

- 察[J]. 中国中医急症, 2011, 20(5): 707-708.
- [26] 胡林, 张守春. 腹针加穴位注射甲钴胺治疗腰椎间盘突出80例[J]. 陕西中医, 2007, 28(9): 1220-1221.
- [27] 陈培芳, 郑成慰. 腹针为主治疗腰椎间盘突出症58例疗效观察[J]. 福建医药杂志, 2006, 28(4): 164-165.
- [28] 薄智云. 谈谈腹针疗法[J]. 中国针灸, 2001, 21(8): 27-29.
- [29] 何建新, 林伟容, 陈俊琦, 等. 腹针治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2012, 31(7): 501-504.
- [30] 李红华, 杨颖, 党亚梅. 腹针疗法对腰椎间盘突出症疼痛的治疗效果观察[J]. 针灸临床杂志, 2007, 23(1): 11-12.
- [31] 吴高飞, 宣丽华, 吴翔. 腹针治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2010, 29(9): 591-592.
- [32] 李勇, 符文彬, 郭元琦, 等. 腹针治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2009, 28(2): 92-94.
- [33] 胡汉通, 王超, 狄忠, 等. 腹针治疗腰椎间盘突出症临床疗效 Meta 分析[J]. 新中医, 2018, 50(6): 54-59.

(责任编辑: 冯天保, 钟志敏)

## 针灸辅助治疗对中风后肢体痉挛患者的治疗效果及对肢体运动功能、生活能力的影响

傅晓峰

浙江金华广福医院康复科, 浙江 金华 321000

**[摘要]** 目的: 观察针灸辅助治疗对中风后肢体痉挛患者的治疗效果及对肢体运动功能、生活能力的影响。方法: 选取60例中风后肢体痉挛患者, 并将其分为对照组26例, 观察组34例。对照组给予常规康复治疗, 观察组在对照组基础上加入针刺疗法, 比较2组临床疗效、Ashworth评分(MAS)、临床痉挛指数(CSI)评分和Fugl-Meyer评分(FMA)、Barthel指数(BI)评分。结果: 观察组总有效率为94.12%, 显著高于对照组的69.23%, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗前, 2组MAS、CSI评分比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后, 2组MAS、CSI评分明显低于治疗前( $P < 0.05$ ), 且观察组的MAS、CSI评分明显低于对照组( $P < 0.05$ )。治疗前, 2组FMA、BI评分比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后, 2组FMA、BI评分明显高于治疗前( $P < 0.05$ ), 且观察组的FMA、BI评分明显高于对照组( $P < 0.05$ )。结论: 针灸辅助治疗能够有效提高中风后肢体痉挛患者的治疗效果, 改善肢体运动功能和生活能力。

**[关键词]** 针灸; 中风; 痉挛; 运动功能; 生活能力

**[中图分类号]** R246.6; R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2019)05-0253-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.05.077

## Curative Effect of Acupuncture and Moxibustion in Adjuvant Treatment for Patients with Post-stroke Limb Paralysis and Its Effect on Limb Motor Function and Living Ability

FU Xiaofeng

**Abstract:** **Objective:** To observe the curative effect of acupuncture and moxibustion in adjuvant treatment for patients with post-stroke limb paralysis and its effect on limb motor function and living ability. **Methods:** Enrolled 60 cases of patients with post-stroke limb paralysis and divided them into the control group(26 cases) and the observation group(34 cases). The control group received routine rehabilitation treatment, while the observation group was additionally treated with acupuncture

**[收稿日期]** 2018-10-16

**[作者简介]** 傅晓峰(1983-), 男, 主治中医师, 研究方向: 针灸学。

therapy. Compared the clinical effect, Ashworth scores(MAS), clinical sputum index(CSI) scores, Fugl-Meyer scores(FMA) and Barthel index(BI) scores in the two groups. **Results:** The total effective rate of the observation group was 94.12%, being significantly higher than that of 69.23% in the control group, difference being significant( $P < 0.05$ ). Before treatment, there was no significant difference being found in the comparison of MAS and CSI scores between the two groups( $P > 0.05$ ). After treatment, the MAS and CSI scores of the two groups were evidently lower than those before treatment( $P < 0.05$ ), and the MAS and CSI scores of the observation group were obviously lower than those of the control group( $P < 0.05$ ). Before treatment, there was no significant difference being found in the comparison of FMA and BI scores between the two groups( $P > 0.05$ ). After treatment, the FMA and BI scores of the two groups were obviously higher than those before treatment( $P < 0.05$ ), and the FMA and BI scores of the observation group were evidently higher than those of the control group( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** The application of acupuncture and moxibustion in adjuvant treatment can effectively improve the curative effect of patients with post-stroke limb paralysis and increase the limb motor function and life ability.

