

- 79- 80.
- [3] 韦英光. 早期应用亚低温联合纳洛酮治疗重型颅脑损伤的疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2013, 16(16): 79- 80.
- [4] 汪更胜, 朱新林. 环孢素 A 联合纳洛酮治疗重型颅脑损伤的临床研究[J]. 中国现代手术学杂志, 2012, 16(1): 61- 62.
- [5] 张侃, 王洪新, 闫玉仙, 等. 长春西汀对大鼠脑缺血再灌注损伤炎症反应机制的影响[J]. 中国神经免疫学和神经病学杂志, 2012, 19(6): 444- 448.
- [6] 胡炜娜, 刘诗翔. 长春西汀葡萄糖注射液治疗急性脑梗死临床效果观察[J]. 医学综述, 2015, 21(24): 4602- 4604.
- [7] 张静莎, 郭义, 耿连岐. 近 5 年中药治疗重型颅脑创伤的研究进展[J]. 世界中医药, 2015, 10(9): 1444- 1447, 1452.
- [8] 李展, 黄李平. 活血化瘀法在颅脑外伤应用中研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(8): 102- 105.
- (责任编辑: 吴凌)

针灸配合康复训练治疗中风后运动障碍临床观察

赵爱良¹, 任瑞珍²

1. 临洮县中医院针灸理疗科, 甘肃 临洮 730500; 2. 临洮县职业技术教育中心, 甘肃 临洮 730500

[摘要] 目的: 观察针灸配合康复训练治疗中风后运动障碍的临床效果。方法: 将 126 例中风后运动功能障碍患者按数字表法随机分为 2 组。对照组 61 例患者单纯采用常规针灸进行治疗, 而治疗组 65 例患者则在对照组针灸治疗的基础上配合康复训练进行治疗, 观察 2 组患者治疗前后生活活动能力、生活质量以及中医证候积分情况, 比较两种方法对中风后运动功能障碍的治疗效果。结果: 治疗前 2 组患者生活活动能力、生活质量以及中医证候积分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 而治疗后 2 组患者的生活活动能力和生活质量评分均上升, 而中医证候积分下降, 均以治疗组的上升或下降幅度更明显; 治疗组对运动协调能力治疗的总有效率 89.23% (58/65), 而对平衡功能治疗的总有效率 95.38% (62/65), 均高于对照组 77.05% (47/61)、40.98% (25/61), 2 组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 针灸配合康复训练对中风后运动障碍的治疗效果良好, 尤其在平衡功能障碍的治疗疗效上, 较单纯的针灸疗法更具有优势, 值得在临床上推广使用。

[关键词] 中风; 运动障碍; 针灸; 康复训练; 生活活动能力; 生活质量评分; 运动协调能力; 平衡功能

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 06-0029-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.013

中风又称脑卒中, 具有发病急、病情重、预后慢等特点, 是一种常见的脑血管疾病。据统计数据研究表示^[1], 我国每年发生中风的患者高达 200 万之多, 虽然随着医疗卫生水平的提高, 其急性期的死亡率明显下降, 但仍会发生不同程度的中风后遗症, 致残率仍高达 80% 以上, 其中以各种功能障碍, 尤其是运动功能障碍最为常见, 严重影响患者的日常生活活动以及生活质量, 给患者及其家庭带来了沉重的负担^[2]。因此, 如何合理地治疗中风后运动障碍, 提高患者的生活能力和质量, 是目前临床上亟待解决的问题。临床上常以针灸疗法治疗

本病, 结合具体病情、经络穴位的功能、特性及针灸特点, 进行穴位、刺灸配伍的治疗, 具有一定治疗效果, 但有研究表明, 其对平衡功能障碍的治疗效果较差^[3]。本研究将对针灸配合康复训练治疗中风后运动障碍的临床效果进行探讨分析, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 所有病例均经头颅 CT 及 MRI 先后确诊为中风后遗症患者, 符合我国心脑血管会议中确认的脑卒中诊断标准^[4]。

