

# 温针灸对中风后痉挛性偏瘫患者运动功能的改善作用

黄宗菊, 黄平

(重庆市江北区中医院针灸一科, 重庆 400020)

**摘要:** 目的: 探讨温针灸结合康复训练对中风后痉挛性偏瘫患者运动功能及生活自理能力的改善作用。方法: 80例中风后痉挛性偏瘫患者随机分为观察组 (n=40) 和对照组 (n=40)。对照组在常规药物干预基础上实施临床康复训练和 Bobath 技术干预, 观察组在对照组基础上实行温针灸治疗, 均治疗 4 周。以神经缺损、上肢肌张力改善情况为依据判定两组治疗疗效, 治疗前后采用简式 Fugl-Meyer 运动功能量表评分评价上、下肢运动功能, 采用巴塞尔 (Barthel) 指数评分、脑卒中专用生活质量量表 (SS-QOL) 评分评价日常生活能力、生活质量。结果: 观察组临床总有效率为 95.35% 显著高于对照组 77.50% ( $P < 0.05$ )。两组治疗前上、下肢 Fugl-Meyer 评分及 Barthel 指数评分、SS-QOL 评分比较无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 治疗后两组上述评分均较治疗前明显升高, 且治疗后观察组上、下肢 Fugl-Meyer 评分均显著高于对照组 ( $P < 0.05$ )。Barthel 指数评分、SS-QOL 评分均显著高于对照组 ( $P < 0.05$ )。本次治疗观察组仅出现 1 例 (2.50%) 多次针刺引发下肢肌阵挛所致的明显疼痛, 未见其它针刺不良反应。结论: 温针灸结合康复训练可减轻神经缺损和痉挛症状, 显著改善中风后痉挛性偏瘫患者上、下肢运动功能及生活自理能力。

**关键词:** 温针灸; 康复训练; 中风后痉挛性偏瘫; 运动功能

**中图分类号:** R 246.6 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2018) 06-0184-03

脑卒中又称“中风”, 是由于脑部的血液循环障碍而导致的一种疾病, 具有较高的死亡率、致残率及复发率, 其中 15% ~ 30% 的生存者遗留永久性的神经功能缺损或反射性交感神经营养不良, 主要由多原因所致的局部脑组织区域血液供应障碍, 引发脑组织缺血缺氧性病变坏死, 因此临床大多数脑卒中患者遗留不同程度的神经功能障碍, 如偏瘫、失语等, 其中中风后痉挛性偏瘫是脑卒中后严重的后遗症之一, 痉挛常不能保持在一个稳定的状态, 易向严重的痉挛状态发展, 使患者出现疼痛、关节挛

缩, 肢体运动受限, 严重阻碍患者偏瘫肢体功能的恢复及日常生活自理能力<sup>[1-2]</sup>。因此改善患者肢体痉挛, 提高患者运动功能及生活自理能力成为中风康复研究的重点。传统针刺与现代康复技术理念结合是我国临床“卒中单元”康复疗法的一大特色。基于此, 现将我院近期采用温针灸结合康复训练治疗的中风后痉挛性偏瘫患者的情况报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 7 月至 2017 年 9 月期间我院康复科住院接受治疗的中风后痉挛性偏瘫患

## 4 小结

推拿治疗能够有效解除肌肉痉挛状态、调整颈椎力学平衡。温经活血膏外用具有散寒除湿、温经止痛的作用, 两者结合能加快颈型颈椎病恢复的进程。通过本研究试验对照, 采用 NPQ 颈痛量表评分, 两组 NPQ 量表评分治疗前比较, 差异无统计学意义。试验组在对照组基础上加用温经活血膏后, 试验组总有效率明显优于对照组, 差异有统计学意义。同时, 试验组经推拿配合温经活血膏, 症状缓解明显, 治疗前后组间比较差异有统计学意义。由此说明, 温经活血膏治疗风寒湿型颈型颈椎病的临床疗效明显, 再结合推拿手法, 对风寒湿型颈型颈椎病的针对性更强, 临床疗效更显著, 值得临床推广应用。

### 参考文献

[1] 罗才贵. 推拿治疗学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 65 ~ 69

[2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 189 ~ 190

[3] Chiu TT, Lam TH, Hedley AJ. Subjective health measure used

on Chinese Patients with neck pain in HongKong [J]. Spine, 2001, 26 (17): 1884-1889

