

· 预防/保健 中医/康复 ·

# 针灸结合康复训练治疗中风后偏瘫的临床研究

徐磊, 华启海, 阎兴洲, 江勇, 王敏

蚌埠医学院第一附属医院康复医学科, 安徽 蚌埠 233004

**摘要:**目的 观察针灸结合康复训练对中风后偏瘫患者康复的疗效, 为中风偏瘫患者的康复提供更好的治疗方法。方法 选取中风偏瘫患者 53 例, 所有病例均来源于蚌埠医学院第一附属医院康复医学科、神经内科、急诊内科的住院患者。患者基本资料经统计学分析, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。按入院先后顺序随机分为治疗组、对照组; 治疗组 25 例, 对照组 28 例。其中治疗组采用针灸结合康复训练的方法, 对照组采用单纯康复治疗, 2 组均每日治疗 1 次, 10 次为 1 个疗程, 共计治疗 4 个疗程。治疗前、治疗后采用运动功能(四肢简化 Fugl-Meyer 评分, 简称 FMA 评分)及日常生活活动能力[ADL 量表(Barthel 指数)]进行评定。选择统计软件 SPSS 19.0 对研究数据进行统计与处理。结果 治疗 4 个疗程后, 治疗组的 FMA 评分和 ADL 评分明显优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 治疗组与对照组的 FMA 评分和 ADL 评分在组内与治疗前比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 针灸、康复训练均对中风偏瘫患者的康复有效, 提高了患者的运动功能和日常生活活动能力, 而针灸结合康复训练较单纯的康复训练更有效, 能更好地帮助患者重返社会。

**关键词:** 针灸; 康复训练; 中风; 偏瘫

**中图分类号:** R245 R743.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-4152(2016)10-1745-03

**DOI:** 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.2016.10.044

## The clinical research of acupuncture combined with rehabilitation training on stroke patients with hemiplegia

XU Lei, HUA Qi-hai, YAN Xing-zhou, et al. Department of Rehabilitation Medicine, the First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu, Anhui 233004, China

**Abstract:** **Objective** To investigate the function of acupuncture combined with rehabilitation training on stroke patients with hemiplegia, and provide the best therapy method for stroke patients with hemiplegia. **Methods** Fifty-three stroke patients with hemiplegia were randomly divided into the treatment group and the control group. All the patients were derived from the department of rehabilitation medicine, neurology, emergency medical inpatients. After statistics analysis, there was no statistically significant difference in patients ( $P < 0.05$ ), and its comparable. The treatment group had 25 cases and the control group had 28 cases. The treatment group was adopted the medicine of acupuncture combined with rehabilitation, the control group was adopted simple rehabilitation. Both groups were treated once a day, ten days are one course, both groups were treated 4 courses. They were assessed simplified Fugl-Meyer and Barthel before and after training. We used statistics software SPSS 19.0 for the research of statistical data. The measurement data were expressed by mean plus or minus standard deviation ( $\bar{x} \pm s$ ), T test and Chi-square test were used for analysis. **Results** After treatment of 4 courses, FMA scores and ADL scores of treatment group was obviously superior to control group, the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). The treatment group and control group of FMA scores and ADL scores within the group compared with before treatment the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Acupuncture and rehabilitation training are effective, and improve the patients' motor function and daily life activities ability. Acupuncture combined with rehabilitation training are more effective than simple rehabilitation training, and help the patients return to society.

**Key words:** Acupuncture; Rehabilitation training; Stroke; Hemiplegia

脑中风是严重威胁人类健康的三大疾病之一,大量的中风患者在进入恢复期后出现了不同程度的残疾,对患者本人造成很大痛苦,也给家庭和社会带来沉重负担。目前我国中风患者人数在逐年增加,中风具有发病率、致残率、致死率高的特点。偏瘫是其中主要的功能障碍,严重影响了患者的生活质量<sup>[1]</sup>。针灸和康复技术对于中风后偏瘫的功能恢复具有肯定的疗效,但是尚无成型的优化组合方案。为了进一步探讨针灸结合康复训练对中风后偏瘫患者的治疗作用,本研究应用常规康复治疗或针灸结合康复训练对

53 例中风偏瘫患者进行了深入的观察,取得了满意的临床效果,报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 中风偏瘫患者 53 例均来源于 2013 年 1 月—2015 年 1 月我院康复医学科、神经内科、急诊内科住院的患者。其中男性 27 例,女性 26 例;年龄 40~66 岁,平均年龄为(46±21)岁,病程 14~150 d。治疗组和对照组患者基本资料经统计学分析,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。纳入标准:均符合全国第 4 届脑血管病学术会议西医脑血管疾病诊断标准<sup>[2]</sup>;符合中医诊断标准:参照南京大学出版社 1994 年出版的国家中医药管理局制定的《中医病症诊

