

的传导时间,反映了该段的病变。本研究在内服活血化痰、改善血流变的蒲参胶囊基础上,配合壮医针刺疗法,结果显示,治疗组在改善 BAEP 各波 PL、IPL 及临床疗效方面优于对照组。笔者考虑这与壮医选穴针刺对神经、免疫等多系统复杂的调整效应有密切关系。壮医疗法素有简、验、效、廉的优点,壮医针刺是简单易行的物理刺激临床疗法,针药合用,疗效肯定,值得推广。

[参考文献]

- [1] 张国华,赵健雄,李妍怡,等. 定眩合剂对椎基底动脉供应血不足兔脑去甲肾上腺素、5-羟色胺含量及血液流变学的影响[J]. 时珍国医国药, 2009, 20(10): 2432-2434.
- [2] 中国后循环缺血专家共识组. 中国后循环缺血的专家共识[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(9): 786-787.
- [3] 周路,胡玉英. 天麻醒脑胶囊治疗后循环缺血性眩晕 55 例[J]. 陕西中医, 2012, 33(10): 1289-1290.
- [4] 王维治. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002: 127.
- [5] 黄瑾明,宋宁,黄凯. 中国壮医针灸学[M]. 南宁:广西民族出版社, 2010: 194.
- [6] 王东岩. 针灸治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕的临床观察[J]. 四川中医, 2008, 26(9): 115-116.
- [7] 周路,周卫惠. 蒲参胶囊治疗糖尿病周围神经病变 38 例临床观察[J]. 临床荟萃, 2013, 28(4): 400-402.
- [8] 白宝华,鲁伟丽. 针刺“颈七针”配合疏血通注射液治疗椎动脉型颈椎病临床观察 126 例[J]. 时珍国医国药, 2012, 23(7): 1828.

(责任编辑:刘淑婷)

针灸手法联合康复训练治疗缺血性中风偏瘫疗效观察

何民鹏

乐昌市中医院康复科,广东 乐昌 512200

[摘要] 目的:观察多种针灸手法联合康复训练治疗缺血性中风偏瘫的临床疗效。方法:将 80 例缺血性中风偏瘫患者按照随机数字表法分为 2 组各 40 例,观察组接受多种针灸手法(头部电针、体针、梅花针)治疗;对照组接受常规的针刺治疗;2 组均进行康复训练治疗。2 组治疗 70 天。观察临床疗效。结果:总有效率观察组 90.0%,对照组 70.0%;2 组比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。结论:多种针灸手法联合康复训练治疗缺血性中风偏瘫,疗效较好。

[关键词] 中风偏瘫;针灸;康复训练;疗效

[中图分类号] R743.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 04-0183-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.04.074

Clinical Effect of Multiple Acupuncture Techniques Combined with Rehabilitation Training for Ischemic Stroke Hemiplegia

HE Minpeng

Abstract: Objective: To explore the clinical efficacy of multiple acupuncture techniques combined with rehabilitation training for the treatment of ischemic stroke hemiplegia. Methods: Eighty patients with hemiplegia induced by ischemic stroke were divided into observation group and control group according to random number table, 40 cases in each group. The observation group received a variety of acupuncture

[收稿日期] 2013-11-30

[作者简介] 何民鹏(1976-),男,主治医师,主要从事中医康复治疗工作。

techniques, including scalp electro-acupuncture, body acupuncture, plum blossom needling. The control group was given conventional acupuncture. Both groups received rehabilitation training. The treatment last for 70 days, and then the clinical effect was observed. Results: The total effective rate was 90.0% in the observation group, and was 70.0% in the control group, the difference being significant ($P < 0.05$). Conclusion: Multiple acupuncture techniques combined with rehabilitation training is effective for the treatment of ischemic stroke hemiplegia.

