

## • 中医药研究 •

(文章编号) 1007-0893(2022)09-0053-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.09.016

# 李氏飞针联合康复训练对中风恢复期偏瘫患者整体功能和日常生活能力的影响

陈清清 林国清 李学麟

(福建中医药大学附属人民医院, 福建 福州 350004)

**〔摘要〕** **目的:** 分析李氏飞针配合康复训练对中风恢复期偏瘫患者整体功能和日常生活能力的影响。**方法:** 选取福建中医药大学附属人民医院 2019 年 1 月至 2020 年 12 月期间收治的 50 例中风恢复期偏瘫患者, 以随机数字法分为对照组 (25 例, 常规康复训练) 和观察组 (25 例, 李氏飞针联合康复训练), 比较两组患者治疗前后的肢体功能、日常生活能力、心理状态。**结果:** 两组患者治疗前的 Fugl-Meyer 评定量表 (FMA)、Barthel 指数 (BI)、生活质量评价量表 (SF-36)、焦虑自评量表 (SAS) 及抑郁自评量表 (SDS) 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后观察组患者 FMA、BI、SF-36 评分均高于对照组, SAS、SDS 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。两组患者治疗前美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS)、Rankin 修订量表 (mRS) 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后观察组患者 NIHSS、mRS 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 对中风恢复期偏瘫患者开展李氏飞针联合康复训练, 可有效促进患者肢体功能恢复, 提高日常生活能力, 改善患者负面情绪及促进患者神经功能缺损情况改善。

**〔关键词〕** 中风; 偏瘫; 李氏飞针; 康复训练**〔中图分类号〕** R 743.3 **〔文献标识码〕** B

中风主要由脑出血和脑缺血导致脑血液循环障碍引起的神经功能缺损的表现, 此病病情发展迅速, 如风一样“善行而数变”, 若患者未及时恢复脑组织供血供氧, 可导致严重的神经功能受损, 引起肢体功能障碍, 这也是中风疾病的高发并发症<sup>[1-2]</sup>。目前临床对于此类患者的主要干预措施为早期康复训练, 虽有一定应用效果, 但作为刺激患者肢体为主的康复干预措施, 缺乏对患者受损神经的治疗效果, 难以取得理想干预效果<sup>[3]</sup>。中医认为中风是由多种因素影响引起的机体气血逆乱, 脑脉痹阻等, 其治疗应以调节脏腑、血运为主, 而针刺作为中医外治疗法之一, 主要通过针刺经络穴位, 促使相联系的脏器组织器官恢复正常, 调节脏腑, 进而起到舒经通络, 气血流畅的作用, 以此恢复纠正神经紊乱, 提高存在功能障碍的肢体血运, 再联合常规的康复锻炼, 可在短时间内促进患者肢体功能恢复, 改善或消除患者偏瘫症状<sup>[4]</sup>。基于此, 本研究就李氏飞针联合康复训练对中风恢复期偏瘫患者的应用价值进行讨论分析, 具体如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取福建中医药大学附属人民医院 2019 年 1 月至

2020 年 12 月期间收治的 50 例中风恢复期偏瘫患者, 以随机数字法分为对照组和观察组, 各 25 例。对照组男 13 例, 女 12 例; 年龄 40~70 岁, 平均年龄 (58.76 ± 12.01) 岁; 病程 1~3 个月, 平均病程 (1.58 ± 0.91) 个月; 美国国立卫生研究院卒中量表 (national Institute of health stroke scale, NIHSS) 评分 7~13 分, 平均 NIHSS 评分 (10.85 ± 2.11) 分。观察组男 14 例, 女 11 例; 年龄 40~70 岁, 平均年龄 (59.03 ± 11.54) 岁; 病程 1~3 个月, 平均病程 (1.47 ± 0.88) 个月; NIHSS 评分 7~13 分, 平均 NIHSS 评分 (10.84 ± 2.09) 分。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) 均符合《中国脑血管病防治指南》<sup>[5]</sup>中关于中风的诊断标准, 且均在经对症治疗后继留不完全偏瘫 (身体一侧的轻度瘫痪); (2) 入组时肢体功能评分 < 60 分, 基本日常活动能力评分 < 50 分; (3) 根据患者中医辨证为型进行辨证施针<sup>[6]</sup>。

