

针刺联合康复训练治疗中风恢复期偏瘫气虚血瘀证临床观察

麻蔡军

丽水市第二人民医院, 浙江 丽水 323000

[摘要] 目的: 观察在常规内科治疗基础上以针刺联合康复训练治疗中风恢复期偏瘫气虚血瘀证患者的临床疗效。方法: 选择中风恢复期偏瘫气虚血瘀证患者共 120 例, 按照随机数字表法分为治疗组和对照组各 60 例。所有患者给予内科常规治疗, 对照组采用针刺疗法, 治疗组在对照组治疗基础上给予康复训练疗法, 2 组疗程均为 4 周。比较 2 组的神经功能缺损程度 (MESSS) 评分、博格 (Berg) 平衡量表 (BBS) 评分和巴塞尔 (Barthel) 指数、临床疗效。结果: 总有效率治疗组为 91.67%, 对照组为 76.67%, 治疗组疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗 2 周和 4 周, 2 组 MESSS 评分均较治疗前下降 ($P < 0.01$); 治疗组 2 个时间点的 MESSS 评分均低于对照组同期, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗后, 2 组 Barthel 指数和 BBS 评分均较治疗前升高 ($P < 0.01$); 治疗组 Barthel 指数和 BBS 评分均高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 在常规内科治疗基础上以针刺联合康复训练治疗中风恢复期偏瘫气虚血瘀证患者疗效显著。

[关键词] 中风恢复期; 偏瘫; 气虚血瘀证; 针刺; 康复训练

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 04-0017-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.04.006

Clinical Observations of Acupuncture Combined with Rehabilitation Training for Stroke Recovery Patients with Qi Deficiency and Blood Stasis Syndrome

MA Caijun

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of acupuncture combined with rehabilitation training for stroke recovery hemiplegia patients with qi-deficiency and blood stasis syndrome based on conventional medical treatments. Methods: One hundred and twenty cases of patients were divided into the treatment group and the control group in accordance with the random number table, 60 cases in each group. All patients were given conventional medical treatments. The acupuncture treatment was carried out in the control group; the rehabilitation training treatment was given in the treatment group based on the treatment of the control group. The treatment course was all 4 weeks in each group. Compared neurological function deficiency scale scores (MESSS), Berg balance scales (BBS) and Barthel Indexes (BI) in both groups; analyzed the clinical effect of the two groups. Results: The total effective rate in the treatment group was 91.67%, as well as 76.67% in the control group, the clinical effect in the treatment group being superior to that in the control group ($P < 0.05$). After treatment of 2 weeks and 4 weeks, the MESSS in both groups were dropped ($P < 0.01$ compared with those before treatment); the MESSS on all 2 time points in the treatment group were lower than those on the same term in the control group ($P < 0.01$). After treatment, BI and BBS scores in both groups were all increased ($P < 0.01$ compared with those before treatment); BI and BBS scores in the treatment groups were all higher than those in the control group after treatment ($P < 0.01$). Conclusion: The clinical effect of acupuncture combined with rehabilitation training for stroke recovery hemiplegia patients with qi-deficiency and blood stasis syndrome based is significant on conventional medical treatments.

Keywords: Stroke recovery; Hemiplegia; Qi-deficiency and blood stasis syndrome; Acupuncture; Rehabilitation training

