

针灸联合康复治疗对老年中风偏瘫患者日常生活能力评分与运动功能评分的影响

刘 桑 焦富英

(辽宁省中医药研究院(辽宁中医药大学附属二院)神经内科,沈阳,110034)

摘要 目的:研究针灸联合康复治疗对老年中风偏瘫患者的日常生活能力评分和运动功能评分的影响。方法:选取2013年2月至2015年9月辽宁中医药大学附属二院收治的老年中风偏瘫患者164例作为研究对象,按随机数字表法分为对照组和观察组,每组82例。比较观察2组患者临床疗效、Barthel指数、FMA评分、下肢Brunnstrom评级和FCA综合功能评定行走功能评分。结果:对照组患者治愈率为53.7%,总有效率为80.5%,明显低于观察组(治愈率为80.5%,总有效率为91.5%)($P < 0.05$),2组BI评分、FMA评分、Brunnstrom评级和FCA综合功能评定行走能力评分治疗前比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),2组治疗前后比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),治疗后观察组BI评分、FMA评分、Brunnstrom评级和FCA综合功能评定行走能力评分均明显高于对照组($P < 0.05$)。结论:老年偏瘫中风患者治疗中针灸联合康复治疗疗效确切,未发现明显不良反应,优于单独使用脑血管内科常规治疗方法。

关键词 中风;偏瘫;针灸;康复治疗;日常生活能力;运动功能;老年;脑血管;疗效

Analysis of Effects of Acupuncture Combined with Rehabilitation on Activities of Daily Living and Motor Function Score of Elderly Stroke Patients with Hemiplegia

Liu Sang, Jiao Fuying

(Department of Neurology, Second Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110034, China)

Abstract Objective: To study the effects of acupuncture combined with rehabilitation on daily living and motor function scores of elderly stroke patients with hemiplegia. **Methods:** A total of 164 cases of elderly stroke patients with hemiplegia admitted in our hospital from February 2013 to September 2015 were selected as the research object, and divided into control group ($n = 82$) and the study group ($n = 82$) according to random number table. The clinical efficacy, Barthel Index, FMA scores, ratings and lower limb Brunnstrom FCA comprehensive functional assessment score, walking function of two groups were compared. **Results:** The cure rate of patients in the control group was 53.7%, and total effective rate was 80.5%, which was significantly lower than 80.5% and 91.5% in the study group. The differences were statistically significant ($P < 0.05$). The BI score, FMA score, Brunnstrom ratings and FCA comprehensive functional evaluation of walking ability score before treatment of two groups were not significantly different ($P > 0.05$). And the difference of two groups after treatment were statistically significant when compared before treatment ($P < 0.05$). After treatment, BI score, FMA score, Brunnstrom ratings and FCA comprehensive functional evaluation of walking ability scores of study group were significantly higher ($P < 0.05$). **Conclusion:** Acupuncture combined with rehabilitation in the treatment of elderly stroke patients with hemiplegia has definite efficacy, and no significant adverse reactions are found, which is better than cerebrovascular routine medical treatment alone.

Key Words Stroke; Hemiplegia; Acupuncture; Rehabilitation treatment; Daily life ability; Motor function; Senile; Cerebrovascular; Efficacy

中图分类号:R245 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.04.045

中风是一种多发的且较为常见的神经科疾病,主要分为出血性和缺血性中风,与现代医学中的脑血管意外相似,主要表现为半身不遂^[1]。中风的致死率和致残率非常高,患者一旦出现中风,其家庭

的经济负担会很大,其家庭和个人的生命质量会受到严重影响。该病的致死率虽然随着医学技术的快速发展得到控制,但仍有非常高的致残率,其中发生率最高的是偏瘫^[2]。中风偏瘫治疗中中医药及针

基金项目:辽宁省医学高峰建设工程专项经费项目(2016068)

