

〔文章编号〕 1007-0893(2022)02-0083-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.02.026

针灸联合偏瘫肢体综合训练对脑卒中患者的影响

谢明花¹ 陈进杰¹ 杨伟² 黄文俊¹

(1. 东莞市万江医院, 广东 东莞 523050; 2. 暨南大学附属第一医院, 广东 广州 510630)

〔摘要〕 目的: 研究针灸联合偏瘫肢体综合训练对脑卒中患者肢体运动功能评定量表(FMAS)、改良 Barthel 指数(MBI)、功能独立性测量(FIM)以及简易精神状态检查(MMSE)的影响。方法: 选取东莞市万江医院 2018 年 4 月至 2020 年 9 月期间收治的 100 例脑卒中患者, 按随机数字表法分为对照组与观察组, 各 50 例。对照组进行针灸治疗, 观察组在对照组的基础上联合偏瘫肢体综合训练, 分别在治疗前后对两组患者的肢体运动功能 FMAS、FIM、MMSE 评分以及 MBI 进行比较。结果: 治疗前两组患者的肢体运动功能 FMAS、FIM、MMSE 评分以及 MBI 比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后观察组患者的 FMAS、FIM、MMSE 评分以及 MBI 均高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 采取针灸与偏瘫肢体综合训练对脑卒中患者进行干预, 能够帮助患者改善自身的生活功能以及肢体运动控制能力, 有利于进一步提高患者的整体生活质量。

〔关键词〕 脑卒中; 针灸; 偏瘫肢体综合训练

〔中图分类号〕 R 255.2 〔文献标识码〕 B

脑卒中是一种急性常见性脑血管疾病, 是由于脑部血管突然破裂或因血管阻塞导致血液流入大脑而引起脑组织损伤的一组疾病, 包括缺血性和出血性卒中。而且脑卒中还存在发病率高、致残率高、死亡率高、复发率高、康复病程长、越来越年轻化及发病原因较复杂等特点。病变期间患者多半会出现偏瘫、运动功能障碍、生活自理能力下降、甚至会有意识障碍以及昏迷等症状, 若不能及时采取早发现、早诊断、早治疗的措施对患者进行科学、系统、精准的治疗, 极易增加患者死亡风险^[1]。中医学主张脑卒中的发生与阴阳失平衡、清窍瘀阻、经脉失畅等有关, 多是采取中医针灸疗法以借助针刺作用来起到醒脑开窍、化瘀通络之效^[2]。这虽能在一定程度上改善患者的脑神经功能, 但单纯针灸治疗主要针对脑部神经作被动调节, 并未充分调动患者自主活动功能加快病情转归, 因此还需结合其他方法加大对脑卒中患者的刺激, 才能进一步提高治疗效果。据相关研究显示^[3], 采用偏瘫肢体综合训练与针灸联合治疗的方式, 可在脑卒中患者的治疗中发挥出至关重要的作用。偏瘫肢体综合训练是康复训练的其中一种方法, 该训练方法主要用于促进中枢神经系统功能的重组, 在临床中的应用十分广泛。鉴于此, 笔者就针灸联合偏瘫肢体综合训练对脑卒中患者整体活动功能、日常生活能力等方面的影响进行研究, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取东莞市万江医院 2018 年 4 月至 2020 年 9 月期间收

治的 100 例脑卒中患者, 按随机数字表法分为对照组与观察组, 各 50 例。对照组男 26 例, 女 24 例; 年龄 52 ~ 86 岁, 平均年龄(68.54 ± 2.36) 岁; 病程 12 ~ 68 d, 平均病程(44.24 ± 2.65) d; 脑卒中类型: 28 例为脑出血, 22 例为脑梗死。观察组男 27 例, 女 23 例; 年龄 52 ~ 88 岁, 平均年龄(68.61 ± 2.28) 岁; 病程 12 ~ 70 d, 平均病程(44.31 ± 2.47) d; 脑卒中类型: 26 例为脑出血, 24 例为脑梗死。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 满足《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》中脑卒中诊断标准^[4]及《中药新药临床研究指导原则》中相关辨证分型标准^[5], 经磁共振成像检查证实存在病灶, 入院时出现肢体活动受限、口舌歪斜等典型症状; (2) 首次发病的患者; (3) 知情同意且自愿参与的患者。