[4] 陆永辉. 《灵枢》恢刺法治疗颈型颈椎病观察 [J]. 中国针灸, 2013, 33 (1): 20 ~ 24

[5] 冯紫薇, 罗才贵, 常德贵, 等. 颈康灵胶囊抗炎镇痛作用的实验研究 [J]. 浙江中医药大学学报, 2009, (4): 582 ~ 583

[6] 罗才贵, 罗建, 钱俊辉, 等. 颈康灵胶囊对颈椎病兔模型骨骼肌线粒体结构的影响 [J]. 江苏中医药, 2009, (4): 74 ~ 75

[7] 王利军, 符小舫, 颜小林, 等. 葛根舒颈冲剂治疗颈型颈椎病风寒阻络证的临床观察 [J]. 中医药导报, 2009, (4): 29 ~ 31

[8] 李庆兵, 冯跃, 罗才贵, 等. 推拿结合颈康灵治疗风寒湿痹型颈型颈椎病 30 例 [J]. 河南中医, 2013, 33 (2): 236 ~ 237

[9] 施杞, 郝永强, 彭宝金, 等. 动静力平衡失调与颈椎病—颈椎病动物模型的实验研究 [J]. 上海中医药大学学报, 1999, 13 (1): 52 ~ 56

[10] Miyamoto S, Yonenobu K, Ono K. Experimental cervical spondylosis in the mouse [J]. Spine, 1991, 16 (10): 495 ~ 500

[11] 罗才贵, 常德贵, 罗建, 等. 颈椎病兔颈肌 Ca<sup>2+</sup> - ATP 酶活性的变化及颈康灵对其的影响 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2008, (12): 158 ~ 159

(收稿日期 2018-02-10)

者80例,按照随机数表法分为观察组( $n=40$ )和对照组( $n=40$ )。观察组男22例,女18例,年龄51~77( $65.39\pm 7.34$ )岁,病程19~55( $34.22\pm 12.10$ )d,病变性质包括脑出血23例57.50%、脑梗死17例42.50%,其中合并高血压18例、糖尿病12例、冠心病5例;对照组男24例,女16例,年龄51~77( $67.79\pm 9.84$ )岁,病程19~55( $37.91\pm 11.62$ )d,病变性质包括脑出血21例52.50%、脑梗死19例47.50%,其中合并高血压15例、糖尿病13例、冠心病6例。两组病程、病变性质等基线资料比较无统计学意义( $P>0.05$ ),具备可比性。

1.2 纳入标准 符合脑卒中中医诊断标准,主要参照国家中医药管理局公布的《中风病诊断与疗效评定标准》<sup>[3]</sup>,主症见半身不遂,口舌歪斜,舌强语蹇或不语,偏身感觉异常(麻木或感觉减退);次症见头痛,眩晕,自汗出,气短乏力,舌苔白,少苔或无苔,脉沉细;经临床表现及脑部CT与MRI检查符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010》<sup>[4]</sup>中脑卒中后痉挛性偏瘫相关西医诊断标准,伴发肢体局部血管舒缩功能改变,活动或静止时可出现关节疼痛或者伴有触痛;有明确的脑卒中病史,为首次病发脑卒中或前次脑卒中未累及肢体或感觉功能;病程14~60d;生命体征平稳;患者治疗期间意识清醒,沟通能力良好,能够完成与配合本次实验治疗;均自愿参与,签署知情同意书。

1.3 排除标准 临床为短暂性脑缺血发作、进展性脑卒中;其他疾病导致的偏瘫或相关症状;多次发作的脑卒中并累及肢体功能;出现严重的合并症或并发症;肝肾功能不全或心肺功能受损;脑卒中发病时生命体征明显发生异常或出现昏迷及抽搐症状;痴呆或伴有其他精神障碍、认知障碍、明显失语;伴发呼吸、恶性肿瘤、免疫系统疾病及循环系统疾病;病历资料及相关数据不全。