通信作者:焦富英(1963.02—),女,硕士,主任医师,研究方向:神经内科相关疾病的诊断及治疗,E-mail:lnzyjiaofuying@sina.com

作者简介:刘桑(1981.11—),女,硕士,主治医师,研究方向:中医内科学,针灸临床方向,E-mail:yizhiyanjiu2006@163.com

灸治疗效果较理想。本研究对老年中风偏瘫患者采用针灸联合康复治疗,效果较理想,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013年2月至2015年9月于我院就诊的老年中风偏瘫患者共164例作为研究对象。将其按随机数字表法分为2组,即对照组与观察组,每组82例。对照组男51例,女31例;平均年龄 (67.9 ± 9.4) 岁;左侧偏瘫45例,右侧偏瘫37例;脑梗死72例,脑出血10例;合并糖尿病15例,合并冠心病17例,合并高血压44例,合并高血脂32例;观察组男56例,女26例,平均年龄 (66.7 ± 8.9) 岁;左侧偏瘫48例,右侧偏瘫34例;脑梗死70例,脑出血12例;合并糖尿病11例,合并冠心病15例,合并高血压56例,合并高血脂23例。2组患者男女比例、年龄、偏瘫左右侧、疾病类型、合并症等基本情况比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 所有患者均符合中华医学会第四届脑血管病学术会议《各类脑血管病诊断》拟定的脑卒中诊断标准及《中风病中医诊断疗效评定标准》^[3]。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)年龄大于60岁;3)经头颅CT或MRI检查确诊;4)神志清楚、病情稳定;5)均具有肢体功能障碍,偏瘫肌力0~4级;6)患者及家属知情同意,并签署了知情同意书。

1.4 排除标准 1)中途退出治疗、无法判断疗效或不按规定治疗者;2)意识不清或生命体征不平稳,病情不稳定,急性期者;3)严重精神、胃、肺、肝、心病变者;4)针灸穴位附近有皮肤感染者;5)严重多系统衰竭及造血功能障碍者;6)恶性肿瘤、骨关节病、认知功能障碍、严重感染者。

1.5 脱落与剔除标准 病情严重或者死亡者。

1.6 治疗方法 对照组患者:采用脑血管内科常规治疗。观察组患者:在对照组治疗基础上给予针灸及功能锻炼。1)针灸治疗:取患侧足三里、阳陵泉、委中、环跳、曲池、合谷、心膻、膈膻、肾膻、大椎、百会。口舌歪斜加人中、太冲、内庭、攒竹、地仓、伏兔、颊车、阳白。风痰阻络加天突、丰隆,气虚血瘀加血海、气海,寒证、虚证加灸,阴虚风动加太溪、关元。每次取6~8个穴位,交替使用。操作时常规消毒穴位后,根据疾病虚实采用泻法或补法,根据穴位选取适宜的针具。轻度刺激的电针疗法用于头穴,中度刺激的电针疗法用于上肢和下肢的穴位。留针30 min,1次/d,1个疗程为10次,疗程间休息5~7 d。

2)功能锻炼:以床边和床上被动运动为主,时间为病情稳定1周至1个月内,方法是术者一手握肢体远端,一手握住肢体近端,缓慢活动关节,至引起疼痛或关节最大幅度为止,逐渐延长每次治疗时间。同时指导患者先做患侧被动运动,再做健侧肢体主动运动,指导患者自行用健手握住患手。并做床上平移、坐起、坐位、翻身平衡以及穿衣、修饰、进食及转移坐位到定位等训练,30 min/次,2次/d。发病1~3个月以站立训练为主,包括上下楼梯、步行、单腿负重、立位平衡训练,30 min/次,2次/d。

1.7 观察指标 比较观察2组患者临床疗效、Barthel指数、FMA评分、下肢Brunnatrom评级和FCA综合功能评定行走功能评分。

1.8 疗效判定标准

1.8.1 临床疗效 无效:治疗前后体征、症状无变化;有效:瘫痪肢体功能较前增加I级以上,体征、症状较治疗前好转;显效:瘫痪肢体较前增加II级以上,体征、症状明显好转;基本痊愈:能独立生活,瘫痪肢体功能基本恢复正常。治愈率 = 基本痊愈例数/总例数 $\times 100\%$,治疗有效率 = (有效例数 + 显效例数 + 基本痊愈例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.8.2 日常生活活动 于治疗后6个月采用Barthel指数(BI)^[4]评定,自理能力越强分数越高,满分为100分。