**基金项目:**安徽省科技攻关项目(12010402119)

**通信作者:**王敏, E-mail: charleywangmin@126.com

断疗效标准》中风的诊断标准<sup>[3]</sup>;患者意识清醒,生命体征平稳;所有患者均知情同意,并经院伦理委员会批准。中风后肢体瘫痪评定标准:参照脑卒中运动功能评定(Brunnstrom分期)。软瘫期:I~II期,患者的偏瘫侧上下肢表现为弛缓性瘫痪,没有随意主动的肌肉收缩,或仅出现轻微的联合反应。痉挛期:III~IV期,患者主要表现为上肢屈肌痉挛和下肢伸肌痉挛的异常运动模式。排除标准:可逆性局部神经功能缺损,短暂性脑缺血发作(TIA)等;颅内肿瘤、颅脑外伤、脑囊虫病、心脏病等疾病引起;哺乳期或妊娠妇女;合并心、肝、肾和血液系统等严重并发症、有精神病史的患者;蛛网膜下腔出血、脑出血开颅减压、血肿清除术后患者;理解能力障碍患者。将所有患者均按入院先后顺序随机分为治疗组和对照组;治疗组25例,对照组28例。

## 1.2 治疗方法

1.2.1 对照组接受常规康复治疗 弛缓瘫:肢体的摆放包括:患侧卧位、健侧卧位、仰卧位,保持偏瘫侧肢体外展、伸肘、伸腕、伸指,下肢保持屈髋、屈膝、踝背屈的状态。关节被动活动,防治关节挛缩和变形按从近端到远端的顺序进行,动作轻柔缓慢。多做肩关节外旋、外展,肘关节伸直,前臂旋后,腕和手指伸展,伸髋、屈膝,踝背伸和外翻。同时嘱患者关注偏瘫侧,尽量能主动参与。被动活动一定要在关节无痛的范围内进行,避免造成软组织损伤。翻身训练,患者双手手指交叉,患手拇指放置于健手拇指之上(Bobath技术),肘关节伸直,头转向侧方,肩上举约90°,健侧上肢带动患侧上肢摆向翻身侧,并带动躯干向偏瘫侧转,同时健侧足踏在床面用力使骨盆和下肢转向偏瘫侧。向健侧翻身,动作要领基本一样。桥式运动:仰卧位,屈髋屈膝,足踏于床面,伸髋使臀部抬离床面,维持5~10 s。

痉挛瘫:抗痉挛体位的处理。牵伸痉挛肌肉,通过将肢体置于某一体位,使紧张的肌肉得到缓慢的牵拉,这样可以抑制肌肉的痉挛。坐位平衡训练,通过重心的转移进行坐位平衡的训练,并逐渐减少支持,让患者逐步达到正常的三级坐位平衡。同时进行上肢负重训练和上下肢的功能活动。站立平衡训练,通过重心的转移进行下肢和躯干的运动控制训练,开始治疗时给予较大支持,逐渐过渡到患者能够独立站立至三级站位平衡。逐渐过渡到患侧下肢单腿负重,健腿屈髋屈膝踏在矮凳上,偏瘫侧下肢伸直负重。平衡杠内步行训练,患者能够适应单腿支撑的情况下在平衡杠内步行,避免偏瘫侧肢体伸髋不完全,膝软膝或过伸,并注意纠正足内翻必要时可穿戴踝足矫形器。室内行走和户外活动,先进行室内步行训练,步态不稳的情况下可

加用手杖,增加行走时的稳定性。上下楼梯时坚持上楼梯健腿先上,下楼梯时患腿先下。在运动能力比较好的情况下可进行户外运动,但必须有治疗师陪同。上肢的控制能力训练,包括肘关节的分离运动和改善腕伸展的练习。其他辅助疗法:矫形器、助行器和轮椅的使用;功能性电刺激、经皮神经电刺激疗法(TENS疗法)、肌电生物反馈、经颅磁刺激等的应用。

