

分期针刺法治疗脑卒中后软瘫期 肢体功能障碍临床研究

曹礼忠, 刘悦, 黄凡, 陆彦青, 杨海涛, 唐明

(广东省第二中医院, 广东 广州 510095)

[摘要]目的 观察分期针刺法治疗脑卒中后软瘫期肢体功能障碍的疗效。方法 将80例脑卒中后软瘫期(Brunnstrom I~II期)患者随机分为分期针刺法针刺组和常规针刺组, 每组40例。分期针刺组采用分期针刺治疗, 常规针刺组采用常规针刺治疗, 两组均给予基础药物治疗, 治疗14d后观察两组患者临床疗效及Fugl-Meyer量表(Fugl-Meyer assessment, FMA)评分、Barthel指数(Barthel index, BI)评分。结果 分期针刺组疗效明显优于常规针刺组($P < 0.05$); 与治疗前比较, 两组患者治疗后FMA和BI评分均显著升高($P < 0.05$), 分期针刺组患者治疗前后FMA和BI评分升高值显著大于常规针刺组($P < 0.05$)。结论 分期针刺在改善脑卒中后软瘫期患者肢体运动功能及日常能力方面有较好的临床疗效, 优于常规针刺治疗。

[关键词]分期针刺; 脑卒中; 肢体功能障碍; 软瘫期

[中图分类号]R255.2; R743.3 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2017.02.011

脑卒中是危害中老年人生命与健康的常见病, 根据症状归属于中医学“中风”范畴。中国城乡脑卒中中年发病率为200/10万, 年病死率为(80~120)/10万, 70%以上存活者有不同程度的功能障碍,

其中40%为重度残疾, 脑卒中的复发率达40%^[1]。无论是中医学还是现代医学都认为, 脑卒中患者病情稳定后应及早进行康复治疗, 早期患者肢体功能障碍属于软瘫期, 如果不进行早期干预治疗, 患者肢体长期处于弛软无力状态, 会出现肌肉萎缩, 使肢体运动功能丧失, 继而出现一系列并发症。

作者简介:曹礼忠(1963-), 男, 主治中医师

Clinical Effect of Lai's Tongyuan Acupoint Thread-embedding Therapy in Treatment of Chloasma

JIANG Zhi-fang¹, LI Ya-bing²

(1. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Guangzhou 510400, China; 2. Department of Acupuncture and Moxibustion, Guangzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangdong Guangzhou 510100, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical effect of Lai's Tongyuan acupoint thread-embedding therapy in the treatment of chloasma. **Methods** A total of 60 female patients with chloasma were randomly divided into treatment group and control group using a random number table, with 30 patients in each group. The patients in the treatment group were given Lai's Tongyuan acupoint thread-embedding therapy, and those in the control group were given oral vitamin C and vitamin E, as well as external application of hydroquinone cream. The course of treatment was 6 months for both groups. The scores of the area of skin lesion caused by chloasma and color were observed before and after treatment to observe clinical outcome. **Results** Both groups had significant reductions in the scores of the area of skin lesion caused by chloasma and color and total score after treatment ($P < 0.05$). The treatment group had significantly greater reductions in the score of the area of skin lesion caused by chloasma and total score than the control group after treatment ($P < 0.05$). There was a significant difference in the distribution of clinical outcomes between the two groups ($P < 0.05$). **Conclusion** Lai's Tongyuan acupoint thread-embedding therapy has a marked clinical effect in the treatment of chloasma.

[Key words] Chloasma; Lai's Tongyuan acupoint; Acupoint thread-embedding therapy; Incoordination between the Chong and Ren meridians; Hydroquinone cream

本研究采用分期针刺^[2]治疗脑卒中后软瘫期肢体功能障碍,并与常规针刺疗法进行对比,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 参照1995年全国第四届脑血管病学术会议制定的《各类脑血管病诊断要点》^[3],并经临床CT或MRI确诊。包括动脉粥样硬化性血栓性脑梗死、腔隙性梗死、脑出血。

1.1.2 中医诊断标准 参照国家中医药管理局脑病急症科研协作组制定的《中风病诊断和疗效评定标准》^[4]中风病的诊断标准。证型有肝阳暴亢、风痰阻络、痰热腑实、气虚血瘀、阴虚风动。

1.2 纳入标准 符合诊断标准并具备下列条件者:

①意识清楚,生命体征平稳,配合治疗者;②年龄为35~80岁,病程在2周至1年以内;③患者肢体功能障碍,参照Brunnstrom六阶段分期标准,Brunnstrom分期在I~II期;④已签署知情同意书者。

