

[文章编号] 1007-0893(2023)15-0049-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.15.015

温针灸联合推拿治疗脑卒中后偏瘫患者的临床疗效

郭佳佳¹ 张程² 李一萍²

(1. 焦作市中医院, 河南 焦作 454000; 2. 商丘市中医院, 河南 商丘 476000)

[摘要] 目的: 探讨温针灸联合推拿治疗脑卒中后偏瘫患者的临床疗效。方法: 将 2021 年 2 月至 2023 年 1 月焦作市中医院收治的 82 例脑卒中后偏瘫患者纳入研究。根据随机数表法分为对照组和观察组, 均 41 例。对照组患者接受控血压、控血糖、控血脂、给予神经营养等常规治疗, 并开展常规康复训练。观察组患者在对照组基础上增加温针灸及推拿。比较两组患者疗效、神经功能及肢体功能、躯干控制能力和步行能力。结果: 观察组患者治疗总有效率为 90.24%, 高于对照组的 73.17%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 评分均下降, 上肢 Fugl-Meyer 评定量表 (FMA)、下肢 FMA 评分均升高, 且治疗后观察组患者 NIHSS 评分低于对照组, 上肢 FMA、下肢 FMA 评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者 3 m 起立行走试验 (3TUG) 均下降, 躯干损伤量表 (TIS) 评分、10 m 最大步行速度 (10MWS) 均升高, 且治疗后观察组患者 3TUG 低于对照组, TIS 评分、10MWS 均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 温针灸联合推拿治疗脑卒中后偏瘫患者可提高治疗效果, 且有助于神经功能、躯干控制能力、肢体运动功能的改善。

[关键词] 脑卒中; 偏瘫; 温针灸; 推拿**[中图分类号]** R 255.2 **[文献标识码]** B

脑卒中是中老年人群常见急性脑血管疾病, 具有“三高”特点, 即高发病率、高死亡率、高致残率^[1]。偏瘫是脑卒中患者一种常见后遗症, 以关节僵硬畸形、肢体运动模式异常为主要临床表现, 严重影响患者日常生活^[2]。临床治疗脑卒中后偏瘫患者的主要目标为恢复肢体功能、降低致残率, 而完成这一主要目标的重点以及难点就在于躯干控制能力的康复治疗^[3]。西医对于该类患者的治疗以物理疗法、康复训练为主, 虽有助于恢复肢体功能, 但整体效果不理想。近年来, 部分学者将脑卒中后偏瘫患者的治疗转向了中医, 针灸、推拿、穴位按摩、中药等方式均可提高治疗效果, 不同治疗方案效果不一^[4]。

本研究通过对 82 例脑卒中后偏瘫患者进行分组干预, 探讨温针灸联合推拿对脑卒中后偏瘫患者躯干控制与肢体功能的影响。现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2021 年 2 月至 2023 年 1 月焦作市中医院收治的 82 例脑卒中后偏瘫患者纳入研究。根据随机数表法分为对照组和观察组, 均 41 例。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, 见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

(n = 41)

组别	性别 / 例		年龄 / $\bar{x} \pm s$, 岁	病程 / $\bar{x} \pm s$, d	脑卒中类型 / 例		发病部位 / 例		偏瘫侧 / 例	
	男性	女性			脑梗死	脑出血	额叶	基底核区	左侧	右侧
对照组	28	13	61.57 ± 5.34	49.63 ± 7.52	24	17	17	24	22	19
观察组	27	14	61.86 ± 5.16	50.52 ± 7.46	26	15	16	25	21	20

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 脑卒中符合相关诊断标准^[5], 且经影像学确诊, 卒中后合并偏瘫; (2) 首次发病; (3) 单侧脑组织受损; (4) 认知能力正常; (5) 对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 合并恶性肿瘤; (2) 既往