脑中风又称脑卒中, 为脑血液循环系统常见病, 具有较高的致残率、病死率以及复发率。有调查显

示, 约 70%~80% 的患者出院后合并不同程度的肢体偏瘫, 43.7% 的患者生活不能自理, 给患者及其家

[收稿日期] 2015-12-29

[作者简介] 麻蔡军 (1986-), 男, 医师, 研究方向: 脑瘫、中风、运动神经病的康复治疗。

庭带来极大负担^[1]。目前,采用康复训练疗法治疗卒中可调动患者自身潜能,从而使机体残存的功能得以恢复^[2];针灸对卒中偏瘫患者的康复具有独特疗效,大量研究证实针刺能够改善中枢神经功能,对脑损伤后神经功能的重塑发挥重要作用^[3]。本研究采用针刺联合康复训练治疗中风恢复期偏瘫气虚血瘀证患者,收效明显,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本研究选择符合条件的120例患者,均为本院2011年6月—2014年6月收治的脑中风恢复期偏瘫患者,按照随机数字表法分为治疗组和对照组各60例。治疗组男34例,女26例;年龄58~75岁,平均(64.8±4.1)岁;病程17~31天,平均(24.66±3.51)天;左侧偏瘫28例,右侧偏瘫32例;上肢Fugl-Meyer评分^[4](34.79±4.21)分,下肢Fugl-Meyer评分(21.01±3.43)分;巴塞尔(Barthel)指数^[5](55.41±6.49)分。对照组男31例,女29例;年龄55~73岁,平均(62.5±3.7)岁;病程18~33天,平均(23.46±3.17)天;左侧偏瘫27例,右侧偏瘫33例;上肢Fugl-Meyer评分(35.01±4.68)分,下肢Fugl-Meyer评分(20.97±3.03)分;Barthel指数(55.33±6.42)分。2组性别、年龄、病程及病情等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),2组具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[6]拟定标准,经头颅CT或MRI影像学检查确诊。

1.3 气虚血瘀证辨证标准 依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]拟定:半身不遂,口舌歪斜,舌强语謇或不语,偏身麻木或感觉减退或消失;气短乏力,面色晄白,自汗出。舌质暗淡、舌苔白膩或有齿痕,脉沉细。

1.4 纳入标准 ①符合上述诊断标准与气虚血瘀证辨证标准,为缺血性脑中风者;②年龄55~75岁;③近期末采用中药治疗者;④首次发病,病程在3月内者;⑤意识清楚、生命体征平稳者;⑥知情且签署同意书者。

1.5 排除标准 ①合并心、肝、肾等重要脏器功能不全者;②短暂性脑缺血发作者;③精神疾病或有精神疾病史者;④合并脑外伤等脑部其他疾病者;⑤依从性差者。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 参照《中国脑血管病防治指南》^[8]给予内科常规治疗,包括吸氧,控制体温、血压、血糖,改善脑血液循环以及神经保护等。

2.2 对照组 给予针刺疗法。取穴参照《22个专业95个病种中医临床路径》标准。头针选患侧人中、四神聪、百会、印堂,按常规头针刺法;体针选三阴交、内关、血海、足三里以及患侧的委中、极泉、尺泽,具体操作:直刺内关0.5~1寸,用捻转提插泻法1min;斜刺三阴交,进针1~1.5寸,应用提插补法;直刺委中、极泉、尺泽0.5~1.5寸,提插泻法;斜刺血海1寸,得气后行较强提插捻转手法1min;直刺足三里1.5寸,得气后行捻转补法1~2min。以上操作均一天1次,每次30min,每周3次。

2.3 治疗组 在对照组治疗基础上采用康复训练疗法。①电刺激治疗:使用抗痉挛治疗仪治疗,每天15min,每天1次。②手法康复:患者取仰卧位,取瘫侧上肢少海、曲池、内关及合谷穴,下肢取内外膝眼、照海、昆仑、涌泉及承山穴,医师一手与患者合谷穴相交叉,拇指指腹按压该穴,中指按压内关穴,另一手拇指按压曲池穴,中指按压少海穴,两手托住肘关节处托起上肢,手指同时按压各个穴位,依次使肩关节进行如下动作,包括外展、内收、内外旋、上举,肘关节屈伸,前臂旋前旋后,腕关节背伸、腕曲、内外旋,指关节屈伸、内收、外展、拔伸;医师一手拇指、示指分别捏压瘫痪下肢的内外膝眼穴,另一手中指按压照海穴,拇指按压昆仑穴,双手托起瘫痪下肢,使髋关节内收、外展、内外旋,指压内外膝眼的手改为握住患侧小腿,同时中指捏压承山穴,双手使患者下肢屈膝、屈髋。上述每个动作重复10遍。

2组疗程均为4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①神经功能缺损程度(MESSS)评分^[9]标准:分值范围为0~45分,轻型为0~15分,中型为16~30分,重型为31~45分,分值越高,表明损伤越严重。分别于治疗前及治疗后2周、4周评价。②平衡能力评分:参照博格(Berg)平衡量表(BBS)^[9],评价指标包括站起、坐下、闭眼站立、独立站立、转身1周、上臂前伸、双足交替踏台阶、