1.2.2 排除标准 (1) 肝肾功能不全者; (2) 存在传染性疾病的患者; (3) 穴位表面肌肤出现破损、皮疹等不适宜进行针灸的患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 在接受常规的控制血压、调整血糖、改善脑循环、降低颅内压以及控制并发症等治疗后, 对患者实施针灸疗法。分别在患者的上下肢等选取相关穴位, 主要包括手三里、内关、合谷、曲池、外关、环跳、足三里、阳陵泉、太冲、三阴交以及承山等穴位, 同时再利用醒脑开窍针法对患者的头部面相关穴位进行针灸, 主要包括百会、印堂、下

〔收稿日期〕 2021 - 10 - 24

〔作者简介〕 谢明花, 女, 副主任技师, 主要研究方向是康复医学科相关疾病的诊治。

关、地仓、太阳、风池以及人中等穴位；对于存在吞咽功能障碍、运动功能障碍的患者要适时增加相应穴位，毫针选择华佗牌一次性针灸针（0.25 mm×40 mm），采取平补平泻手法为主，得气后留针 30 min 左右，1 次·d⁻¹，每隔 5 d 休息 2 d，7 d 为 1 个疗程，需连续治疗 4 个疗程，根据患者的具体预后情况适当调整治疗方案。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上联合偏瘫肢体综合训练。（1）体位训练：让患者采取健侧卧位，将枕头置于头部下避免头部向后扭曲，并将患肩屈曲 90°~120°，肘部伸直，患肢髋膝关节弯曲，在双腿不悬空的情况下保持臀部内收。8~10 次·组⁻¹，2~3 组·d⁻¹。（2）综合训练。①关节活动度训练：患者选取安全、舒适、方便的体位，治疗人员站在患者体侧，分别用上方手与下方手蜗状肌抓握患者肢体，视患者活动度恢复情况循序渐进地给予肩、肘、腕、髋、膝、踝、指与趾关节活动，各关节各方向 10~15 次·组⁻¹，2~3 组·d⁻¹。②平衡训练：让患者采取仰卧位，通过桥式运动、端坐位平衡训练以及站立训练等方式锻炼患者的平衡能力，每次训练 10 min，1 次·d⁻¹。③转移训练：根据患者的姿势让患者进行前、后、左、右各方向移动、不同坐卧位交替等转移训练方式，每次训练 10 min，1 次·d⁻¹。④被动-助力-主动-抗阻肌力训练：及时评估患者的肌肉收缩情况，并根据评估结果为患者制定针对性的肌力训练方案。首先，协助患者开展膝、踝关节被动关节训练，初始关节屈伸角度维持在 60°，待患者适应训练强度后可逐渐增大屈伸角。10 次·组⁻¹，后依次开展助力、主动、抗阻训练，完成以上训练为一个循环，每个循环后休息 2 min，视患者承受能力，每日开展 3~4 个循环的训练，以患者感到肌肉适度疲劳为宜。⑤重心转移-跨步训练：让患者在原地进行迈步、侧方迈步等训练，并告知患者如何进行重心转移，10 min·次⁻¹，1 次·d⁻¹。⑥仰卧位-坐起转移训练：让患者保持健侧卧位，保证患侧腿在上，将其侧移放置于床边，护理人员扶住患者的肩部，让患者在护理人员的帮助下慢慢坐起，20 min·次⁻¹，1 次·d⁻¹。⑦坐位-站起转移训练：让患者保持端坐位，双脚踩地，双脚慢慢站立，10~20 次·组⁻¹，2~3 组·d⁻¹。⑧日常生活活动（activity of daily living, ADL）训练：训练患者正确的进食、上厕所、穿衣以及上下楼梯，训练贯穿于患者每日的基本活动当中。

1.4 观察指标

（1）运动功能：采取运动功能评定量表（Fugl-Meyer assessment scale, FMAS），分别从上肢（根据由差至优活动能力赋分 0~66 分）、下肢（根据活动能力由差至优依次赋分 0~34 分）运动能力入手进行评估；（2）日常生活活动的功能状态采取改良 Barthel 指数（modified Barthel index, MBI）量表进行测评，MBI 主要评估个人独立完成控制大便、上下楼等活动的的能力，百分制计分，分数与日常

生活活动能力成正比；（3）功能独立性采取功能独立性测量（functional independence measurement, FIM），FIM 从运动功能（最高分 91 分）、认知功能（最高分 35 分）2 个方面入手评估个人独立性，2 项得分之和为 FIM 评分，分数越高表示受测者该项目的独立完成能力较强；（4）认知能力：简易精神状态检查（mini-mental state examination, MMSE）量表进行测评，MMSE 评估内容包括记忆力、计算力、语言、定向力及回忆共 5 个方面的内容，赋分 0~30 分，分数与智力状态成正比^[6]。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

