

针刺结合康复按摩治疗缺血性中风疗效观察

牛彦红, 李巧林

张掖市人民医院中医科, 甘肃 张掖 734000

[摘要] 目的: 观察针刺结合康复按摩及西药常规治疗缺血性中风(恢复期)的临床疗效。方法: 将380例患者随机分为2组, 对照组165例给予常规西药治疗(抗血小板、营养神经、改善脑循环), 治疗组215例在西药常规治疗基础上给予针刺加康复按摩治疗。观察2组治疗3疗程后临床疗效。结果: 总有效率治疗组96.3%, 对照组91.0%。2组临床疗效比较, 经Ridit分析, 差异有显著性意义($P < 0.05$), 提示治疗组疗效优于对照组。结论: 在西药常规治疗基础上加用针灸及康复按摩治疗缺血性中风优于单纯常规西药治疗。

[关键词] 缺血性中风; 中西医结合疗法; 针刺; 康复按摩

[中图分类号] R743.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2014)03-0165-02

中风, 属脑血管科的常见病和多发病, 具有较高的致残率和病死率, 是危害人体健康的严重疾病之一。发病后约有60%~80%患者遗留有不同程度的肢体运动功能障碍, 给患者及家属造成生活及经济上的负担。因起病急骤, 变化迅速, 与“风性善行数变”的特性相似, 故以“中风”名之, 是针灸及康复治疗有效的病种之一。近年来, 本科室采用此法治疗缺血性中风取得了满意疗效, 并设对照组进行疗效观察, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 西医诊断参照《神经内科疾病诊疗指南》^[1]动脉粥样硬化性血栓性脑梗死的诊断标准, 所有病例均经CT或MRI确诊, 病程属于恢复期(2周~6月)。中医诊断参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[2]。

1.2 纳入标准 ①年龄<80岁; ②符合诊断标准; ③生命体征平稳; ④有明显肢体、语言功能障碍或口角歪斜等症状; ⑤发病2周病情稳定后。

1.3 排除标准 ①年龄>80岁; ②严重糖尿病、高血压; ③有严重心、肝、肾功能不全者; ④精神病患者及痴呆者。

1.4 一般资料 观察病例为2009年9月~2013年

5月本院诊治的缺血性中风患者, 共380例, 其中左侧瘫221例, 右侧瘫159例; 伴面瘫90例, 伴语言不利102例。将患者随机分为2组, 治疗组215例, 男105例, 女110例; 平均年龄(45±17)岁; 病程18天~5.5月。对照组165例, 男87例, 女78例; 平均年龄(44±21)岁; 病程16天~6月。2组年龄、病程经统计学处理, 差异均无显著性意义($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 对照组 常规西药治疗(抗血小板、营养神经、改善脑循环): 拜阿司匹林片, 每次100mg, 每天1次, 口服; 尼莫地平片, 每次20mg, 每天3次, 口服; 脑复康0.8g, 每天3次, 口服。

2.2 治疗组 在常规西药治疗的基础上给予针刺加康复按摩治疗。(1)针刺: 选穴: 顶颞前斜线、顶颞后斜线, 语言不利加颞前线, 平衡障碍加枕下旁线。体针: 根据循经取穴取患侧曲池、外关、合谷、风市、血海、阳陵泉、足三里、解溪、昆仑, 若语言不利加取廉泉, 口眼歪斜取太阳、迎香、地仓、颊车。操作方法: 将患者置于康复体位, 也就是肩关节外展外旋和髋关节内收内旋之体位, 指关节半屈位。先针头针, 以较快频率捻转得气后留针30min, 中间行针1次; 再针肢体经穴, 用LSDI-2型电子诊疗仪电