[收稿日期] 2016-01-10

[作者简介] 赵爱良 (1971-), 男, 副主任医师, 主要从事中医针灸临床工作。

1.2 排除标准 患有其他严重心、肝、肾疾病以及不配合治疗的患者。

1.3 纳入标准 符合诊断标准,不属于排除标准,均于试验前在医师的告知下自愿签署知情同意书。

1.4 一般资料 观察病例为临洮县中医院 2010 年 10 月—2014 年 10 月收治的中风后运动功能障碍患者,共 126 例。治疗组男 40 例,女 25 例;年龄 43~87 岁,平均(58.97±8.27)岁;病程 5 天~1 年,平均(2.63±0.56)月;右侧肢体偏瘫 30 例,左侧肢体偏瘫 28 例,双侧偏瘫 7 例;文化程度为高中及以上者 51 例,高中以下者 14 例。对照组男 38 例,女 23 例;年龄 42~88 岁,平均(59.13±8.04)岁,病程 7 天~1 年,平均(2.59±0.41)月;右侧肢体偏瘫 29 例,左侧肢体偏瘫 26 例,双侧偏瘫 6 例;文化程度为高中及以上者 49 例,高中以下者 12 例。2 组患者性别、年龄、病程以及疾病情况等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2 组患者均给予常规西药治疗,如促进脑组织功能恢复药物、营养神经细胞药物等。

2.1 对照组 待患者生命体征稳定后,单纯采用常规针灸进行治疗,采用头针和体针配合取穴^[6],头针取百会、颞三针穴位,快速捻转针法 1 min,留针 30 min,而体针则取肩前、曲池、合谷、外关、足三里、悬钟、太冲等穴位,取穴的不同应根据患者的具体病情决定,弛缓型瘫痪患者应以补法为主,而痉挛型瘫痪患者应以泻法为主,得气后留针 30 min。同时使用上海产 G6805 型电针仪进行连续波刺激(1~4 Hz),注意不能超过患者的耐受程度,避免肌肉出现过强收缩。

2.2 治疗组 在对照组针灸治疗方案的基础上配合康复训练进行治疗^[6],关节被动运动以偏瘫侧肩、腕、髋、踝关节为主,每天坚持进行全范围关节运动,合适者还可适当进行助力运动,每次 20~30 min,每天 2~4 次。并且,还需要在患者家属辅助下完成日常自理能力训练,如翻身及坐立训练等。另外,平衡功能训练(坐位、立位)等需要在医师指导下由患者家属配合完成,每次 20~30 min,每天 2~4 次。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 2 组患者均以 1 月为 1 疗程,治疗 2 疗程后,观察 2 组患者治疗前后生活活动能力、生活质量以及中医证候积分情况,比较 2 种方法对运动功能障碍的治疗效果。

3.2 统计学方法 采用 SPSS15.0 软件进行统计分析,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,而计数资料以百分比表示,采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献[7],采用改良 Barthel 指数计分法评定患者的生活活动能力,同时采用生活质量综合问卷(GQOLI-74)评定患者的生活质量情况,分值越高,效果越好;

而中医证候积分按照症状无、轻、中、重程度分别计 0、2、4、6 分,按症状总分进行比较。①对于运动协调能力的治疗效果评价^[8],显效:患者 Brunstrom 评价提高 2 个级别以上;有效:患者 Brunstrom 评价提高 1~2 个级别;无效:患者的运动协调能力无明显改善甚至有所加剧。②对于平衡功能的治疗效果评价,显效:患者能保持独立坐位、站立位平衡 10 min 以上,并且能抵抗一定外力导致的失平衡状态;有效:患者能保持独立坐位、站立位平衡 5~10 min;无效:患者保持独立坐位、站立位平衡存在困难。

4.2 2 组治疗前后生活活动能力及生活质量评分比较 见表 1。治疗前,2 组患者生活活动能力及生活质量评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗后,2 组生活活动能力及生活质量评分均上升,并以治疗组上升幅度更高,2 组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组治疗前后生活活动能力及生活质量评分比较($\bar{x}\pm s$)分

组别	n	生活活动能力		生活质量	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	65	51.19±12.32	92.18±7.27 ^①	60.21±13.54	96.17±3.62 ^①
对照组	61	51.22±11.87	84.76±7.95 ^①	61.38±15.26	80.89±6.55 ^①
t 值		0.256	7.679	1.528	8.716
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

与本组治疗前比较,① $P<0.05$

4.3 2 组治疗前后中医证候积分比较 见表 2。治疗前,2 组患者中医证候积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);而治疗后,2 组中医证候积分均下降,并以治疗组下降幅度更高,2 组治疗前后比较,组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$)分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	65	11.28±3.07	2.02±0.18 ^①
对照组	61	11.93±3.71	6.91±1.15 ^①
t 值		1.384	9.085
P		>0.05	<0.05