**Keywords:** Acupuncture and moxibustion; Stroke; Spasm; Motor function; Living ability

中风是目前临床上最为常见的脑血管疾病,具有较高致残率、复发率以及死亡率,可损害患者的运动功能,若不能及时恢复患者的运动能力可导致运动功能永久性丧失,给患者及家庭造成极大的影响<sup>[1-2]</sup>。临床常对中风后肢体痉挛患者进行康复训练,以期缓解痉挛的症状,但是此法治疗期较长且见效较慢,因此还需探索更有成效的疗法。有研究表明中医针灸在治疗外伤性脊髓损伤致截瘫患者的运动功能恢复中取得一定成效<sup>[3]</sup>。基于此,本研究采用中医针灸辅助康复训练的治疗方式,探讨该治疗方式对中风后肢体痉挛患者的临床疗效,现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取2013年2月—2018年6月于本院诊治的60例中风后肢体痉挛患者,并将其分为对照组26例,观察组34例。观察组,男18例,女16例,平均年龄( $60.35 \pm 12.26$ )岁,平均病程( $35.25 \pm 7.33$ )天;对照组,男14例,女12例,平均年龄( $62.33 \pm 11.08$ )岁,平均病程( $33.06 \pm 6.19$ )天。2组患者性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。本研究经医院伦理委员会审核通过,患者均知晓本研究目的,且签署知情同意书。

**1.2 纳入标准** 西医诊断符合1995年全国第四届脑血管病学学术会议制定的中风诊断标准<sup>[4]</sup>,临床症状表现为意识不清晰,影像学检查脑血管局灶特征;中医诊断符合国家中医药管理局制定的中风诊断标准<sup>[5]</sup>,主要症状表现为口舌歪斜、言语不清、偏身麻木、半身不遂等,上肢功能小于Bnlmstrom IV期,出现明显上肢和下肢痉挛现象的患者。

**1.3 排除标准** 具有严重认知功能障碍的患者;可逆性神经功能缺损患者;中风前患有肢体运动障碍的患者。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 康复治疗:上肢采用Bobath技术进行主动和被动运动,应用充气夹板持续缓慢的牵伸痉挛肢体,应用踝-足矫形器控制踝关节的内翻,采用双腿屈曲、伸髋、抬臀等运

动姿势缓解肢体痉挛萎缩,采用Rood抑制性和兴奋性应激训练,促进机体分离运动,进行床上翻身运动、起坐训练,采取站立平衡运动训练、运动再学习以及步行训练等。每次30 min,每天1次,7天为1个疗程,共治疗4个疗程。

**2.2 观察组** 在康复治疗的基础上添加针灸治疗,行针前准备:采用75%酒精擦拭行针处,使患者保持平稳姿势,寻找需行针的部位,行提插捻转平补平泻手法。主要针刺穴位有:督脉、华佗夹脊穴、人迎穴、百会穴。针刺督脉:采用32号2寸的毫针,自大椎穴到长强穴,每间隔2个椎体行针,留针30 min。针刺华佗夹脊穴:采用26号2寸的毫针,自第2颈椎到第5腰椎,于距离椎棘突下旁0.5寸之地取穴,每间隔2个椎体行针,留针30 min。针刺人迎穴:采用26号2寸的毫针,自甲状软骨外侧、颈动脉内侧,寻人迎穴进针,留针10 min左右,留针时捻转4次。针刺百会穴:采用28号1.5寸毫针,于头顶正中线上,枕外粗隆上4.5寸处行针,停针15 min。每天1次,7次为1个疗程,共治疗4个疗程。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 修订的Ashworth(MAS)评分** 采用MAS评分评定上肢与下肢肌肉张力强弱,肌张力不增加,被动活动患侧肢体在整个范围内均无阻力,计0分;肌张力稍增加,被动活动肢体到终末端有轻微的阻力,计1分;肌张力轻度增加,被动活动肢体时在前50%关节活动度(ROM)中有轻微阻力的感觉,后50%ROM中有轻微的阻力,计2分;肌张力增加较明显,被动活动肢体在大部分ROM内均有阻力,但仍可活动,计3分;肌张力严重增加,被动活动肢体在整个ROM内均有阻力,活动比较困难,计4分;僵直,肢体僵硬,阻力很大,被动活动十分困难,计5分。