#### 1.4 方法

1.4.1 对照组 在降糖、控压、调脂基础上给予常规脑卒中治疗,包括阿司匹林、氯吡格雷、奥拉西坦等干预治疗基础上实施临床康复训练和Bobath技术干预,康复训练以良好的肢位摆放为主,在任何体位时避免关节屈曲,保持一定的关节活动度;缓解身体运动控制点周围痉挛肌肉痉挛并适当予以静态牵拉;被动运动如握手训练等;局部按摩。由我院康复治疗师进行一对一辅助治疗,每次30min,每天1次,每周5次,至少治疗4周。

1.4.2 观察组 在对照组基础上加用温针灸治疗。刺法配伍头针,取穴参考新世纪全国高等中医药院校规划教材《针灸治疗学》中治疗中风所取的穴位。上肢选穴:夹脊穴、肩前、天泉、尺泽、臂中、合谷;下肢选穴:殷门、梁丘、伏兔、阴陵泉、三阴交。行针以平补平泻法为主,行针得气后,将艾条剪为5cm左右长的艾段,艾段中部扎一小孔,一侧点燃后挂在针灸针末端,艾段燃尽后加挂1根艾段。每天1次,每周5次,治疗4周。

1.5 疗效判定 以神经缺损、上肢肌张力改善情况为依据,其中神经缺损采用美国国家卫生研究院脑

梗死(NIHSS)量表<sup>[5]</sup>评分评估,得分越高,神经缺损越严重。上肢肌张力采用改良Ashworth痉挛分级量表<sup>[6]</sup>评定,0级:无肌张力增加;1级:肌张力略微增加,受累部分被动屈伸时可呈现最小的阻力;2级:肌张力明显增加,通过关节活动范围的大部分时肌张力明显增加,但受累部分可移动;3级:肌张力严重增高,被动活动困难;4级:受累部分被动屈伸时呈现僵直状态,无法活动。疗效判定标准:治愈:NIHSS评分减少 $\geq 21$ 分,Ashworth分级降低 $>2$ 级;显效:NIHSS评分减少 $\geq 21$ 分,Ashworth分级降低2级;有效:NIHSS评分减少8~20分,Ashworth评定降低1级;无效:NIHSS评分或Ashworth分级未达到以上标准或病情加重恶化。

1.6 观察指标 治疗前后采用简式Fugl-Meyer运动功能量表<sup>[7]</sup>评分评价上、下肢运动功能,总分100分(其中上肢66分,下肢34分),评分越高,运动功能越好。采用巴塞尔(Barthel)指数评分<sup>[8]</sup>评价日常生活能力, $<20$ 分为完全残疾, $>60$ 分为有轻残疾但尚能独立,得分越高日常生活能力越好。采用脑卒中专用生活质量量表(SS-QOL)评分评估生活质量<sup>[9]</sup>,包括语言、活动能力、自理能力、思维等项目,评分越高,自理能力等生活质量越好。

1.7 统计学方法 选用统计学软件SPSS19.0分析和处理研究数据,计数资料采取率(%)表示,组间对比进行 $\chi^2$ 检验;计量资料采取( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间对比进行t值检验,以 $P<0.05$ 为有显著性差异和统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组临床总有效率为95.35%,显著高于对照组77.50%( $P<0.05$ )。见表1。

表1 两组临床疗效比较[n(%)]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组( $n=40$ )	7(17.50)	19(47.50)	12(30.00)	2(5.00)	38(95.00)
对照组( $n=40$ )	2(5.00)	14(35.00)	15(37.50)	9(22.50)	31(77.50)

注:两组总有效比较, $\chi^2=5.16$ , $P<0.05$

2.2 两组治疗前后上、下肢运动功能比较 两组治疗前上、下肢Fugl-Meyer评分比较无统计学意义( $P>0.05$ ),治疗后两组上、下肢Fugl-Meyer评分均较治疗前明显升高,且治疗后观察组上、下肢Fugl-Meyer评分均显著高于对照组( $P<0.05$ )。见表2。

表2 两组治疗前后上、下肢运动功能比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	Fugl-Meyer评分(上肢)		Fugl-Meyer评分(下肢)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组( $n=40$ )	24.02 $\pm$ 2.57	27.53 $\pm$ 2.67 $^{\Delta}$ *	15.10 $\pm$ 1.79	17.68 $\pm$ 1.39 $^{\Delta}$ *
对照组( $n=40$ )	24.11 $\pm$ 2.62	26.14 $\pm$ 2.52 $^{\Delta}$	15.19 $\pm$ 2.08	16.27 $\pm$ 2.11 $^{\Delta}$