治疗前两组患者的肢体运动功能 FMAS、FIM、MMSE 评分以及 MBI 比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；治疗后观察组患者的 FMAS、FIM、MMSE 评分以及 MBI 均高于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

表 1 两组患者治疗前后各项临床指标比较（*n* = 50, $\bar{x} \pm s$, 分）

组别	时间	FMAS	MBI	FIM	MMSE
对照组	治疗前	50.14±5.21	45.54±5.14	63.25±8.65	22.51±2.36
	治疗后	70.25±5.32	59.25±5.42	86.24±10.54	25.65±1.84
观察组	治疗前	50.32±5.41	45.66±5.18	63.47±8.59	22.52±2.33
	治疗后	78.25±5.65 ^a	70.25±5.14 ^a	95.21±11.12 ^b	26.74±1.56 ^a

注：FMAS—运动功能评定量表；MBI—改良 Barthel 指数；FIM—功能独立性测量；MMSE—简易精神状态检查。与对照组治疗后比较，^a*P* < 0.05。

3 讨论

近年来，我国人口老龄化的问题越来越严重，脑血管疾病是影响人们健康的主要元凶，脑卒中在我国的发病率也在逐年增高。该病早发现、早诊断、早干预尤为重要，后期系统、精准的康复治疗是影响患者日常生活质量的前提。中医认为^[7]，脑卒中隶属“中风”“痿痹”的范畴，其发病原因主要与阴阳失衡、年龄偏大、气血亏虚以及肝肾阳虚等因素相关，因此在对该病进行治疗时，需遵循滋补肝肾、通经活络的治疗原则。

古法中医中针灸疗法是最为常见的治疗方法之一，通过针刺的方式，刺激病灶相关的穴位，从而达到促进运动功能恢复的目的^[8-9]。这一疗法虽对于纠正机体气血紊乱有显著作用，但是，临床研究显示，单一的针灸疗法主要对脑卒中患者偏瘫等神经异常放电所致病理性反应有调节、纠正作用，难以快速改善患者的日常生活能力，因此对患者进行干预还需结合运动训练的方式，才能进一步减少脑卒中症状对于日常活动能力的影响，同时提高患者的生活质量。偏瘫肢体综合训练是临床中常见的康复训练方法，主

要方法有: Brunnstrom、Rood、本体感觉神经肌肉促进疗法 (proprioceptive neuromuscular facilitation, PNF)、Bobath 技术等。主要是通过针对性运动训练的方式, 以精准的重复性运动, 从量变到质变的过程, 刺激脑卒中患者偏瘫的部位, 以此来促进患者患侧的协调、运动控制能力等。在脑卒中患者接受针灸治疗的过程中, 对其实施偏瘫肢体综合训练, 主要有以下几个优点^[10-12]: (1) 协助患者进行正确的体位训练, 从正确的认知到行为的控制, 能够避免患者错误运动, 使患者能够建立正确的运动模式, 有利于调节患者的神经系统, 促使运动功能整体进步; (2) 通过肌力训练、转移以及平衡等训练方法, 能够帮助患者调节自身的身体机能, 有利于促进患者运动功能的恢复; (3) 通过综合训练的方式, 加强对患者的穿衣、上下楼梯等训练, 能够在一定程度上改善患者的日常生活能力, 有利于进一步提高患者的生活质量^[13]。