单腿站立等 14 个，每个指标最低得分为 0 分，最高得分为 4 分，得分越高，提示平衡功能越好。治疗前后各评价 1 次。③日常生活活动(ADL)评分：参照 Barthel 指数记分法，治疗前后各评价 1 次。总分为 0~100 分，得分越高表示生活能力越好。④Brunnstrom 分期共分为 ~ 阶段^[6]，治疗前后各评价 1 次。

3.2 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计软件包进行分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，比较采用 *t* 检验；计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)》^[9]拟定：①显效：Brunnstrom 分期提高至 阶段或 阶段以上，生活基本自理。②有效：Brunnstrom 分期提高 2 级，生活不能完全自理。③无效：临床症状无改变，Brunnstrom 分期仍为 阶段。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

4.2 2组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组为 91.67%，对照组为 76.67%，治疗组疗效优于对照组($\chi^2=5.703, P<0.05$)。

表 1 2组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	60	30	25	5	91.67 ^①
对照组	60	17	29	14	76.67

与对照组比较，①P<0.05

4.3 2组治疗前后 MESSS 评分比较 见表 2。治疗 2 周和 4 周，2 组 MESSS 评分均较治疗前下降(P<0.01)；治疗组 2 个时间点的 MESSS 评分均低于对照组同期，差异均有统计学意义(P<0.01)。

表 2 2组治疗前后 MESSS 评分比较($\bar{x} \pm s, n=60$)

组别	治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周
治疗组	23.57± 2.63	13.17± 1.28 ^{①③}	5.14± 0.59 ^{②③}
对照组	23.26± 2.51	16.07± 1.62 ^①	12.44± 1.33 ^①

与本组治疗前比较，①P<0.01；与对照组治疗后同期比较，②P<0.01

4.4 2组治疗前后 Barthel 指数和 BBS 评分比较 见表 3。治疗后，2 组 Barthel 指数和 BBS 评分均较治疗前升高(P<0.01)；治疗组 Barthel 指数和 BBS 评分均高于对照组，差异均有统计学意义(P<0.01)。

表 3 2组治疗前后 Barthel 指数和 BBS 评分比较($\bar{x} \pm s, n=60$)

组别	时间	Barthel 指数	BBS 评分
对照组	治疗前	55.33± 6.42	12.77± 2.15
	治疗后	69.02± 14.51 ^①	43.26± 4.91 ^①
治疗组	治疗前	55.41± 6.49	12.86± 2.03
	治疗后	79.44± 15.49 ^{①②}	51.95± 5.88 ^{①②}

与本组治疗前比较，①P<0.01；与对照组治疗后比较，②P<0.01

5 讨论

缺血性脑卒中在中医学归属中风范畴，其基本病机为气血逆乱，直冲脑络，导致脑脉痹阻。《素问·调经论》曰：“血之与气，并走于上，则为大厥，厥则暴死。”《医林改错》记载：“元气即虚，不能达于血管，血管无气，必停留而瘀。”因此，气虚和血瘀贯穿该病的整个病程，临床治疗当以益气、活血、通络为治则。

针刺疗法对缺血性脑卒中恢复期偏瘫的改善优势明显，本研究采取头针和体针联合疗法进行干预；中医学认为“头为诸阳之会”，头针疗法可激发相应大脑皮层的神经功能，起到恢复患侧肢体的运动等功能^[9]；体针取穴以“治痿独取阳明”为治则，以针刺阳明经穴为主^[10]，阳明经“主润宗筋”。本研究对对照组患者施与以上针刺疗法，结果显示，该疗法对患者的神经功能缺损和偏瘫的改善有一定积极作用。

康复训练能够促进大脑侧枝循环的建立，促进病灶周围或健侧脑组织细胞代偿或重组，改善卒中患者偏瘫肢体的运动功能，从而极大地发挥脑的可塑性。在本研究中，综合康复训练疗法包括电刺激和手法康复治疗，其中手法康复干预已以适当的手法刺激人体特定穴位，依据中医学泻实补虚原则，沿经络循行路线及气血运行方向，以柔和之力按摩穴位并牵引关节，通过经络的传导和输布作用，达到疏通气血、调和经脉、滑利关节的效果^[11]，进而改善局部血液循环以及营养状态，防止肌肉萎缩、肌腱韧带粘连、挛缩，最后改善瘫痪上下肢的生理功能。