1.2.2 排除标准 (1) 有精神病史者 (如阿尔茨海默病); (2) 凝血功能异常或者存在下肢深静脉栓塞疾病者; (3) 脑肿瘤、寄生虫; (4) 糖尿病血糖控制差者; (5) 既往具有肢体残疾、肌肉相关疾病; (6) 中途退

**〔收稿日期〕** 2022-03-08**〔作者简介〕** 陈清清, 女, 主治医师, 主要研究方向是中医内科学。

出研究者（如失联、强烈抵触及转院者）。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 给予常规恢复期康复训练，即患者病情稳定后，结合患者的受教育背景，与患者开展健康宣教，其主要宣教内容为患者当前病况及康复锻炼方案、流程、理想效果等，以此树立患者治疗信心，重点告知积极配合恢复期康复锻炼对促进患者肢体功能障碍改善或恢复的重要性，以此提升患者的锻炼依从性。再综合评估患者的身体状况（如病情、营养状态、年龄），制定个性化康复锻炼计划，由早期的肢体按摩（每日早晚对功能障碍侧肢进行适当按摩，每次时间应在 40 min），逐渐过渡至肢体锻炼（如床边站立、缓行、单腿站立及抓握训练等，每次时间应在 30 min），并加强患者四肢关节屈伸等活动或按摩（每次锻炼后活动或按摩 10 min），促进四肢血液循环。其次，康复锻炼期间，应给予患者常规饮食指导、加强基础护理和肢体摆放等指导，最后，护理人员还应结合患者的治疗方案告知用量规范流程，在患者出院时发放病情管理手册，其主要内容为日常康复锻炼指导和日常饮食指导。

1.3.2 观察组 在对照组的康复训练基础上，给予《小儿飞针疗法》<sup>[7]</sup>中的李氏飞针针刺治疗，具体措施为：采用长度 8 cm，直径 0.3 cm 的银针为针具，行针前用 75% 乙醇棉球消毒针刺部位，用轻浅快速的点刺方法沿着患侧十二经脉循行的路线斜挑点刺。针刺程序：从身体部位来说，先头面后躯干；先胸腹后腰背；最后刺四肢。对于同一经络循行路线，应先上后下，即先从线的上端均匀往下点刺，针点之间的距离为 0.5~1 cm，每条线平均刺 6~7 点，每条线每日点刺 1 次，主穴取头顶区刺激线（包括顶中线：即百会穴至前发际正中、百会穴至枕骨中心的连线，前接额中线，后接枕中线。顶侧 1 线：即由顶中线两侧各旁开约 1.5 寸的平行线，左、右各 1 条。顶侧 2 线：即与顶侧 1 线距离约 1.5 寸的平行线，左、右各 1 条）、枕部刺激线（包括枕中线：即自枕后正上方之后顶穴处直下至后发际正中的连线。枕侧 1 线：即距枕中线约 1 寸处的平行线（即沿颈筋平行向下至后发际的连线），左、右各 1 条。枕侧 2 线：即与枕侧 1 线距离约 1 寸的平行线，下沿至后发际，左、右各 1 条），配穴：对于肝阳暴亢型配胸区刺激线（即结喉胸骨颈切迹沿胸骨正中至剑突尖部的连线）；阴虚风动型配背区刺激线（包括大椎线：自第七颈椎下沿至第一腰椎上的连线。背侧脏俞线：即与背中线距离约 1.5 寸的平行线，左、右各 1 条。）、腰部刺激线（命门线：即自第一腰椎正中向下至尾闾骨端的连线。腰侧腑俞线：即与腰中线距离约 1.5 寸的平行线，上接背侧脏俞线，下至臀大肌起始部，左、右各 1 条。）；口角歪斜配颊