1.3 排除标准 ①不符合纳入标准的患者;②合并有严重心、肝、脾、肺、肾疾病及精神病患者;③中风次数 ≥ 3 次,脑栓死(心源性脑梗死),蛛网膜下腔出血或有出血性疾病者;④妊娠或哺乳期妇女。

1.4 剔除标准 两组患者若出现以下情况之一者均应予剔除:①误诊;②符合排除标准;③无法配合针灸或药物治疗者;④同时采用其他疗法或合并使用其他药物导致无法进行疗效评估者。

1.5 一般资料 收集2014年9月至2015年11月期间,广东省第二中医院针灸康复科住院患者,将符合纳入标准的患者作为研究对象。本次研究共纳入患者80例,按照随机数字表的方法分为两组:分期针刺组40例,其中男19例,女21例;平均年龄(64.10 \pm 5.84)岁;平均病程(33.28 \pm 8.10)d。常规针刺组40例,其中男18例,女22例;平均年龄(61.28 \pm 7.78)岁;平均病程(35.35 \pm 12.30)d。两组患者性别、年龄、病程比较,差异均无统计学意义(性别: $\chi^2=0.050, P=0.823$;年龄: $t=-1.836, P=0.070$;病程: $t=0.891, P=0.376$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法 参照《中国脑血管病防治指南》^[5-6]的方案对两组患者进行二级预防血压以及对症治疗等基础治疗。

2.1.1 分期针刺组 采用软瘫期取穴方法,以神经干刺激疗法为主。头针取双侧顶颞前斜线,上肢取患侧极泉、尺泽、郄门、合谷,下肢取患侧鼠蹊、委中、三阴交、照海。随证加减:肝阳暴亢者可加太冲、太溪;风痰阻络者可加丰隆;痰热腑实者可加天枢、支

沟;气虚血瘀者加气海、膈俞;阴虚风动者加太溪、风池。体位:取仰卧位,患侧上肢呈外旋、外展位,手臂自然伸直;患侧下肢自然伸直,膝下垫高约35cm,使膝关节弯曲,呈中立位。操作方法:选用0.32mm \times (25~50)mm华佗牌不锈钢一次性针灸针(苏州华佗医疗仪器厂生产),75%乙醇皮肤常规无菌操作。头针垂直刺入皮下,达帽状腱膜下后,以15°角的针刺方向沿皮轻微、快速、不捻转刺入30mm,得气后捻转平补平泻,频率为每分钟180~200次。上肢极泉、尺泽、郄门垂直刺入,得气后行提插平补平泻,以患者肢体有抽动感为度,频率为每分钟60~90次,合谷向三间方向,行提插手手法,以食指、拇指抽动感为度,频率为每分钟60~90次;下肢垂直刺入,得气后行提插平补平泻,以肢体有抽动感为度,其中照海穴以踝关节有抽动感为度,频率为每分钟60~90次。每10min行针1次,每次行针2min,共留针30min。

2.1.2 常规针刺组 选穴参照新世纪第2版教材《针灸治疗学》^[7]中风中经络偏身不遂的治疗。头针取双侧顶颞前斜线,体针取患侧肩髃、曲池、手三里、阳陵泉、阴陵泉、风市。体位同分期针刺组。随证取穴同分期针刺组。操作方法:使用0.32mm \times (25~50)mm华佗牌不锈钢一次性针灸针(苏州华佗医疗仪器厂生产),75%乙醇皮肤常规无菌操作后进针。头针刺法同分期针刺组。体针各穴均快速进针,得气后行提插平补平泻,频率为每分钟60~90次。每10min行针1次,每次行针2min,共留针30min。

2.1.3 疗程 每日治疗1次,连续治疗14d。

2.2 疗效判定标准 临床神经功能缺损程度评分采用1995年全国第四届脑血管病会议制定的评分方法^[8]。基本痊愈:神经功能缺损积分减少 $\geq 90\%$,病残程度0级;显著进步:神经功能缺损积分减少 $\geq 46\%$,且 $< 90\%$,病残程度1~3级;进步:神经功能缺损积分减少 $\geq 18\%$,且 $< 46\%$;无变化:神经功能缺损积分增加或减少 $< 18\%$;恶化:神经功能缺损积分减少或增加18%以上。将基本痊愈及显著进步归为显效;进步归为有效;无变化及恶化归为无效。