Keywords: Ischemic stroke hemiplegia; Acupuncture; Rehabilitation training; Clinical efficacy

中风偏瘫是常见的中老年疾病,近年来发病率具有上升趋势,同时具有较高的复发率、死亡率和致残率^[1]。本病主要表现为猝然晕倒、口角歪斜、语言不利,而偏瘫是较为常见的症状。中风偏瘫会造成患者生活不能自理,给家庭和社会带来一定的困扰。因此寻找有效治疗中风偏瘫的方法具有重要的临床意义。笔者采用多种针灸疗法联合康复训练治疗中风偏瘫取得较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入 2012 年 4 月~2013 年 3 月本院收治的缺血性中风偏瘫患者 80 例,按照随机数字表法分为 2 组各 40 例。观察组男 23 例,女 17 例;年龄 45~77 岁,平均(65±4.5)岁;病程 4 天~3 月,平均(10±2.1)天;治疗前积分(15.21±3.54)分。对照组男 18 例,女 22 例;年龄 46~78 岁,平均(65±5.5)岁;病程 3 天~2 月,平均(11±2.3)天;治疗前积分(14.96±4.12)分。2 组性别、年龄、病程经统计学处理,差异均无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 病例选择 经过临床诊断、CT 检查,符合第四届全国脑血管病学术会议制定的《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)》^[2]有关缺血性中风偏瘫的诊断标准。依照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[3],主症表现为偏瘫、口眼歪斜、神志昏迷、言语不利;次症表现为头疼、眩晕、瞳神变化、饮水呛咳、共济失调,具备 2 个以上的主症或 2 个次症,或 1 个主症、1 个次症,再结合患者发病诱因、先兆症状、年龄基本可确诊。不满足上述条件,依据影像检查结果亦可确诊。排除精神病史、严重糖尿病、失语症、视野缺损、失认症、失用症和严重心、脑、肾并发症的患者。本次试验经过本院医务科批准。观察

的患者均意识清醒,生命体征平稳,患者知情同意。

2 治疗方法

2.1 头部电针 选取百会穴和健侧头部的运动区、感觉区、平衡区。用一次性毫针沿头皮 30°角斜刺头部穴位,针尖到帽状腱膜下层,阻力减少时,让针与头皮平行,刺入 1 寸左右。运针得气后用电针治疗仪通电 30 min,频率为 150 次/min。下肢瘫痪选取对侧运动区上 1/5,上肢瘫痪选取对侧运动区中 2/5;面瘫选取对侧运动区下 2/5。采用青岛鑫升 G6805-1 电针治疗仪,时间 30 min。根据患者实际情况可调整时间的长短,每天 1 次,15 次为 1 疗程,每疗程间隔 5 天,治疗 3 疗程。

2.2 体针 主穴选取人中、内关、三阴交。上肢偏瘫加肩井、天宗、合谷、曲池、手三里等;下肢瘫痪加伏兔、环跳、足三里、承山、阳陵泉等。常规消毒。采用提插捻转结合的泻法。针刺以酸麻胀为度,留针 30 min,每天 1 次,20 天为 1 疗程,每疗程间隔 5 天,治疗 3 疗程。

2.3 梅花针刺 选取华佗夹脊穴施针,上肢有麻木紧缩感的刺激 T₁₋₅ 的夹脊穴,下肢有麻木紧缩感的刺激 T_{6-L₃} 的夹脊穴治疗。运用梅花针强刺激出血。每 3 天 1 次,4 次为 1 疗程,每疗程间隔 5 天,治疗 3 疗程。

观察组接受头部电针、体针、梅花针治疗;对照组接受普通针刺治疗,取穴以及疗程同体针。2 组均接受康复训练,具体方案依照人民卫生出版社卫生部规定的教材《康复医学》,鼓励患者积极参与训练,主动积极地完成运动内容。让患者仰卧,运用按、压、擦法,按摩偏瘫肢体,促使皮肤发热,促进血液循环,放松关节和肌肉,使其痉挛得到缓解。训练患者独立坐起,先安排人协助侧卧坐起,逐渐训练到患

者独立坐起。接着进行坐位平衡, 站位平衡, 步行训练, 上肢控制能力训练。训练时对患者进行鼓励, 让健手协助带动瘫痪肢体进行日常的生活运动。

3 统计学方法

运用 SPSS16.0 软件对数据进行处理和分析, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 以国家卫生部制定的《中药新药临床研究指导原则》中有关中风治疗疗效评价标准为依据, 采用尼莫地平计算法对患者治疗前后神志语言肢体运动情况进行评定。功能缺损得分减少率 = (治疗前得分 - 治疗后得分) / 治疗前得分 $\times 100\%$ 。痊愈: 相比治疗前, 功能缺损评分治疗后减少 $\geq 85\%$; 显效: $50\% \leq$ 功能缺损评分治疗后减少 $< 85\%$; 进步: 经过治疗后, $20\% \leq$ 功能缺损评分减少 $< 50\%$; 无效: 经过治疗后, 功能缺损评分减少 $< 20\%$ 。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率观察组 90.0%, 对照组 70.0%; 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。