1.8.3 运动功能评定(FMA) 于治疗后6个月对上下肢运动功能采用Fugl-Meyer评分法^[5]进行评价。肢体运动功能越好分数越高,满分为100分。

1.8.4 下肢行走能力 采用下肢Brunnatrom评级^[6]和FCA综合功能评定行走功能评分^[7]。

1.9 统计学方法 以SPSS 19.0统计软件进行数据分析,计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,比较用 t 检验。计数资料比较 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者疗效比较 2组治疗有效率和治愈率比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表1、2。

表1 2组治疗有效率比较

组别	无效 (例)	有效 (例)	显效 (例)	治疗有效率 [例(%)]
对照组($n=82$)	16	10	12	66(80.5)
观察组($n=82$)	7	3	6	75(91.5)
χ^2				3.534
P				0.027

表2 2组治愈率比较

组别	基本痊愈(例)	治愈率[例(%)]
对照组(n=82)	44	44(53.7)
观察组(n=82)	66	66(80.5)
χ^2		5.299
P		0.033

2.2 2组BI和FAM评分比较 2组患者BI评分和FMA评分治疗前比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),2组患者治疗后与本组治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗后观察组患者BI评分和FMA评分均明显高于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 2组BI和FMA评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	BI评分	FMA评分
对照组(n=82)		
治疗前	26.4 ± 6.1	20.8 ± 5.1
治疗后	53.9 ± 8.4*	48.1 ± 12.6*
观察组(n=82)		
治疗前	25.8 ± 7.6	20.7 ± 6.3
治疗后	77.3 ± 7.9* Δ	67.3 ± 9.0* Δ

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

2.3 2组下肢Brunnatrom评级和FCA综合功能评定行走功能评分比较 2组患者Brunnatrom评级和FCA综合功能评定行走能力评分治疗前比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),2组患者治疗后与本组治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),治疗后观察组患者Brunnatrom评级和FCA综合功能评定行走能力评分均明显高于对照组($P < 0.05$)。见表4。

表4 2组下肢Brunnatrom评级和FCA综合功能评定行走功能评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	Brunnatrom评级	FCA综合功能评定行走功能评分
对照组(n=82)		
治疗前	2.51 ± 1.12	2.83 ± 2.24
治疗后	3.73 ± 1.08*	6.24 ± 3.16*
观察组(n=82)		
治疗前	2.33 ± 1.07	3.03 ± 2.07
治疗后	4.64 ± 1.09* Δ	9.09 ± 3.04* Δ

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

3 讨论

患者脑组织由各种因素引起的局部供血动脉血流异常称为中风偏瘫,位于血流异常血管供血区脑组织出现缺血和缺氧情况,进而导致脑组织逐渐坏死、软化,引发患者相应部位的症状和体征,神经功