与本组治疗前比较,① $P<0.05$

4.4 2 组运动协调能力疗效比较 见表 3。总有效率治疗组 89.23%,高于对照组 77.05%,2 组比较,经 χ^2 检验,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表3 2组运动协调能力疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	65	45	13	7	89.23 ^①
对照组	61	17	30	14	77.05

与对照组比较,① $P<0.05$

4.5 2 组平衡功能疗效比较 见表 4。总有效率治疗组

95.38%，高于对照组 40.98%，2 组比较，经 χ^2 检验， $\chi^2=15.27$ ，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表4 2组平衡功能疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	65	51	11	3	95.38 ^①
对照组	61	4	21	36	40.98

与对照组比较，^① $P<0.05$

5 讨论

中风后遗症是指在中风发病一年后，还存在半身不遂或者语言障碍或口眼歪斜等症状。中风后遗症让患者受尽苦痛，还有可能威胁到患者的生命，在对中风后遗症患者运动功能障碍的康复治疗中，传统的理念和方法偏重于恢复患者的肌力(针灸治疗)，忽视对患者关节活动度、肌张力及拮抗之间协调性的康复治疗，即使患者肌力恢复正常，也可能遗留异常运动模式，从而妨碍日常生活和活动能力。

目前，临床上普遍认为，中风后运动功能障碍主要是由于中枢神经损伤后对下运动神经元的控制能力有所下降，导致机体出现肌肉痉挛、运动协调能力下降以及平衡功能缺失等。相关研究表明，脑中风引发肢体运动障碍的患者经过正规的康复训练可以减少或减轻瘫痪的后遗症，例如日常生活能力训练、平衡训练以及神经肌肉促进技术等，取得了较好的治疗效果^[10]。基于目前临床多以传统的针灸疗法治疗运动功能障碍为主，因而，如何结合两者的优点对提高中风后运动功能障碍的疗效具有重要意义，也是目前临床研究的重要课题之一^[11]。本研究结果显示，针灸疗法配合康复训练治疗中风后运动功能障碍，可有效提高患者的生活活动能力和生活质量，降低中医证候积分，其对运动协调能力的治疗有效率为 89.23%，而对平衡功能的治疗有效率 95.38%，可见其治疗效果极为显著，尤其是在对平衡功能障碍的治疗疗效上，较单

纯的针灸疗法更具有优势，值得在临床上推广使用。

[参考文献]

- [1] 贺亚楠, 万霞, 周兰妹. 灸疗法在中风患者康复中应用及效果评价[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(1): 71-75.
- [2] 徐凤梅. 针刺结合康复训练对 85 例脑出血偏瘫患者下肢功能的影响[J]. 内蒙古中医药, 2012, 31(4): 121-128.
- [3] 张新农, 王海合. 早期康复对急性脑卒中功能恢复疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 14(12): 67.
- [4] 孔祥秋. 分析针灸配合康复训练治疗中风病运动功能障碍的临床效果[J]. 家庭心理医生, 2014, 9(9): 331-338.
- [5] 陈越峰, 陈新, 牟欣, 等. 针刺疗法结合现代康复治疗脑中风患者平衡功能障碍的临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2010, 29(4): 1-5.
- [6] 郑文凯, 乔彩虹, 刘洁石. 针刺配合康复训练对偏瘫患者上肢瘫日常生活及活动能力的影响[J]. 吉林医学, 2009, 21(12): 139-142.
- [7] 盛国滨, 包瑞, 于志刚, 等. 针灸治疗中风后尿失禁 42 例[J]. 中医药信息, 2010, 27(4): 93-94.
- [8] 刘喜堂, 刘喜庆, 魏晓楠, 等. 中药结合针灸与康复训练治疗中风后遗症 88 例[J]. 中国中医急症, 2010, 13(4): 112-118.
- [9] 王华. 针刺配合康复训练对脑出血偏瘫患者肢体运动功能的影响[J]. 临床合理用药杂志, 2014, 10(4): 142-156.
- [10] 郭华林, 郭杰. 针刺联合功能训练对脑卒中肢体运动功能的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2012, 9(6): 12-18.

(责任编辑: 刘淑婷)