组别	n	例(%)				总有效率(%)
		痊愈	显效	进步	无效	
观察组	40	16(40.0)	12(30.0)	8(20.0)	4(10.0)	90.0 ^①
对照组	40	9(22.5)	11(27.5)	8(20.0)	12(30.0)	70.0

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

中医学认为, 中风是由阴阳失调, 气血逆乱犯脑所引起。随着人民生活水平的日益提高, 高血压病、高血脂和糖尿病具有较高发生率, 中风的发病率也有所上升。中风的发病人群也日益年轻化。中风可以分为缺血性中风和出血性中风, 缺血性中风是指由脑梗死引起的偏瘫和意识障碍, 偏瘫患者的临床症状表现为肢体麻木, 对冷热、疼痛没有感觉。中风具有较高的致残率, 对患者的生活和心理产生严重的影响, 目前国际尚无治疗中风的特效药物和方法。针灸是中医传统疗法之一, 根据辨证论治, 选取穴位, 以疏通经络、调和阴阳、扶正驱邪。中医针灸疗法在治疗中风偏瘫上具有较丰富的临床经验^[4]。现代医学认为, 中风早期阶段脑细胞活性处于可逆状态, 通过针灸刺激头部穴位, 促进血管扩张, 改善血液循环, 有利于脑

部组织功能的恢复。体针是指用针刺身体经脉的针刺疗法。实证一般都采用泻法, 虚证一般都采用补法^[5]。梅花针是我国古代“浮刺、半刺等针法的发展”, 因其针柄一端有 5 枚小针, 宛如梅花, 因此得名。梅花针是集合多根短针浅刺人体穴位的疗法。魏淑萱^[6]采用头针、体针和梅花针治疗中风偏瘫取得较好的疗效。对于缺血性中风患者应及时采用针灸治疗。早期治疗可以有效减轻脑细胞的损害, 降低致残程度, 改善临床症状。接受针灸治疗时间越早, 越有利于有效改善中风偏瘫的临床症状。康复训练是康复医学的重要方式, 它指通过规范的训练使得患者的肢体功能恢复正常, 促进患者心理和生理的恢复。康复训练通过训练产生由意志控制的运动, 降低神经传导中的阻力, 建立一条新的神经通路, 促进患者运动功能的恢复^[7~9]。本研究采用多种针灸疗法联合康复训练治疗缺血性中风偏瘫疗效确切, 观察组总有效率优于对照组 ($P < 0.05$)。

[参考文献]

- [1] 付春爱, 李子富, 高燕, 等. 针刺配合康复技术治疗中风偏瘫 120 例[J]. 陕西中医, 2008, 29(10): 1371-1372.
- [2] 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.
- [3] 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.
- [4] 梁永琪, 徐平. 针灸治疗中风偏瘫选穴规律研究[J]. 上海针灸杂志, 2007, 26(10): 28-30.
- [5] 宣益民, 赵媛. 浅刺法治疗急性缺血性中风偏瘫疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2009, 28(9): 507-509.
- [6] 魏淑萱. 多种针灸手法联合治疗中风偏瘫 30 例疗效观察[J]. 甘肃中医学院学报, 2011, 28(6): 52-54.
- [7] 朱娟妮. 针灸联合康复治疗脑卒中后吞咽困难的临床疗效[J]. 中国医药科学, 2012, 2(12): 80, 116.
- [8] 张丽霞, 孟殿怀, 沈光宇. 康复训练及针灸对偏瘫早期患者下肢运动功能恢复的作用[J]. 中国康复医学杂志, 2012, 25(12): 1179-1181.
- [9] 周昭辉, 庄礼兴, 徐展琼, 等. 靳三针配合康复训练治疗缺血性中风偏瘫疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2011, 30(4): 214-216.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)