有颅脑损伤史者; (3) 合并精神疾病, 无法配合治疗者; (4) 合并帕金森、骨关节疾病等对患者肢体功能有影响的疾病。

1.3 方法

1.3.1 对照组 接受控血压、控血糖、控血脂、给予神经营养等常规治疗, 并开展常规康复训练, 包括被

[收稿日期] 2023 - 05 - 30**[作者简介]** 郭佳佳, 女, 主治医师, 主要研究方向是针灸推拿。

动及主动关节活动、平衡训练、抑制痉挛训练等。被动及主动关节活动：包括膝关节、肘关节、踝关节、肩关节等关节屈伸运动，关节活动幅度尽可能达到正常关节活动范围，2次·d⁻¹，8遍·次⁻¹，每次训练前按摩上下肢10 min。平衡训练：取平卧位，双手抱头，双手及双脚分别或同时离开抬起，锻炼躯干肌力量，患侧下肢进行外展、内收、侧卧屈膝、直腿抬高、俯卧屈膝等训练，强化下肢力量；取坐位，侧屈、前倾躯干，向侧、前方、后、上方进行摸物、拾物训练，逐渐增加物体质量和间距；坐下和站起训练，进行仰卧、俯卧、跪、站立连续性动作转换训练；平衡训练30 min·次⁻¹，2次·d⁻¹。抑制痉挛训练，指导患者正确保持仰卧位、患侧卧位、健侧卧位、床上坐位、坐位等抗痉挛肢位，2 h调整一次体位。根据患者患肢功能恢复情况指导并协助其逐渐站立、行走。治疗12周。

1.3.2 观察组 在对照组基础上增加温针灸及推拿。

(1) 温针灸。温针灸取穴：内关、外关、足三里、阳陵泉、委中、曲池、百会、尺泽。穴位及周围先行消毒，穴位找准后用1~3寸一次性无菌针灸针进针，得气后以补法或泻法捻转针柄1~2 min，留针30 min，留针期间在针柄上固定艾柱(2 cm)并点燃，共灸2壮，待针柄冷却后起针，1次·d⁻¹，5次·周⁻¹。(2) 推拿。上肢取穴：手三里、曲池、上廉等，通过拇指点、按、揉方式对各穴位进行推拿点按，每穴位30 s·次⁻¹，每穴位2~3·次⁻¹，点按力度适中(患者可耐受)；以拿法、滚法、揉法等对偏瘫侧上肢外旋肌、伸肌运动点进行推拿。下肢则选择踝背屈肌、足外翻肌运动点为推拿部位；手法力度根据肢体痉挛程度调整，患者放松后可对偏瘫侧肢体、关节进行活动；推拿30 min·次⁻¹，1次·d⁻¹，5次·周⁻¹。治疗12周。

1.4 观察指标

(1) 疗效：症状基本消失，神经系统功能基本恢复正常，美国国立卫生研究院卒中量表(national Institute of health stroke scale, NIHSS)评分下降幅度在90%~100%，则为基本痊愈；症状明显改善，言语功能基本正常，神经系统功能大部分恢复，NIHSS下降幅度在46%~89%，则为显著进步；症状有所好转，言语功能有所改善，神经系统功能部分恢复，NIHSS下降幅度在18%~45%，则为进步；未达到上述标准则为无效。治疗总有效率=(基本痊愈+显著进步+进步)/总例数×100%。

(2) 神经功能及肢体功能：采用NIHSS评估两组患者治疗前、治疗12周后神经缺损状态，该量表总分42分，分值与神经缺损严重程度呈正相关。采用Fugl-Meyer评定量表(Fugl-Meyer assessment, FMA)评估两组患者治疗前、治疗12周后肢体功能，该量表分为上肢和下

肢，分值分别是66分、34分，分值与肢体功能呈正相关。(3) 躯干控制能力和步行能力：采用躯干损伤量表(trunk impairment scale, TIS)评估两组患者治疗前、治疗12周后躯干控制能力，该量表分为三个维度，即动态坐姿平衡(10分)、静止坐姿平衡(7分)、躯干协调能力(6分)，总分23分，分值与躯干控制能力呈正相关。步行能力则通过3 m起立行走试验(3 meters time up and go test, 3TUG)、10 m最大步行速度(10 meters maximum walking speed, 10MWS)评估，两种试验均测3次取平均值。

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

2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为90.24%，高于对照组的73.17%，差异具有统计学意义($P < 0.05$)，见表2。

表2 两组患者治疗总有效率比较 [$n = 41, n(\%)$]

组别	基本痊愈	显著进步	进步	无效	总有效
对照组	3(7.32)	13(31.71)	14(34.15)	11(26.83)	30(73.17)
观察组	8(19.51)	15(36.59)	14(34.15)	4(9.76)	37(90.24) ^a