**3.2 痉挛指数(CSI)评分** 采用CSI评定肢体腱反射时间长短、肌张力强弱和痉挛轻重程度,包括腱反射、肌张力、阵挛进行综合评定,1~9分为轻度,10~12分为中度,13~16分为重度,共计16分。

3.3 Fugl-Meyer 评分 (FMA) 采用 FMA 评定运动功能, 其中上肢运动评定包括 33 个方面计 66 分, 下肢运动评定包括 17 个方面计 34 分, 共计 100 分。100 分为运动功能正常, 96~99 分为轻度运动障碍, 85~95 分为中度运动障碍, 50~84 分为明显运动障碍, 50 分以下属于严重运动障碍。

3.4 Barthel 指数 (BI) 评分 采用 BI 评定患者日常生活活动能力, 包括进食、控制大小便、洗澡、穿衣等 10 个方面, 每项 10 分, 共计 100 分。100 分表示生活自理, 61~99 分表示轻度功能障碍, 41~60 分表示中度功能障碍, 40 分以下表示重度功能障碍。

3.5 统计学方法 使用 SPSS20.0 进行统计分析, 计数资料采用  $\chi^2$  检验, 计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 比较采用  $t$  检验,  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

#### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照 Sommerfeld DK 和 Honaga K 等人<sup>[6-7]</sup>研究中的中风肢体痉挛活动改善标准进行评价。痊愈: 肌张力 MAS 评定为 0 级, 肌张力恢复正常; 显效: 肌张力 MAS 评定为 1、+1 级, 偏瘫肢体肿胀消失, 生活基本自理; 有效: 肌张力 MAS 评定为 2、3 级, 偏瘫肢体肿胀程度较前有所减轻;

无效: 肌张力 MAS 评定为 4 级, 偏瘫肢体肿胀无减轻或加重。总有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数  $\times 100\%$ 。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。观察组总有效率为 94.12%, 显著高于对照组的 69.23%, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	例				总有效率[例(%)]
		痊愈	显效	有效	无效	
观察组	34	6	17	9	2	32(94.12)
对照组	26	2	5	11	8	18(69.23)
$\chi^2$ 值						6.570
P 值						0.010

4.3 2 组治疗前后 MAS、CSI 评分比较 见表 2。治疗前, 2 组 MAS、CSI 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 2 组 MAS、CSI 评分明显低于治疗前 ( $P < 0.05$ ), 且观察组的 MAS、CSI 评分明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )。

4.4 2 组治疗前后 FMA、BI 评分比较 见表 3。治疗前, 2 组 FMA、BI 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 2 组 FMA、BI 评分明显高于治疗前 ( $P < 0.05$ ), 且观察组的 FMA、BI 评分明显高于对照组 ( $P < 0.05$ )。

表 2 2 组治疗前后 MAS、CSI 评分比较  $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	MAS				CSI			
		治疗前		t 值	P 值	治疗前		t 值	P 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
观察组	34	2.31 $\pm$ 0.47	1.35 $\pm$ 0.26	10.422	0.000	11.34 $\pm$ 2.81	6.05 $\pm$ 1.17	10.134	0.000
对照组	26	2.46 $\pm$ 0.55	2.03 $\pm$ 0.38	3.280	0.002	12.68 $\pm$ 3.21	9.32 $\pm$ 2.01	4.524	0.000
t 值		-1.138	-8.225			-1.721	-7.906		
P 值		0.260	0.000			0.091	0.000		

表 3 2 组治疗前后 FMA、BI 评分比较  $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	FMA				BI			
		治疗前		t 值	P 值	治疗前		t 值	P 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
观察组	34	35.31 $\pm$ 7.07	60.15 $\pm$ 12.26	-10.234	0.000	44.27 $\pm$ 8.82	58.15 $\pm$ 12.19	-5.379	0.000
对照组	26	37.69 $\pm$ 8.53	48.19 $\pm$ 10.37	-3.987	0.002	41.65 $\pm$ 7.01	50.33 $\pm$ 10.06	-3.610	0.001
t 值		-1.181	3.998			1.243	2.651		
P 值		0.242	0.000			0.219	0.010		

#### 5 讨论

现代医学认为中风后肢体痉挛主要是由于高级中枢神经受到损伤, 对部分运动中枢的控制能力减弱, 从而导致肢体出现痉挛的现象。临床常采用康复训练对中风后肢体痉挛患者进行治疗, 虽然在一定程度上缓解了痉挛的症状, 但是该治疗方法疗程较长且见效较慢, 因此需进一步探索更有效的治疗措施。中医认为中风后肢体痉挛属于筋病、痉证范畴, 主要因脑部血流不畅, 致脑经络受阻、闭塞不通, 且阴阳气血难以运行, 血流不畅, 气难通络, 致使机体阴阳失调, 随着病情的发展, 阴阳失衡加重, 脾经失调, 气血亏虚, 经络麻痹, 因而导致肢体