[收稿日期] 2013-09-06

[作者简介] 牛彦红(1968-), 女, 主任医师, 主要从事中医临床工作。

针夹连接部分穴位,选择断续波,频率 15~20 Hz,电流强度 5 mA,以患者耐受为度,每天治疗 7 次为 1 疗程,治疗 3 疗程后进行疗效统计。(2)按摩治疗:取穴:华佗夹脊穴、患侧尺泽、曲池、手三里、合谷、天宗、肝俞、膈俞、肾俞、环跳、阳陵泉、委中、承山、风市、内外膝眼、解溪。手法:按、揉、推、擦、摇、拿及捏脊。具体操作:患者取俯卧位先用捏脊法施于背部脊柱两侧华佗夹脊穴,自下而上 3 次,再按重点穴位天宗、肝俞、胆俞、膈俞、肾俞;再在脊柱两侧和下肢部用擦法治疗,以脊柱两侧、髋关节、膝关节、承山和跟腱部为重点治疗部位;最后用推法施于患侧下肢。患者取仰卧位,先用擦法、拿法治疗上肢,按揉尺泽、曲池、手三里、合谷。弹拨上肢各肌群。配合患肢外展和肘关节、腕关节及指间关节伸屈的被动活动。再用擦法、拿法治疗下肢,按揉风市、内外膝眼、阴陵泉、解溪,弹拨下肢各肌群,同时配合髋关节、膝关节、踝关节的被动伸屈活动和整个下肢内旋动作,最后用推法施于患侧下肢。每天 1 次,治疗 7 次为 1 疗程,治疗 3 疗程后进行疗效评定。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[3]、《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)》^[4]包括:神经功能缺损评分的减少(功能改善);患者总的生活能力状态(评定时期的病残程度)。

3.2 统计学方法 使用 SPSS13.0 软件分析,等级资料采用 Ridit 分析。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照 1995 年全国第四届脑血管病会议制定的脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准^[3],采用美国国立卫生院神经功能缺损评分(NIHSS)^[4]评价(治疗后与治疗前比较)。基本痊愈:减少 91%~100%。显著进步:减少 46%~90%。进步:减少 18%~45%。无变化:减少 17% 以下或增加 18% 以下。恶化:增加 18% 以上。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组 96.3%,对照组 91.0%。2 组临床疗效经 Ridit 分析,治疗组总体 R 值 95% 的可信区间为 0.456 2~0.535 0,对照组总体 R 值 95% 的可信区间为 0.537 9~0.627 7,2 组的可信区间无重叠,认为差异有统计学意义,R 值较大者疗效差,故而治疗组疗效优于对照组。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化	总有效率(%)
治疗组	215	79	56	72	8	0	96.3
对照组	165	42	38	70	15	0	91.0

5 讨论

中医学理论认为脑为髓海,元神之府,是脏腑经络功能活动的主宰,与人体内脏腑器官的功能有密切的关系,也是调节全身气血的重要部位,这是头针治疗疾病的理论依据。顶颞前斜线、顶颞后斜线分别治疗对侧肢体的瘫痪及感觉障碍。头针与体针相结合,以达到调神通络的治疗作用。调神能使神机运转,从而使人体脏腑经络等形体功能有所主宰;通络则在调神的基础上疏通脑络及肢体经络系统,使经脉气血运行通畅,促进疾病的好转。随着康复医学理论不断完善,针刺及康复结合治疗脑卒中取得了良好的疗效,亦体现了中医整体观。两者结合,最大限度调动整体与局部治疗作用的协调,从而达到更好地治疗疾病的目的。

针刺过程中的体位问题。这种良姿位是指对抗上肢屈肌与下肢伸肌出现痉挛模式的体位。在良姿位进行针刺,不仅能够促进患肢肌力与肌张力之提高,而且又能抑制出现相应的痉挛模式,从而促使分离运动能够早日出现,这对患者肢体功能的恢复具有非常重要的影响。经过研究发现,良姿位和平常体位的针刺比较起来,前者要明显优于后者。针灸医师可加强现代康复知识的学习,借鉴脑卒中康复评定、康复分期和障碍分析,针对具体问题实施辨证施针,将极大提高针刺治疗的临床疗效。

[参考文献]

- [1] 方思羽,张苏明. 神经内科疾病诊疗指南[M]. 北京:科学出版社,2005:366-367.
- [2] 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(1):55-56.
- [3] 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.
- [4] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中国实用内科杂志,1997,17(5):313-315.

(责任编辑:刘淑婷)