注：与对照组比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后神经功能及肢体功能比较

治疗后两组患者NIHSS评分均下降，上肢FMA、下肢FMA评分均升高，且治疗后观察组患者NIHSS评分低于对照组，上肢FMA、下肢FMA评分均高于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)，见表3。

表3 两组患者治疗前后神经功能及肢体功能比较

($n = 41, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

组别	时间	NIHSS	上肢FMA	下肢FMA
对照组	治疗前	18.99 ± 2.61	34.53 ± 3.35	13.48 ± 2.66
	治疗后	10.51 ± 2.16 ^b	46.09 ± 5.06 ^b	20.40 ± 3.13 ^b
观察组	治疗前	19.24 ± 2.73	34.67 ± 3.42	13.60 ± 2.71
	治疗后	8.32 ± 1.87 ^{bc}	50.19 ± 5.37 ^{bc}	23.57 ± 3.55 ^{bc}

注：NIHSS—美国国立卫生研究院卒中量表；FMA—Fugl-Meyer评定量表。

与同组治疗前比较，^b $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^c $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者治疗前后躯干控制能力和步行能力比较

治疗后两组患者3TUG均下降，TIS评分、10MWS均升高，且治疗后观察组患者3TUG低于对照组，TIS评分、10MWS均高于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)，见表4。

表 4 两组患者治疗前后躯干控制能力和步行能力比较
($n = 41, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	TIS/分	3TUG/s	10MWS /m·min ⁻¹
对照组	治疗前	12.39 ± 1.36	17.79 ± 3.61	15.81 ± 1.96
	治疗后	15.32 ± 1.62 ^d	14.35 ± 2.97 ^d	28.54 ± 3.03 ^d
观察组	治疗前	12.57 ± 1.40	17.88 ± 3.58	15.70 ± 2.03
	治疗后	17.46 ± 1.73 ^{dc}	12.57 ± 2.83 ^{dc}	31.29 ± 3.11 ^{dc}

注：TIS — 躯干损伤量表；3TUG — 3 m 起立行走试验；10MWS — 10 m 最大步行速度。
与同组治疗前比较，^d $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^{dc} $P < 0.05$ 。

3 讨论

脑卒中患者因神经功能缺损，肌张力、肢体运动常出现异常，导致脑卒中患者极易出现偏瘫^[6]。对于偏瘫患者，神经功能的恢复、大脑功能的重塑及可塑是躯干控制能力、肢体运动功能恢复的重要基础^[7]。常规康复训练虽可有效改善偏瘫患者肢体功能，但训练周期长，且对患者的依从性要求较高，部分患者效果不佳。随着中医在各种慢性疾病中展现出独特优势，越来越多的学者将研究方向转向了中医。

脑卒中后偏瘫在中医上归属“筋病”“偏风”等范畴，其病机与阴阳失衡、气血失和密切相关^[8]。温针灸因具有调气血、通经络、消麻痹等功效，被作为中医治疗筋病的常见治疗方案^[9]。推拿是一种通过对经络、穴位进行推、拿、提、捏、揉的物理疗法，可疏经络、行气血、调阴阳，是治疗运动障碍、肢体障碍的常见治疗方案^[10]。本研究结果显示，观察组患者治疗总有效率为 90.24%，高于对照组的 73.17%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；治疗后观察组患者 NIHSS 评分、3TUG 低于对照组，上肢 FMA 评分、下肢 FMA 评分、TIS 评分、10MWS 高于对照组，差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。提示温针灸联合推拿治疗脑卒中后偏瘫有助于提高治疗效果，改善患者躯干控制能力、肢体功能。究其原因在于，温针灸将针刺与艾灸相结合，在留针期间燃烧艾柱将热力经针体传递至腧穴，通过艾灸热力、穴位刺激对病灶持续刺激，改善局部血液循环，进而发挥活血行气、调节阴阳的作用^[11]。现代医学已证实，温针灸的温热作用可对经络产生刺激作用，可改善偏瘫侧血液循环，并有助于脑血管侧支循环的建立，进而使脑组织缺血缺氧的情况得到有效缓解，促进脑细胞的再生及功能重组，加速神经功能恢复^[12-13]。本研究中温针灸的取穴，百会可疏通脑部经络，增加阳气；内关、外关可加速气血循环；曲池、尺泽可调节上肢经络气血；委中可疏通下肢关节；阳陵泉、足三里可疏肝益肾、疏经调络；诸穴协同，可调气血、平阴阳、活经络^[14]。推拿可通过手法经体表经络、穴位进行刺激，不仅可促使血液循环得到改善，还可通过对各个关节的主动、被动活动缓解关节粘连；同时推拿也