注:与同组治疗前比较, $^{\Delta}P<0.05$ ;与对照组比较,\* $P<0.05$

2.3 两组治疗前后日常生活质量改善情况比较 两组治疗前Barthel指数评分、SS-QOL评分比较无统计学意义( $P>0.05$ ),治疗后两组Barthel指数评分、SS-QOL评分均较治疗前明显升高,且治疗后观察组Barthel指数评分、SS-QOL评分均显著高于对照组( $P<0.05$ )。见表3。

表3 两组治疗前后日常生活质量改善情况比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	Barthel 指数评分		SS-QOL 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=40)	38.23±6.09	66.47±5.17 <sup>△*</sup>	99.91±24.39	197.06±15.71 <sup>△*</sup>
对照组 (n=40)	37.46±7.44	61.29±4.96 <sup>△</sup>	102.29±16.92	173.67±13.50 <sup>△</sup>

注:与同组治疗前比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>\*</sup> $P < 0.05$

2.4 安全性评估 本次治疗过程中,观察组患者中仅1例(2.50%)多次出现针刺引发下肢肌阵挛所致的明显疼痛,未见患者出现晕针、针刺局部感染等针刺不良反应。

### 3 讨论

现代研究普遍认为中风后偏瘫痉挛是运动神经元损伤导致的高级中枢对脊髓牵张反射的抑制作用消退,脊髓反射性增高引起牵张反射增强为特征的肌肉张力异常,因此临床患者 Ashworth 痉挛分级多以2级、3级较多,虽然肌痉挛可对患者的行走、转移、静脉回流及减轻水肿等起到帮助作用,但肌痉挛可导致痉挛姿势、状态及异常运动模式形成,阻碍分离运动的出现,对患者日常运动能力、自理能力、肩关节、膝关节、睡眠均产生不利影响,可出现关节挛缩、压疮等,严重影响运动功能恢复,且严重者可致关节挛缩变形,导致患者终生残疾。

中医学有“中风”的病名,而并无痉挛性偏瘫的相关病名,但医学典籍中有相关症状的描述,如《灵枢·癫狂》论述曰:“病癫疾者,身倦挛急大”;《证治要诀》谓曰“病有终身不愈者,…或屈而不能伸,或伸而不能屈,在手足亦然。以风伤肝,肝主筋,筋为之也”。现代学者根据中风后痉挛性偏瘫的临床特点及表现如关节挛缩、疼痛、肩手功能受限、肌肉萎缩等将其归为“筋病”“痉证”“偏风”“痹症”等范畴。《素问·调经论》记载,“左右邪正盛衰失调,阴阳失衡,左或右发病致偏瘫。”《难经·二十九难》曰“阴跷为病,阳缓而阴急阳跷为病,阴缓而阳急。”均指出机体阴阳失衡引发肢体运动协调失衡可致痉证。《景岳全书》曰筋病为“凡属阴虚血少之辈,不能营养筋脉,以致搐挛僵仆者,皆是此证,如中风之有此者,总属阴虚证。”认为气血失和、阴虚津亏致中风搐挛僵仆之症。因此,此病中医学病机为阴阳失衡、气血失和、阴虚津亏。与樊留博<sup>[10]</sup>等的分析具有一致性。

本研究温针灸根据中风后痉挛性偏瘫的病因病机,主要为调动经气补不足以调气血,抑有余,助祛邪,平衡阴阳,以促进痉挛侧肌张力提高,对抗痉挛优势侧,达到缓解痉挛的目的。温针灸在患部或压痛处取穴,上、下肢所选穴包括夹脊穴、肩前、天泉、尺泽、臂中、合谷、股门、梁丘、伏兔、阴陵泉、三阴交,覆盖肢体肩、肘、腕、掌指、髌、膝、踝等关节附近肌腱压痛点,夹脊穴位于督脉与足太阳膀胱经之间,是督脉和足太阳膀胱经经气外延重迭覆盖之处,具有调控督脉与足太阳膀胱经的枢纽作用,针刺夹脊穴可起到双向调节作用,既能调节阴阳,亦可疏通经络,缓解痉挛。针刺肩前、天泉可刺激臂丛神经,利于消炎止痛、活血解痉,减轻脑损伤。阴陵泉、三阴交为脾经穴位,可健脾和胃、补肾益精填髓。诸穴相配,以痛为腧,以温针灸平补平泻法,可有效缓解主动肌群的痉挛状