能缺失症状如偏瘫和失语,严重影响了患者的生命质量^[8]。中医学认为,中风的发生主要由于患者心、肝、肾三脏阴阳失调,平素气血亏虚,加之外邪侵袭,或房事劳累,或饮酒饱食,或忧思恼怒等诱因,导致阴亏于下,血随气逆,阳化风动,肝阳暴涨,夹火夹痰,蒙蔽清窍,横窜经络,或肌肤筋脉失于濡养,气血运行受损而形成阴阳互不维系、上实下虚的危急证候。相当于现代医学的蛛网膜下腔出血、脑出血、脑梗死等。中国传统治疗方法之一的针灸,能调理脏腑气血,疏通经脉,可实现治病防病的作用,具有费用低,无不良反应,操作方便,疗效肯定等优点^[9]。中医学认为气属阳,气亏则半身不遂,无气则不能动,因此多取阳明经的穴位治疗本病,患肢的经络气血可经针刺该经穴激发,背腧穴属足太阳膀胱经与督脉穴位,脊髓和脑与2条经脉关系密切,因此,同时取相应的背腧穴位,可输送阳气与精髓至脑。从而使阳气与精髓升降出入通畅,此二经穴位经针刺后可健脑补髓,振奋阳气,促进脑功能恢复^[10]。针刺足三里可双向调节肌肉、神经,可使下肢内外侧肌群趋于平衡,改善肌肉的张力。阳陵泉可缓解肌肉痉挛。疏通下肢经脉气血的主穴委中,有迅速增强患肢肌力的作用。偏瘫治疗要穴环跳,可调节髋关节、骨盆的经脉气血。足太阴与督脉之会为百会,内系于脑,为振奋阳气的要穴,其经脉上下贯通于全身,从头至足,具有开窍醒脑、通调一身之阳的功效。总之,针刺以上穴位可调和阴阳,运行气血,疏通经络,恢复瘫痪肢体功能^[11]。现代医学则认为,针刺可促进合成一氧化氮与血液,减轻脑细胞损伤,促进脑部侧支循环的代偿功能,减轻脑组织的氧化损伤,提高SOD活性,提高一氧化氮含量,减少脑细胞凋亡和坏死,良性调节中枢神经递质的异常代谢^[12-13]。同时,电针可调整脑血管的低灌注状态,缓解脑血管痉挛,降低脑血管阻力,增加脑血流量,在一定程度上促进休眠点及潜伏通路的活化,重塑神经网络,修复损伤的脑细胞,尽可能促进本病的康复^[14]。中风后遗症可通过针灸有效治疗,中风偏瘫患者若能及时抢救,恢复的最大限度为病情稳定后1~3个月,患者由于继发性障碍于病情稳定3个月而恢复减缓,因此,早期及时介入针灸治疗至关重要。同时,应结合多种治疗方法,根据患者的病情变化将患者的运动功能从各个方面进行提高,帮助其尽快恢复,从而迅速改善其生命质量^[15]。

根据现代医学论证,针灸在很大程度上促进大脑皮质兴奋性增高,有效刺激脑电波,改变患者血流

流变学^[16]。针刺阳陵泉和曲池2个穴位,可使血液流速提高,脑血管扩张,较好缓解脑部供血。脑梗死或脑出血后不能再通某些中断神经通路,不能再生受损的神经,神经系统代偿可恢复一定功能。有研究结果显示,早期康复锻炼可使脑部受损区域某些蛋白的基因表达改变,激发在正常情况下处于潜伏状态的突触,使健侧大脑半球相应皮质代偿作用增强,促进新生突触连接侧支发芽,重建轴突联系,形成新的神经通路,从而恢复运动功能^[17]。

本研究结果显示,观察组治疗效果明显优于对照组,且下肢Brunnstrom评级、患肢运动功能评价(FMA)和FCA综合功能评定行走功能评分也均优于对照组($P < 0.05$)。这说明针灸联合康复治疗可提高老年中风偏瘫患者生活活动能力和肢体运动功能。

综上所述,老年偏瘫中风患者治疗中针灸联合康复治疗疗效确切,未发现明显不良反应,优于单独使用脑血管内科常规治疗方法。

参考文献

- [1] 王彩玲. 针灸配合康复训练治疗老年中风偏瘫临床分析[J]. 亚太传统医药,2013,9(8):96-97.
- [2] 周江波. 针灸联合康复训练对老年中风偏瘫患者的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志,2013,6(18):72-73.
- [3] 齐守成. 针灸配合康复训练治疗老年中风偏瘫临床疗效观察[J]. 航空航天医学杂志,2015,26(6):759-760.
- [4] 阿达勒别克·闹乎旦,米华加迪. 针灸配合康复训练治疗中风偏

瘫的疗效观察[J]. 医学信息,2013,26(4):460.