可对本体感觉产生有效刺激，有助于促进运动模式变化及中枢神经系统的可塑性^[15]。推拿和温针灸联合使用可发挥协同作用，共同发挥通经络、行气血、散湿寒之效。

综上所述，温针灸联合推拿治疗脑卒中后偏瘫患者可提高治疗效果，且有助于神经功能、躯干控制能力、肢体运动功能的改善。

[参考文献]

- [1] 许家锋, 罗凯新. 经筋刺法联合温针灸对脑卒中偏瘫患者肌张力及功能康复的影响 [J]. 反射疗法与康复医学, 2021, 2 (7): 1-3, 19.
- [2] 陈颖, 甄玉婷, 徐朝辉, 等. 化痰通络汤联合温针灸肩三针治疗脑卒中后肩手综合征痰瘀阻络证的临床观察 [J]. 中医药导报, 2022, 28 (12): 115-118.
- [3] 卫家芬, 周莉莉, 俞建锋. 温针灸外关穴等穴位联合综合康复训练对脑卒中后肩手综合征患者症状改善及关节活动度的影响 [J]. 山西医药杂志, 2021, 50 (10): 1707-1709.
- [4] 黄慈辉, 林云鑫, 庄泽钦, 等. 头穴温针灸疗法治疗缺血性脑卒中的临床疗效观察 [J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38 (8): 1640-1644.
- [5] 张通. 中国脑卒中康复治疗指南 (2011 完全版) [J]. 中国医学前沿杂志 (电子版), 2012, 4 (6): 55-76.
- [6] 王林香, 丛文杰, 傅莹, 等. 针刺与推拿分别联合康复训练对老年脑卒中后痉挛性偏瘫患者的疗效分析 [J]. 中华全科医学, 2022, 20 (10): 1760-1762, 1768.
- [7] 李曼玲, 潘锐焕, 詹珠莲, 等. 中西医结合康复卒中单元对脑卒中恢复期偏瘫患者的影响 [J]. 广州中医药大学学报, 2023, 40 (1): 43-49.
- [8] 李新茹, 郑德松, 王晓光, 等. 激痛点温针灸治疗卒中后肩手综合征 I 期患者的临床观察 [J]. 中华中医药杂志, 2021, 36 (9): 5671-5673.
- [9] 王冰, 陈秋菊. 温针灸联合栝楼桂枝汤对脑卒中躯干控制能力障碍患者神经功能、生活质量的影响 [J]. 湖南中医药大学学报, 2022, 42 (8): 1341-1346.
- [10] 余媛媛, 刘东, 赵君. 针灸联合推拿治疗对脑卒中后偏瘫患者临床效果、肢体运动功能及生存质量的影响 [J]. 解放军医药杂志, 2021, 33 (12): 105-108.
- [11] 钱佳岑, 陆佳伟, 刘敏洁. 中医推拿联合镜像神经元理论康复训练对脑卒中偏瘫患者康复进程的影响 [J]. 世界中西医结合杂志, 2022, 17 (9): 1877-1880.
- [12] 刘先松, 董永书. 温针灸联合中药熏洗对脑卒中肌张力增高病人肌张力水平、FMA 评分及 CNS 评分的影响 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19 (6): 1020-1023.
- [13] 张麒麟, 谢徐勇, 蔡激越, 等. 针灸联合穴位按摩辅助脑卒中偏瘫临床观察 [J]. 实用中医药杂志, 2023, 39 (2): 293-295.
- [14] 郭永庆, 解静, 李娜. 脑卒中后偏瘫患者应用针灸推拿联合康复治疗的效果分析 [J]. 世界复合医学, 2023, 9 (1): 163-166.
- [15] 张凤艳. 针刺、穴位按摩联合低频肌肉电刺激仪对脑卒中后偏瘫患者康复效果的影响 [J]. 医学理论与实践, 2022, 35 (3): 511-513.