疗程:每日治疗一次,10次为1个疗程,1个疗程结束后休息1 d再继续治疗,共计治疗4个疗程。在治疗前、治疗后记录各评定量表。

1.2.2 治疗组在对照组常规康复治疗的基础上加用针灸治疗 弛缓瘫:头针:运动区。体针主穴:上肢:患侧肩髃、外关、曲池、合谷,下肢:伏兔、双膝眼、双足三里。体针配穴:肩三针、天井、后溪、手三里、环跳、条口、悬钟、丘墟、昆仑,配穴每次取2~3穴。操作方法:使用直径0.35×(40 mm~70 mm)华佗牌不锈钢一次性针灸针,使用75%酒精皮肤消毒和医生手指消毒。头针刺法:先垂直刺入皮下,达帽状腱膜,以15°~30°角的方向沿皮轻微进针、快速捻转约200次/min,中间行针一次,留针半小时。体针:肩髃直刺30~50 mm;曲池直刺25~35 mm;外关、合谷直刺15~30 mm;肩三针向极泉方向直刺30~50 mm;天井斜刺10~20 mm;手三里直刺20~40 mm;合谷向后溪透刺30~40 mm。伏兔直刺30~40 mm;环跳直刺50~60 mm;条口直刺30~40 mm;悬钟直刺10~20 mm;丘墟直刺10~20 mm;昆仑直刺10~20 mm。体针针刺施以平补平泻的手法,中间行针一次,留针半小时。

痉挛瘫:选穴与弛缓瘫相同,但是针刺手法采取手足阳明穴位施以补法,手足阴经穴位施以泻法,同样中间行针一次,留针半小时。

疗程:每日治疗一次,10次为1个疗程,1个疗程结束后休息1 d再继续治疗,共计治疗4个疗程。在治疗前、治疗后记录各评定量表。

1.3 疗效标准 运动功能(四肢简化Fugl-Meyer评分,简称FMA评分)主要内容包括上肢的功能、下肢的功能、平衡和感觉的功能、关节被动活动积分的评定。上肢包括33项共计66分,下肢包括17项共计34分,以上运动总分100分。平衡总分14分,感觉总分24分,关节活动度88分,共计226分。日常生活活动能力[ADL量表(Barthel指数)]主要评定内容包括进食、洗澡、修饰、穿衣、大小便控制等共计10项,总分100分;根据其依赖程度分为:100分,独立;75~95分,轻度依赖;50~70分,中度依赖;25~45分,重度依赖;0~20分,完全依赖。

1.4 统计学方法 使用SPSS 19.0统计软件对研究数据进行统计与处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 $t$

检验,计数资料应用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2组治疗4个疗程后,治疗组的FMA评分和ADL评分明显优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),治疗组与对照组的FMA评分和ADL评分在组内与治疗前比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表1、2。

表1 2组中风偏瘫患者治疗前后的FMA评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后	t值	P值
对照组	28	38.23 ± 10.52	48.12 ± 13.23 <sup>a</sup>	2.076	<0.05
治疗组	25	40.38 ± 11.34	63.35 ± 11.12 <sup>ab</sup>	3.132	<0.05
t值		1.035	2.154		
P值		>0.05	<0.05		

注:与本组治疗前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

表2 2组中风偏瘫患者治疗前后的ADL评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后	t值	P值
对照组	28	33.25 ± 10.23	46.42 ± 10.24 <sup>a</sup>	2.213	<0.05
治疗组	25	35.21 ± 11.25	65.24 ± 11.35 <sup>ab</sup>	3.235	<0.05
t值		1.265	2.154		
P值		>0.05	<0.05		

注:与本组治疗前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

中医学认为中风发生的病机,主要是由于患者平素气血两虚,心、肝、肾阴阳失调,情绪易于忧思愤怒,喜饮酒饱食,或房室不节,外邪内侵等诱因,致使气血闭阻,筋脉失于濡养,或肝阳上亢,肝气郁结,血随气逆,夹痰夹火,蒙蔽清窍<sup>[4]</sup>。中风偏瘫不仅严重影响患者的生存质量,而且给家庭和国家造成沉重的经济负担。而针灸治疗能有效疏通瘀阻,促进肢体运动功能的恢复,具有疏通经络、调和阴阳、扶正驱邪和活血化瘀等作用,同时增大损伤局部血液流量,缓解组织缺血情况<sup>[5]</sup>,为建立脑部血管侧支循环创造条件,促使脑血流障碍改善<sup>[6]</sup>。针灸具有双向性调节、整体治疗的作用,对偏瘫患者有其独到之处<sup>[7]</sup>。有Meta分析结果显示,针灸对中风后偏瘫具有改善作用,并可提高患者的生活自理能力<sup>[8]</sup>。目前针灸治疗中风后偏瘫已广泛应用于临床,且疗效确切、不良反应少,值得进一步推广<sup>[9]</sup>。针灸还以其有效、经济、安全等特点,得到广大群众的肯定,且早期行针灸治疗对中风患者的预后更好<sup>[10]</sup>。