本研究结果显示，治疗 2 周和 4 周，治疗组的 MESSS 评分均低于对照组(P<0.01)；治疗组 Barthel 指数和 BBS 评分均高于对照组(P<0.01)；治疗组总有效率高于对照组(P<0.05)。提示了针刺联合康复训练治疗中风恢复期偏瘫气虚血瘀证患者发挥了良好治疗效果，值得临床使用。

[参考文献]

- [1] 马洪明, 马大勇. 中医药辨证适时干预治疗中风后病病的体会[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(7): 1053- 1055.
- [2] 商敏, 王玉凤, 杨凤梅, 等. 系统康复治疗对脑卒中恢复期患者认知功能、运动功能及生活质量的影响[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(23): 6551- 6553.
- [3] 郝跟龙. 针刺治疗脑卒中研究进展[J]. 中医药临床杂志, 2014, 26(2): 204- 206.
- [4] 缪鸿石. 康复医学理论与实践[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000: 336.
- [5] 中华神经科学会. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381- 383.
- [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] 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.
- [8] 中华医学会神经病学分会. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 61- 63.
- [9] 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功能及日常生活能力的影响[J]. 中国康复, 2015, 30(2): 120- 121.
- [10] 张洪清, 鄢燕, 李艳华. 针刺阳明经治疗脑外伤偏瘫[J]. 湖南中医药大学学报, 2010, 30(8): 54- 55.
- [11] 王芳, 游进慧, 徐静静, 等. 手法按摩结合康复护理对脑卒中恢复期患者的影响[J]. 中国康复, 2010, 25(6): 481- 482.

(责任编辑: 吴凌)

丹红注射液辅助治疗急性脑梗死临床观察

吴乐程, 鲍德国

浙江绿城心血管病医院内科, 浙江 杭州 310012

[摘要] 目的: 观察丹红注射液辅助治疗急性脑梗死的临床疗效。方法: 回顾性分析 98 例急性脑梗死患者的临床治疗资料, 西医组 49 例采用前列地尔注射液、依达拉奉注射液、阿司匹林肠溶片治疗; 中西医结合组 49 例在西医组用药基础上加丹红注射液。于治疗前、疗程结束后 1 天分别评价 2 组患者的神经功能缺损程度、日常生活自理能力及血浆同型半胱氨酸 (Hey) 变化情况; 统计 2 组的临床疗效及不良反应情况。结果: 总有效率中西医结合组 91.8%, 高于西医组的总有效率 (69.4%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前, 2 组神经功能缺损程度 (NIHSS) 评分、Barthel 指数与 Hey 水平比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 2 组 NIHSS 评分、Barthel 指数与 Hey 水平均较治疗前改善 ($P < 0.05$), 中西医结合组各指标改善程度均较西医组显著 ($P < 0.05$)。治疗期间 2 组患者均未见明显不良反应。结论: 丹红注射液辅助治疗急性脑梗死疗效显著且安全性好。

[关键词] 急性脑梗死; 丹红注射液; 神经功能; 日常生活自理能力; 血浆半胱氨酸 (Hey)

[中图分类号] R743.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 04-0020-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.04.007

脑梗死主要是指患者因各种原因所致其脑部血液供应障碍而引起脑组织缺血、缺氧性坏死, 最终致患者发生相应神经功能缺损。该疾病发病急且重, 患者病情变化多, 因此存在较高死亡率及致残率。脑卒中发病原因及机制较为复杂, 现代医学主要采取抗血小

板聚集、溶栓及脑细胞保护等治疗, 除溶栓治疗外, 其余治疗效果并不理想。临床应用西医常规治疗联合丹红注射液有助于脑组织梗死区等恢复, 减少对神经细胞的损害, 有利于神经功能恢复, 加速患者康复^[1]。本研究观察加用丹红注射液辅助治疗急性脑梗死的疗

[收稿日期] 2015-12-21

[作者简介] 吴乐程 (1980-), 男, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 内科疾病。