痉挛性偏瘫。因此中风后肢体痉挛在治疗时当以通经活络, 疏通血流为治本。随着中医理念的不断深入, 针灸辨证取穴在治疗多种因经络不通引发的疾病中效果显著<sup>[8]</sup>。在本研究中采用中医针灸辅助康复训练的治疗方式, 在治疗中风后肢体痉挛中也取得一定的临床疗效。

针灸的主要原理是在中医理论的指导下把毫针按照一定的角度刺入机体, 运用捻转与提插等针刺手法来对机体特定部位进行刺激从而达到通经活络的目的。本研究中, 对照组给予常规康复治疗, 观察组在对照组基础上加入针灸治疗, 结果显示, 观察组的总有效率明显高于对照组, 这说明针灸辅助康复

治疗中风后肢体痉挛临床效果显著。此外, MAS是评定上肢与下肢肌肉张力的依据,而CSI评分可反应肢体腱反射时间长短、肌张力强弱和痉挛轻重程度, FMA评分是评定肢体的综合应用能力的依据,具有较高的信度及效度, BI评分是反应患者生活能力的可靠根据。在本研究中,治疗4个疗程后,观察组的MAS评分和CSI评分低于对照组, FMA评分、BI评分均显著高于对照组,这提示针刺督脉、人迎穴、百会穴和华佗夹脊穴辅助康复训练可有效降低中风后肢体痉挛患者的肌肉张力,提高患者肢体的运用能力,改善患者的活动能力及运动功能。究其原因督脉通脑络肾,对全身气血平衡、经络通畅具有重要的调节作用,针刺督脉穴,可醒脑开窍、补气养肾,从而改善患者整体机能,恢复肢体运动功能。人迎穴位于颈部,针刺可打通颈部以上血脉,使气血由头部输送到身体各部,缓解肢体运动功能。百会穴位于头顶正中,针刺百会可开窍醒脑、疏通脑部经络,促进脑部运动神经的恢复。华佗夹脊穴具有调整机体阴阳之气、调神醒脑、疏通经络的作用,针刺可使筋脉自柔,促进痉挛肢体恢复。此外,针灸可降低机体中兴奋性谷氨酸的含量,同时升高抑制性 $\gamma$ -氨基丁酸的含量,促进慢抑制性突触后电位及突触抑制的产生,从而起到缓解肢体痉挛状态的作用<sup>[9-10]</sup>。

综上所述,针灸辅助治疗能够有效改善中风后肢体痉挛患者的治疗效果,以及提高肢体运动功能和生活能力。

#### [参考文献]

- [1] 郭朋飞,刘向哲,冯珍珍,等. 健脾补肾活血方药动员内皮祖细胞治疗缺血性中风研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(21): 156-158.
- [2] 杨波,邢雪梅,刘佳,等. 推拿结合康复治疗中风偏瘫肩痛的疗效观察[J]. 贵阳中医学院学报, 2014, 36(3): 135-138.
- [3] 邵益民,路通. 五痿汤加减联合针灸治疗外伤性脊髓损伤致截瘫疗效及对运动功能恢复的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(31): 3478-3480.
- [4] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.
- [5] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 30-31.
- [6] SOMMERFELD D K, GRIPENSTED U, WELMER A K. Spasticity after stroke: an overview of prevalence, test instruments, and treatments [J]. Am J Phys Med Rehabil, 2012, 91(9): 814-820.
- [7] HONAGA K, MASAKADO Y, OKI T, et al. Associated reaction and spasticity among patients with stroke [J]. Am J Phys Med Rehabil, 2007, 86(8): 656-661.
- [8] 张雪,刘志顺. 浅谈针灸“病-症-位”结合取穴与辨证论治[J]. 中国针灸, 2016, 36(5): 456-458.
- [9] 张茜,张闯,张佳音,等. 电针对血管性痴呆大鼠海马谷氨酸、钙离子含量及N-甲基-D-天冬氨酸受体表达的影响[J]. 针刺研究, 2016, 41(6): 509-514.
- [10] 邓元江,刘卫英,梁伟雄,等. 针刺对急性癫痫大鼠脑电功率及海马氨基酸类递质的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2006, 23(6): 509-512.

(责任编辑:冯天保,郑锋玲)

**欢迎邮购《新中医》合订本, 2012年、2013年、  
2014年每年276元, 2015年、2016年每年300元,  
2017年、2018年每年360元。**