]. 河北北方学院学报:医学版,2005,22(2):37-38.

[4] 简伟. 针灸结合运动再学习训练对中风偏瘫患者的日常生活活动和步行能力的影响[J]. 临床医学工程,2010,17(5):31-33.

[5] 余绍卫. 康复评定与康复治疗技术规范使用手册[M]. 北京:银声音像出版社,2005:294.

[6] 周夫瑞. 针灸在脑梗死后偏瘫运动康复的应用研究[J]. 徐州医学院学报,2005,25(4):358-359.

[7] Brown MM. Brain attack: a new approach to stroke[J]. Clin Med,2002,2(1):60.

[8] 周亮君. 针灸联合康复训练对早期偏瘫患者恢复下肢运动功能的效果观察[J]. 中国当代医药,2012,19(2):108-109.

[9] 王峰川. 针灸结合康复训练对偏瘫早期患者下肢运动功能恢复影响[J]. 中国医药指南,2012,10(11):296-297.

[10] 高俊鹏. 针灸配合运动康复对中风后偏瘫治疗作用的临床研究[J]. 牡丹江医学院学报,2003,24(5):16-18.

(收稿日期:2013-12-18 修回日期:2014-02-22)