2.3 观察指标

2.3.1 偏瘫肢体功能评定 采用简式Fugl-Meyer量表(Fugl-Meyer assessment, FMA)^[7]评定肢体运动功能。评分标准:最高分100分,正常;小于50分为严重运动障碍;50~84分为明显运动障碍;85~95分为中度运动障碍;96~99分为轻度运动障碍。

2.3.2 日常生活活动评定 采用Barthel指数

(Barthel index, BI)^[9] 评定日常生活活动能力。评分标准:最高分 100 分,正常;大于 60 分为良,生活基本自理;41~60 分为中度残疾,日常生活需要帮助;21~40 分为重度残疾,日常生活明显依赖;≤20 分为完全残疾,日常生活完全依赖。

2.4 统计学方法 采用 SPSS 13.0 统计软件进行数据处理。连续型变量采用“均数±标准差($\bar{x}\pm s$)”进行统计学描述。两组年龄、病程及治疗前 FMA 和 BI 比较,采用两个独立样本 *t* 检验。两组治疗前后 FMA 和 BI 差值及两组临床疗效比较,采用 Mann-Whitney *U* 检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者临床疗效比较 两组患者临床疗效的分布比较,差异具有统计学意义($P<0.05$),结合

平均秩次,可以认为分期针刺组疗效明显优于常规针刺组。见表 1。

3.2 两组患者 FMA 和 BI 评分比较 治疗前两组患者 FMA 和 BI 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。与治疗前比较,两组患者治疗后 FMA 和 BI 评分均显著升高($P<0.05$)。分期针刺组患者治疗前后 FMA 和 BI 评分升高值显著大于常规针刺组($P<0.05$),提示分期针刺提高 FMA 和 BI 评分的效应优于常规针刺。见表 2。

表 1 两组患者临床疗效比较

组别	<i>n</i>	显效/例	有效/例	无效/例	平均秩次	Z 值	P 值
常规针刺	40	18	17	5	46.41	-2.613	0.009
分期针刺	40	29	10	1	34.59		

表 2 两组患者治疗前后 FMA 和 BI 评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	FMA 评分			BI 评分		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
常规针刺	40	29.93±5.18	50.00±4.66*	20.07±0.86	28.70±1.74	43.48±2.47*	14.78±0.80
分期针刺	40	30.13±4.50	68.88±4.88*	38.75±0.98#	28.08±2.09	52.60±2.09*	24.52±0.64#

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$;与常规针刺组差值比较,# $P<0.05$ 。

4 讨论

脑卒中损伤上运动神经细胞,致使锥体束突然中断出现脊髓休克,肌肉牵张反射受抑制呈现软瘫,腱反射减低或消失。若不进行早期康复干预,肢体长期处于弛软无力状态,肌肉逐渐出现萎缩,肢体运动功能丧失,继而产生一系列并发症。因此,本研究根据中风后偏瘫肢体恢复过程结合 Brunnstrom 六阶段分期标准,将脑卒中后肢体肌力恢复过程分为软瘫期、痉挛期和分离运动期,针对不同时期特点选取不同穴位及针刺方法。因此,本研究以软瘫期为主,以弛缓性肢体功能障碍,患肢没有随意肌肉收缩,失去控制能力,原因为肌张力减退或丧失。因此,尽快使高级中枢“苏醒”为治疗关键任务。有效强度穴位刺激尽早“唤醒”仍在“睡眠”中的周围组织及下级神经功能,使患肢运动功能恢复^[10]。因此,针刺时上肢取极泉(臂丛神经分布区域)、内关(正中神经分布区域)、尺泽(桡神经分布区域)、合谷(桡神经浅支、正中神经分支分布区域);下肢取鼠蹊(股神经分布区域)、太冲(腓深神经的跖背侧神经分布区域)、三阴交(胫神经分布区域)、照海(皮神经分布区域),通过强刺激以促进肌力恢复。

本次研究结果显示,分期针刺组患者在改善患者神经功能缺损症状方面明显优于常规针刺组($P<0.05$);在改善患者肢体肌力、肌张力、活动能

力方面及综合生活能力方面,分期针刺组明显优于常规针刺组($P<0.05$)。

本研究通过对患侧相应的神经分布区域进行针刺,可能的机制可从以下两个方面考虑:①可将运动神经通过针灸的刺激来兴奋,以此使较弱的肌肉产生收缩,可活化肌肉牵张感受器传出神经细胞,进一步改善患侧肢体的肌张力水平,因此产生生理性肌肉牵拉,使患肢更易发生反应;同时兴奋脑皮质运动细胞,这些运动兴奋后,产生的递质再次强化对应肌肉的收缩。②间接地通过脊髓反射机制,使相应的肌肉收缩;在这一过程中,针刺和肌肉收缩产生大量的运动和皮肤感觉信息,这些感觉神经纤维向中枢神经传导信息,可重新构建损伤后的神经细胞邻近的神经功能,代偿较低级的中枢神经系统功能,使神经轴突长芽,这些都有益于脑卒中后的神经修复。