区刺激线（即从耳屏正中前近听宫穴处，下引至曲颊部的连线。左、右各 1 条）；痰热腑实型配胸区刺激线、腹刺激线（主要选择 3 条，中脘线：自剑突向下沿腹白线至脐上的连线。脐周线：以脐为圆心，距脐半径约为 5 分处的圆周线，可均匀分为 6 个刺激点。天枢线：即与下腹中线距离约 2 寸的平行线，上按天枢穴，下至腹股沟沿，左、右各 1 条）；上肢不遂配手三阳刺激线（包括少阳线：即自肘尖沿手臂背阳面至腕横纹正中阳池穴的连线，左、右手各 1 条。阳明线：即自屈肘横纹尽头曲池穴，沿桡骨侧至腕侧横纹陷处阳溪穴的连线，左、右手各 1 条。太阳线：即自肘尖外大骨陷处小海穴，沿尺侧至腕侧横纹陷处阳谷穴的连线，左、右手各 1 条）；下肢不遂配足三阳刺激线（包括胫前线：自膝下足三里穴，沿胫骨前沿直下，至跗关节解溪穴的连线。膝外线：即自膝外侧腓骨小头下，至足外踝尖上的连线。膝内线：即自膝内侧屈膝横纹尽头，至足内踝尖上的连线。左、右足各 1 条刺线，共 6 条）。每周连续治疗 6 次，治疗 4 周。

### 1.4 观察指标

(1) 以 Fugl-Meyer 评定量表 (Fugl-Meyer assessment, FMA) (满分 100 分) 评估两组患者干预前后的肢体功能，评分与肢体功能呈正比；(2) 以 Barthel 指数 (Barthel index, BI) 评估两组患者干预前后的日常生活能力，该量表主要包括 10 个维度，满分 100 分，评分与日常生活能力呈正比；(3) 以生活质量评价量表 (short form 36 questionnaire, SF-36) 评估两组患者干预前后的生活质量，此量表主要包括 8 个维度，共 36 个条目，满分 100 分，评分与生活质量呈正比；(4) 以焦虑自评量表 (self-rating anxiety scale, SAS) 及抑郁自评量表 (self-rating depression scale, SDS) 评定两组患者干预前后的焦虑及抑郁程度，两个量表均有 20 个条目，分值在 0~80 分，分值与焦虑和抑郁程度呈正比；(5) 以 NIHSS 评价两组患者治疗前后的神经功能缺损程度，此量表内容包括 13 个方面，总计 0~42 分，分数越高，评定为神经功能缺损程度越严重；以 Rankin 修订量表 (modified Rankin scale, mRS) 评价两组治疗前后的神经功能恢复情况，此量表为 5 级评分制，评分与恢复情况呈反比。

### 1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 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  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者治疗前后 FMA、BI、SF-36、SAS 及 SDS 评分比较

两组患者治疗前的 FMA、BI、SF-36、SAS 及 SDS

评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后观察组患者 FMA、BI、SF-36 评分均高于对照组, SAS、

SDS 评分低于对照组, 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 FMA、BI、SF-36、SAS 及 SDS 评分比较 ( $n = 25, \bar{x} \pm s, \text{分}$ )

组别	时间	FMA	BI	SF-36	SAS	SDS
对照组	治疗前	51.43 ± 9.14	30.42 ± 4.15	60.15 ± 10.51	62.27 ± 12.97	62.43 ± 10.24
	治疗后	67.94 ± 10.22	48.79 ± 9.64	78.93 ± 7.53	57.36 ± 8.99	55.74 ± 7.69
观察组	治疗前	50.98 ± 10.02	31.05 ± 5.11	60.22 ± 10.37	61.79 ± 12.77	61.29 ± 11.07
	治疗后	85.49 ± 7.05 <sup>a</sup>	72.46 ± 14.45 <sup>a</sup>	87.46 ± 3.91 <sup>a</sup>	45.69 ± 7.64 <sup>a</sup>	46.34 ± 5.74 <sup>a</sup>

注: FMA — Fugl-Meyer 评定量表; BI — Barthel 指数; SF-36 — 生活质量评价量表; SAS — 焦虑自评量表; SDS — 抑郁自评量表。与对照组治疗后比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组患者治疗前后的 NIHSS、mRS 评分比较

两组患者治疗前 NIHSS、mRS 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后观察组患者 NIHSS、mRS 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后的 NIHSS、mRS 评分比较 ( $n = 25, \bar{x} \pm s, \text{分}$ )

组别	时间	NIHSS	mRS
对照组	治疗前	10.85 ± 2.11	3.55 ± 0.52
	治疗后	6.19 ± 0.98	2.46 ± 0.81
观察组	治疗前	10.84 ± 2.09	3.49 ± 0.49
	治疗后	4.15 ± 1.01 <sup>b</sup>	1.73 ± 0.79 <sup>b</sup>

注: NIHSS — 美国国立卫生研究院卒中量表; mRS — Rankin 修订量表。与对照组治疗后比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