脑卒中会破坏中枢神经系统功能, 进而导致与之关联的肌肉、神经组织功能出现异常; 以循序渐进的方式从被动关节屈伸过渡至主动、抗阻肌力训练, 能够顺应患者个人的康复进程, 稳步改善患者血液循环, 促使机体物质代谢、转运效率得以加快, 进而为其受损中枢神经提供充足的营养成分补充, 加快其脑部神经功能恢复, 强化中枢神经对机体其他系统功能的合理调控作用^[14]。同时, 灵活转换训练方式, 从平衡、重心维持等方面入手对患者紊乱的神经功能进行纠正, 并结合 ADL 训练将肢体功能锻炼内容融入患者日常生活当中, 有利于患者养成良好的运动习惯, 逐步提高自理能力。交替开展被动、主动训练, 可有效激活中枢神经系统神经细胞, 在此基础上联合针灸治疗, 可从内部、外部两个途径同时对神经、血管物质代谢活动进行调控, 阻止脑卒中所引发的脏腑失调、气机失常、血流不畅等病理性变化, 通过针刺来解除血脉瘀阻状态, 加快肢体神经传导效率, 改善微循环, 重塑神经系统功能^[15-16]。在针灸治疗调节整体微循环、综合训练强化身体肌力的协同作用下, 患者逐渐能够利用独立性思维去完成各项日常活动, 同时在综合运动过程中恢复自身对于身体肌力的支配能力, 进而逐渐恢复健康的体魄, 其日常生活能力自然得以改善。本研究观察组在对患者实施针灸治疗与偏瘫肢体综合训练后, 观察组患者的 FMAS、FIM、MMSE 评分以及 MBI 均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。由此可见, 通过针灸与偏瘫肢体综合训练联合治疗的方式, 可在一定程度上加快脑卒中患者的肢体运动功能恢复速度, 有利于改善患者的日常生活能力, 从而达到提高患者生活质量的目的。

综上所述, 针对脑卒中患者, 采用针灸与偏瘫肢体综合训练联合治疗方法, 较传统采用针灸单一治疗方法, 能更有效改善患者的日常生活自理能力, 进一步提升患者的肢体运

动功能, 提高患者的生活质量。

〔参考文献〕

- (1) 张芳芳, 杨海燕, 伍珺. 超早期康复训练对脑卒中病人神经生化标志物水平和运动功能的影响 (J). 护理研究, 2019, 33(6): 158-161.
- (2) 周峦, 祝丹妮. 天智颗粒、针灸联合康复训练对脑卒中后偏瘫患者 FMA、MBI、SS-QOL 评分的影响 (J). 陕西中医, 2018, 39(7): 46-48.
- (3) 倪广晓, 韩娟, 王亚利, 等. 和血生络方联合早期康复训练对缺血性脑卒中偏瘫患者肢体功能的影响及机制探讨 (J). 河北中医药学报, 2020, 35(1): 8-11, 15.
- (4) 钟迪, 张舒婷, 吴波. 《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》解读 (J). 中国现代神经疾病杂志, 2019, 19(11): 897-901.
- (5) 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (M). 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- (6) 王玉龙. 康复功能评定学 (M). 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 154-400.
- (7) 王立童, 王鑫, 代永利, 等. 子午流注纳支针刺法结合康复训练治疗脑卒中患者肢体功能障碍的临床观察 (J). 上海中医药杂志, 2018, 52(9): 47-50.
- (8) 胡振国, 孙丽琴, 杨文, 等. 迷走神经电刺激联合中医综合治疗对脑卒中后病人偏瘫肢体功能恢复的效果研究 (J). 中西医结合心脑血管病杂志, 2018, 16(14): 1974-1976.
- (9) 景福权, 秦虎, 刘欢, 等. 针灸联合康复治疗对缺血性脑卒中偏瘫患者肢体运动功能及血清 cAMP, cGMP 的影响 (J). 中国针灸, 2020, 40(6): 581-585.
- (10) 柏青. 针灸推拿结合康复训练提高脑卒中后偏瘫患者康复效果的临床观察 (J). 大医生, 2018, 14(Z1): 92.
- (11) 丁勇. 传统针灸推拿辅以先进康复训练提升脑卒中致偏瘫患者预后效果的临床观察 (J). 大医生, 2019, 4(24): 16-18.
- (12) 祁丽丽, 凌隽, 韩振翔, 等. 互动式头针结合 PNF 技术对缺血性卒中痉挛性偏瘫上肢功能的影响 (J). 中国针灸, 2018, 38(3): 234-238.
- (13) 陈冲. 针刺组穴对脑卒中后偏瘫病人神经功能及患肢肢体功能恢复的影响 (J). 内蒙古医科大学学报, 2019, 41(1): 78-80.
- (14) 李志鹏, 李国徽. 针灸联合康复治疗在早期缺血性脑卒中患者功能恢复中的应用效果观察 (J). 亚太传统医药, 2018, 14(5): 168-170.
- (15) 龙忠国, 赵志宏, 毛小春, 等. 分析疏经通督推拿, 康复训练联用对改善脑卒中患者偏瘫肢体运动能力的效果 (J). 中国社区医师, 2018, 5(34): 162-163.
- (16) 白玲, 郭倩倩, 李玉平. 推拿联合综合康复干预治疗卒中后肢体偏瘫对照研究 (J). 临床心身疾病杂志, 2018, 24(6): 104-107.