现代康复是应用现代科学技术,使有功能障碍的患者潜在和残存的能力得到充分发挥。康复治疗技术在中风后偏瘫治疗中的应用也随着经济和文化水平的不断提高逐渐普及。目前在中风偏瘫康复中应用较广泛的有运动再学习疗法(MRP)、神经促通技术(Brunnstrom技术、Bobath技术、Rood技术)、言语治疗、作业治疗、吞咽障碍治疗、康复工程以及各种物理因子。中枢神经的可塑性和功能重组是脑卒中康复的主要机制,康复技术的早期介入可促进相关神经细胞

的发芽,形成新的突触,从而实现中枢神经功能重新组合,改善患肢的功能。长期的康复训练进一步促使突触建立连接正常的功能,新的神经环路形成,改善患者的运动功能<sup>[11]</sup>。康复训练是中风偏瘫患者恢复过程中不可缺少的治疗方法,通过康复训练可以提高患者日常生活活动能力,达到生活和行动的自理,从而回归家庭和社区,加快患者的康复<sup>[12]</sup>。且康复治疗越早,治疗持续时间越长,效果越明显<sup>[13]</sup>。

本研究结果表明治疗组疗效明显高于对照组,FMA、ADL评分明显高于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。最终结果表明综合针灸和现代康复,以功能重组和促通技术的理论为指导思想,以提高患者的生存质量、使患者达到生活基本自理为最终目的,可以有效降低中风后偏瘫患者的致残率,使患者重返社会。中医使用头针、体针等配合康复训练帮助患者刺激未完全坏死的细胞,促进肢体功能恢复<sup>[14]</sup>。脑梗死后尽早进行针灸配合肢体功能训练治疗,可以减少肢体功能障碍的发生<sup>[15]</sup>。本研究结果为临床提供了中风恢复期偏瘫患者改善运动功能和日常生活活动能力的较佳方案。

## 参考文献

- 边振愈. 针灸与康复治疗脑梗死后偏瘫对比分析[J]. 内蒙古中医药, 2013, 20(3): 37-38.
- 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.
- 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 30-31.
- 侯智. 康复训练结合针灸治疗脑卒中后肩手综合征I期的疗效评价[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(5): 58-59, 66.
- 周靖, 邓志, 叶多超. 针灸联合推拿治疗脑梗塞临床疗效探析[J]. 河北医学, 2014, 20(6): 1010-1013.
- 杨金艳, 孟杰, 刘卫云, 等. 针灸新扶突穴加蜈蚣抗栓酶静点治疗中风失语症临床观察[J]. 河北医学, 2015, 21(5): 879-880.
- 韦棋. 针灸康复优化技术对偏瘫患者生活活动力指标的恢复状况分析[J]. 中医临床研究, 2015, 7(8): 37-39.
- 郑意, 柳维林, 上官豪, 等. 针灸治疗脑卒中患者肢体运动功能障碍疗效的Meta分析[J]. 中国康复医学杂志, 2016, 31(2): 217-221.
- 韩誉功. 针灸治疗缺血性中风临床效果分析[J]. 中国实用医药, 2013, 8(31): 233-234.
- 刘洋, 王雅芹. 针灸加拔罐配合心理疗法治疗中风后抑郁症的临床研究[J]. 河北医学, 2013, 19(11): 1720-1722.
- 张坚洪, 莫关华, 陈汉文, 等. 神经康复在脑梗死治疗中的作用[J]. 吉林医学, 2013, 34(25): 5167-5168.
- 林文翠, 庞明武, 潘能毅. 针灸推拿联合康复训练治疗脑梗死偏瘫60例疗效观察[J]. 海南医学, 2015, 26(16): 2444-2445.
- 唐宇凤, 景艳红, 段劲峰. 脑卒中后言语吞咽功能障碍的综合康复治疗[J]. 浙江临床医学, 2011, 13(11): 1209-1211.
- 贺亚楠, 万霞, 周兰妹. 针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, 1(10): 89-104.
- 刘娜, 周小平, 李爱丽. 脑梗死后运动障碍功能康复训练联合针灸及甲钴胺治疗的临床效果分析(附60例报告)[J]. 贵州医药, 2014, 38(8): 696-698.

(本文编辑: 谢飞凤)

收稿日期: 2016-04-02