- [5] 张翠芳. 现代康复训练联合针灸治疗老年脑卒中合并偏瘫患者的疗效[J]. 实用临床医药杂志,2013,17(23):141-142.
- [6] 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,2013,32(20):37-38.
- [7] 张辽. 针灸加康复训练治疗脑血管意外后偏瘫临床观察[J]. 中医药临床杂志,2012,24(8):728-729.
- [8] 郭克勤,李常法. 针刺拮抗肌运动点治疗中风偏瘫痉挛状态的临床研究[J]. 河北中医学报,2014,29(4):33-35.
- [9] 王晓莉. 中医针灸结合康复治疗中风偏瘫效果探讨[J]. 中医临床研究,2016,8(12):109-110.
- [10] 王劲峰. 中医针灸结合康复治疗中风偏瘫临床研究[J]. 亚太传统医药,2015,11(2):91-92.
- [11] 魏艳红. 针灸结合补阳还五汤治疗中风偏瘫后遗症120例疗效观察[J]. 转化医学电子杂志,2015,2(9):39-40.
- [12] Zhang S, Wu B, Liu M, et al. Acupuncture efficacy on ischemic stroke recovery: multicenter randomized controlled trial in China[J]. Stroke,2015,46(5):1301-6.
- [13] 金迪,吕丹. 针灸治疗中风偏瘫临床效果评价[J]. 辽宁中医药大学学报,2017,19(5):134-136.
- [14] 王琳晶,王玉琳,王春英,等. 巨刺结合夹脊穴针法治疗中风偏瘫痉挛状态的临床观察[J]. 中医药信息,2014,31(2):88-90.
- [15] 朱现民,张敏. 针刺治疗中风后痉挛性瘫痪的多样化探讨[J]. 中医药学报,2013,41(4):130-133.
- [16] 何民鹏. 针灸手法联合康复训练治疗缺血性中风偏瘫疗效观察[J]. 新中医,2014,46(4):183-185.
- [17] 王秀霞,郭英莲. 中医护理在促进中风偏瘫病人康复中的应用研究[J]. 护理研究,2013,27(24):2619-2620.

(2016-10-12 收稿 责任编辑:杨觉雄)

(上接第973页)

- [4] 许凯声,宋建华,黄迢华,等. 针刺素髻为主对重型颅脑损伤昏迷促苏醒的临床疗效观察[J]. 中国针灸,2014,34(6):529-533.
- [5] 张毅敏,陈爱连,唐纯志,等. 电针对重型颅脑损伤昏迷患者促醒作用的临床观察[J]. 针刺研究,2013,38(2):158-162.
- [6] 唐森,宋虎杰. 针灸治疗持续性植物状态述评[J]. 中医学报,2014,29(6):845-847.
- [7] 陈霄,李省让,高青铭,等. 中医综合方案促醒持续植物状态的临床研究[J]. 中医药学报,2012,40(5):71-74.
- [8] 张利泰,王泽林,谢博多,等. “五维五感”综合手段对持续性植物状态的促醒作用[J]. 中国康复,2009,24(5):334.
- [9] 张玲,宋虎杰. 三维五感促醒法对持续植物状态患者PVS量表评分的影响和促醒作用临床研究[J]. 中医临床研究,2012,4(16):

10-12.

- [10] 李静,刘玉祁,李春华,等. 关于机体相关因素对针刺得气影响的探讨[J]. 中国针灸,2013,33(4):378-380.
- [11] 李艳,刘世文,张丽君,等. 脑外伤后持续植物状态10例促醒综合康复治疗[J]. 神经损伤与功能重建,2008,3(3):213-213.
- [12] 王永慧,张杨,马艳平,等. 影响持续植物状态患者苏醒的多因素分析[J]. 中华物理医学与康复杂志,2010,32(3):212-215.
- [13] 洪军,王升旭,马文龙,等. 重型颅脑外伤后持续性植物状态患者的促醒与康复[J]. 第一军医大学学报,2000,20(2):134-136.
- [14] 温剑峰. 持续性植物状态的促醒医学现状与进展[J]. 南昌大学学报:医学版,2012,52(8):101-104.

(2018-02-02 收稿 责任编辑:杨觉雄)