传统针灸治疗中风分为中经络和中脏腑辨证治疗,但是同一证型治疗过程中几乎没有变化,忽视了根据疾病不同阶段调整针刺方案^[11]。常规针刺治疗忽略肌力恢复的运动模式,一味追求肌力提高。根据 Brunnstrom 偏瘫理论提炼出的分期针刺治疗方法,将传统中医经络理论与现代神经康复理论相结合,在提高肌力同时,注重运动模式改变,在脑卒中患者偏瘫治疗方面开辟了新道路,具有重要的意义^[12-13]。近年来,分期针刺改善患者肢体功能

障碍的疗效得到认同^[14],但不同病灶、病程与临床疗效的关系尚待进一步研究。

参考文献:

- [1] 黄晓琳,燕铁斌.康复医学[M].北京:人民卫生出版社,2013:151.
- [2] 刘悦.分期针刺配合康复训练治疗中风肢体功能障碍的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2008.
- [3] 各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,12(6):380.
- [4] 国家中医药管理局脑病急症协作组.中风病诊断与疗效评定标准[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
- [5] 饶明俐.《中国脑血管病防治指南》摘要:三[J].中风与神经疾病杂志,2006,23(1):4-8.
- [6] 饶明俐.《中国脑血管病防治指南》摘要:四[J].中风与神经疾病杂志,2006,23(2):132-136.
- [7] 中华人民共和国卫生部医政司.中国康复医学诊疗规范[M].北京:华夏出版社,1999:12.
- [8] 全国第四届脑血管病学术会议.脑卒中患者临床神经

功能缺损程度评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996;29(6):381-383.

- [9] 燕铁斌,窦祖林.实用瘫痪康复[M].北京:人民卫生出版社,1999:177-179.
- [10] 胡智慧,顾晓园.电针缓解中风偏瘫痉挛的疗效观察[J].中国针灸,1999,16(8):29.
- [11] 顾金花,徐世芬.针灸治疗中风后痉挛性瘫痪的临床研究进展[J].中医药导报,2010,16(7):132-134.
- [12] 茅敏,艾禾,陈越峰,等.分期针刺结合现代康复技术治疗中风偏瘫的临床研究[J].新中医,2010,42(6):95-97.
- [13] 马素慧,崔颖,窦娜,等.易化区神经肌肉电刺激对脑卒中患者偏瘫肢体运动功能的影响[J].中国全科医学,2010,13(8):2516-2518.
- [14] 彭力,涂汉军,赵大贵,等.分期针刺配合易化技术对急性期脑卒中患者步行功能的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2005,27(9):564-565.

(收稿日期:2016-11-09;编辑:曹健)

Clinical Effect of Staging Acupuncture in Treatment of Limb Dysfunction in Flaccid Paralysis Period after Stroke

CAO Li-zhong, LIU Yue, HUANG Fan, LU Yan-qing, YANG Hai-tao, TANG Ming

(Guangdong Second Provincial Traditional Chinese Medicine Hospital, Guangdong Guangzhou 510095, China)

[Abstract] Objective To investigate the clinical effect of staging acupuncture in the treatment of limb dysfunction in the flaccid paralysis period after stroke. **Methods** A total of 80 patients in the flaccid paralysis period after stroke (Brunnstrom stage I - II) were randomly divided into staging acupuncture group and conventional acupuncture group, with 40 patients in each group. Both groups were given basic medication; in addition, the patients in the staging acupuncture group were given staging acupuncture, and those in the conventional acupuncture group were given conventional acupuncture. The clinical outcome, Fugl-Meyer assessment (FMA) score, and Barthel index (BI) were evaluated in both groups after 14 days of treatment. **Results** The staging acupuncture group had a significantly better clinical outcome than the conventional acupuncture group ($P < 0.05$). Both groups had significant increases in FMA score and BI after treatment ($P < 0.05$), and the staging acupuncture group had significantly greater increases than the conventional acupuncture group ($P < 0.05$). **Conclusion** Compared with conventional acupuncture, staging acupuncture has better clinical effects in improving limb motor function and daily activities in patients in the flaccid paralysis period after stroke.

[Key words] Staging acupuncture; Stroke; Limb dysfunction; Flaccid paralysis period