中风可导致患者颅内高压, 部分神经组织缺氧、缺血, 若患者未及时采取对症治疗, 改善上述症状, 则可在短时间内死亡, 而随着当前医疗科技的不断成熟, 大部分患者均可通过早期的降颅压、纠正激素紊乱、吸氧等综合对症的基础治疗取得较佳效果, 降低短期死亡率。但中风导致的神经功能受损使其仍具有较高的致残率, 其中偏瘫是最常见的后遗症, 可导致患者产生不同程度的肢体功能障碍, 不仅影响患者的正常生活, 且增加患者的家庭负担。对此, 寻求快速恢复中风恢复期偏瘫患者肢体功能障碍的临床干预措施为当前研究重点。

康复训练为中风恢复期偏瘫患者的首选干预措施, 但此干预措施多采取适当的训练运动, 抑制患者异常活动等措施为主, 以此促进患者原始反射活动恢复, 虽有一定应用效果, 但起效缓慢, 大部分患者难以坚持锻炼, 极易因漫长的训练期而降低治疗信心, 进一步降低康复效果, 以此形成恶性循环, 在临床应用中存在局限<sup>[7-8]</sup>。中医认为中风的主要病理机制为“窍闭神匿、神不导气”, 致神无所附、肢无所用。而针刺具有醒脑开窍、滋补肝肾、疏通经络的作用, 对促进患者肢体功能及言语障碍

的恢复具有积极作用。基于此, 本研究就将其用于中风恢复期偏瘫患者的康复训练基础上, 其研究结果显示, 治疗后观察组患者 FMA、BI、SF-36 评分均高于对照组, SAS、SDS 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后观察组患者 NIHSS、mRS 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。分析原因, 常规的康复训练干预措施, 作为结合患者身体恢复情况开展的由简至难、由弱至强的身体康复锻炼措施, 虽有一定的机体恢复促进效果, 但单纯依靠康复锻炼, 缺乏对受损脑组织的修复作用及血液灌注, 其受损的神经组织恢复缓慢则可导致肢体功能恢复周期较长, 在此期间, 患者仍受肢体障碍影响, 无法正常生活。而针刺疗法, 可通过刺激局部穴位, 而起到局部血管扩张的作用, 以此建立脑血管侧支循环, 增加颅内血运, 增加神经组织血氧供应, 刺激机体内循环, 激活神经细胞, 从而恢复运动神经元传递, 恢复患者肢体功能<sup>[9]</sup>。且通过选择对应穴位(如合适的头针、体针等), 可提高患者中风造成的局部脑组织缺血半暗带区血液的供应, 以此刺激患者受损神经系统活性, 增加患者大脑皮层活动和患者兴奋反应能力, 可有效促进患者神经功能重建, 进而起到促进患者肢体功能恢复效果<sup>[10]</sup>。尤其是李氏飞针, 作为讲究在区域病机线索下针的针刺疗法, 可引气归经, 导气通腑, 祛除病邪, 将其用于中风恢复期偏瘫患者的康复锻炼基础上, 可取得疏通经气、化痰解痉的效果, 再以此增强四肢及颅脑内的血运, 改善四肢经络淤血阻滞的情况, 起到盈润四肢神经功能血运和神经元传导, 快速恢复其肢体功能, 恢复其日常生活能力, 并以此减轻患者的身心负担与家庭经济负担等, 再以此缓解患者的负面情绪, 提升生活质量, 且以此形成良性循环, 促使患者积极配合治疗工作开展, 提升针刺疗效。

综上所述, 李氏飞针联合康复训练用于中风恢复期偏瘫患者的临床干预中, 对加快患者肢体功能恢复, 提升其日常生活能力, 消除或减轻其负性情绪及促进患者神经功能缺损情况改善均有积极作用。