态,促进运动功能的改善。辛昕<sup>[11]</sup>等的临床分析亦认为温针法可拮抗肌收缩,改善痉挛性偏瘫患者痉挛症状,痉挛肌松弛。而现代康复训练疗法是医学治疗痉挛性偏瘫的最基础的方法,以运动疗法为主,利用力学原理、医学器具、徒手等通过被动或主动的运动可使患者尽可能地恢复其身体或局部功能,配合良肢位的摆放关节、活动度的保持、按摩、缓解身体运动控制点周围痉挛肌肉痉挛的静态牵拉及被动运动等,与其它方法辅助治疗可取的较为理想的效果,因此在临床得到广泛应用。

本研究观察组结合学温针灸与现代康复训练疗法干预,结果发现观察组临床总有效率为95.35%,显著高于对照组80.56%,提示温针灸结合康复训练可提高中风后痉挛性偏瘫患者的临床干预疗效,对神经缺损、肌张力的改善作用良好。同时,治疗后观察组上、下肢 Fugl-Meyer 评分均显著高于对照组,Barthel 指数评分、SS-QOL 评分均显著高于对照组,提示温针灸结合康复训练可显著改善患者上下肢运动功能,从而促进运动功能恢复,改善和提高日常或自理能力和自理能力。邱林<sup>[12]</sup>等的报道证实了针刺配合康复训练治疗中风后痉挛性偏瘫,有助于提高患者肢体运动能力和日常生活自理能力,促进康复。此外,本次治疗观察组仅出现1例(2.50%)多次针刺引发下肢肌阵挛所致的明显疼痛,未见其它针刺不良反应,表明本研究温针灸具有较高的安全性和可行性。

综上,温针灸结合康复训练对减轻神经缺损和痉挛症状,改善中风后痉挛性偏瘫患者上、下肢运动功能及生活自理能力有重要的临床价值。

### 参考文献

- [1] 康杰. 综合康复锻炼结合靳氏针刺法治疗中风后痉挛性偏瘫及其对神经功能恢复情况的影响[J]. 四川中医, 2017, 35(9): 160~162
- [2] 顾陈长, 石艳, 陈士云. 蜡疗配合火针治疗中风后上肢痉挛性偏瘫的临床观察[J]. 中医药导报, 2016, 22(16): 55~57
- [3] 黄延超, 曹晓. 加味酸枣仁汤治疗卒中后失眠的临床观察[J]. 中医临床研究, 2016, 8(17): 97~98
- [4] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 人民卫生出版社, 2007: 67~73
- [5] 中华医学会神经病学分会神经康复学组, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组, 卫生部卒中筛查与防治工程委员会办公室等. 中国卒中康复治疗指南(2011完全版)[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(4): 301~318
- [6] 缪鸿石. 康复医学理论与实践[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000: 317~318
- [7] 燕铁斌, 窦祖林. 实用瘫痪康复学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 112, 171~179
- [8] 王嵩欣, 张宾, 徐展琼, 等. 麦粒灸配合靳三针疗法治疗中风后痉挛性偏瘫的临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2014, 31(4): 548~552
- [9] 杨梅云, 付凤昌. 康复训练结合痉挛肌治疗仪对脑卒中偏瘫患者生活质量的影响[J]. 光明中医, 2013, 28(6): 1153~1155
- [10] 樊留博, 刘素芝, 王仲荪, 等. 电针联合运动疗法在痉挛性偏瘫患者神经功能恢复中的应用[J]. 上海针灸杂志, 2015, 34(12): 1178~1180
- [11] 邓妍, 刘悦. 基于调节气血温阳通气的毫火针治疗中风后痉挛性偏瘫临床疗效观察[J]. 四川中医, 2017, 35(1): 186~189
- [12] 邱林, 刘艳春. 针刺配合康复训练治疗中风后痉挛性偏瘫疗效观察[J]. 河南中医, 2014, 34(9): 1827~1828

(收稿日期 2018-05-22)