## 〔参考文献〕

- (1) 刘涛涛, 王晓燕. 滋阴通络方联合针刺治疗对中风恢复期偏瘫患者整体功能和日常生活能力的影响研究 (J). 贵州医药, 2021, 45(10): 1567-1568.
- (2) 徐颖, 李名球. 针刺配合康复训练对中风偏瘫患者肢体运动功能恢复及日常生活能力的影响 (J). 中国中医药现代远程教育, 2020, 18(21): 97-99.
- (3) 李成国, 胡一莉, 戴慧峰, 等. 针刺结合运动康复疗法对中风偏瘫患者肢体运动功能和日常生活能力的影响 (J). 中国中医急症, 2014, 23(3): 442-443.
- (4) 喻凤文, 戚秩铭, 谯智泉. 针灸联合康复训练对中风后偏瘫患者下肢运动功能及生活质量的影响 (J). 四川中医, 2020, 38(3): 200-203.
- (5) 饶明俐. 中国脑血管病防治指南 (M). 北京: 人民卫生出版社, 2007: 134-135.
- (6) 郦永平. 中风辨证现代化理论探讨 (J). 江苏中医, 2001, 46(3): 5-7.
- (7) 李学麟. 小儿飞针疗法 (修订版) (M). 福州: 福建科学技术出版社, 2018: 11-13.
- (8) 王思予. 针刺结合运动康复疗法对中风偏瘫患者肢体运动功能和日常生活能力的影响 (J). 中国伤残医学, 2021, 29(17): 50-51.
- (9) 崔利. 中医综合护理干预对中风偏瘫患者生活自理能力及肢体功能的改善作用分析 (J). 医学理论与实践, 2020, 33(12): 2046-2048.
- (10) 凌春华, 刘国辉, 梁翠葵, 等. 中风后偏瘫患者进行中医特色护理对其运动功能及生活质量的影响 (J). 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(78): 123-124.

〔文章编号〕 1007-0893(2022)09-0056-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.09.017

## 肛肠术后尿潴留应用针灸联合补中益气丸的临床疗效

梁忠平<sup>1</sup> 孙明坤<sup>1</sup> 章智<sup>2</sup> 黄兆慧<sup>2</sup>

(1. 清远市人民医院, 广东 清远 511500; 2. 清远市人民医院连山分院, 广东 清远 511500)

〔摘要〕 **目的:** 探讨肛肠术后尿潴留患者应用针灸联合补中益气丸治疗的效果。**方法:** 选取清远市人民医院2018年1月至2021年12月期间收治的肛肠术后尿潴留患者80例, 根据患者就诊先后顺序将其平均分配为对照组与观察组, 各40例。对照组患者给予补中益气丸治疗; 观察组患者给予针灸联合补中益气丸方案开展治疗; 比较不同方案应用优势。**结果:** 观察组患者的自行排尿时间、排尿完全通畅时间、下床活动时间、首次进食时间、首次排便时间、在院治疗时间均短于对照组, 首次排尿后膀胱残余尿量少于对照组, 治疗后2h内排尿总量高于对照组, 差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组患者治疗总有效率为95.00%, 高于对照组的77.50%, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后观察组患者的生理机能、生理职能、躯体疼痛、精力、社会功能、情感职能、精神健康及一般健康状况评分均高于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组患者的总满意度为97.50%, 高于对照组的82.50%, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组患者在治疗期间均未出现明显不良反应。**结论:** 肛肠术后尿潴留患者应用针灸联合补中益气丸治疗确切, 缩短患者自行排尿时间、下床活动时间及在院治疗时间等, 治疗方式简单, 更易获得患者认可与满意, 而且治疗安全性高。

〔关键词〕 尿潴留; 肛肠术后; 针灸; 补中益气丸

〔中图分类号〕 R 694<sup>+</sup>.55 〔文献标识码〕 B

尿潴留是指无法自然、充分排空膀胱内的尿液。在临床中尿潴留具体可分为急性与慢性, 急性尿潴留指发病较为突然, 膀胱内充满尿液却无法排除, 而慢性尿潴留具有起病缓慢特征, 腹部充满尿液, 而患者无明显症状表现, 通过临床相关数据得知: 高年男性、生理因素、外伤与手术等是诱发尿潴留主要原因之一<sup>[1]</sup>。受到多种

因素的影响导致肛肠疾病发生率递增, 从而增加肛肠术后尿潴留情况的发生率, 疾病形成可导致患者机体出现排尿困难、腹部疼痛与障碍、尿不尽及尿频等症状, 若情况严重, 还可引发肾功能衰竭、尿路感染及尿失禁等一系列并发症, 这对患者身心健康非常不利<sup>[2]</sup>。临床中, 对于尿潴留多选择药物治疗, 但不同方案所达到的疗效

〔收稿日期〕 2022-03-11

〔作者简介〕 梁忠平, 男, 副主任医师, 主要从事肛门结直肠疾病的诊断和治疗工作。