

温针灸联合康复治疗对中风恢复期患者的影响

王盼

(河南省开封市第二中医院内三科 开封 475004)

摘要:目的:探讨温针灸联合康复治疗对中风恢复期患者神经康复及运动功能的影响。方法:回顾性分析 2017 年 5 月~2019 年 10 月接受治疗的 90 例中风恢复期患者临床资料,根据治疗方案不同分为对照组和观察组,各 45 例。对照组接受康复训练,观察组接受康复训练联合温针灸治疗,两组连续治疗 20 d。比较两组治疗前后神经功能缺损评分、运动功能评分及中医证候积分。结果:治疗后,两组神经功能缺损评分均低于治疗前,运动功能评分均高于治疗前,与对照组相比,观察组神经功能缺损评分较低,运动功能评分较高,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,观察组头晕头痛、感觉障碍、口歪眼斜、乏力、肢体麻木等中医证候积分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:温针灸联合康复治疗可有效促进中风恢复期患者神经功能康复,提高运动功能。

关键词:中风恢复期;温针灸;神经康复;运动功能

中图分类号:R255.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.050

中风好发于中老年人,由于脑部血管破裂或堵塞,导致患者脑神经受损,引发患者肢体、语言及心理等障碍,造成患者出现不同程度的劳动力损伤,严重影响患者日常生活水平和生活质量,具有发病率和致残率高等特点^[1]。临床上对中风恢复期患者多采用综合康复训练方法干预,通过对患者的肢体、躯体、肌肉等进行护理,改善其临床症状,促进患者的恢复,但综合康复训练的周期长,且单独采用康复训练的效果不理想。基于此,本研究探讨温针灸联合康复治疗中风恢复期患者,观察其效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2017 年 5 月~2019 年 10 月于我院接受治疗的 90 例中风恢复期患者临床资料,根据治疗方案不同分为对照组和观察组,各 45 例。对照组男 26 例,女 19 例;年龄 40~79 岁,平均年龄(60.82 ± 7.61)岁;病程 1~9 个月,平均病程(4.61 ± 1.37)个月。观察组男 25 例,女 20 例;年龄 40~80 岁,平均年龄(60.85 ± 7.64)岁;病程 1~10 个月,平均病程(4.54 ± 1.41)个月。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 入选标准 纳入标准:首次发病且神志清醒;经核磁共振或头颅 CT 确诊;符合《中医病症诊断疗效标准》^[2]中中风恢复期诊断标准,属气虚血瘀证,主症为半身不遂,肢体软弱,偏身麻木,舌歪语謇,手足肿胀;次症为面色淡白,气短乏力,心悸自汗;舌脉为舌质暗淡,苔薄白或白腻,脉细缓或细涩。排除标准:有出血性脑卒中者;精神障碍者;中风前已有残疾者;有出血倾向者;合并心、肝、肾等器官功能衰竭者;对本研究药物过敏者。

1.3 治疗方法 两组均给予降颅压、改善内循环等

常规西医治疗。在此基础上,对照组给予综合康复治疗。(1)四肢锻炼:恢复初期,患者取仰卧位,定时对患者进行翻身,护理人员或家属对其进行四肢揉按,并配合肘关节、指关节、膝关节、踝关节等的屈伸被动训练和肢体外展,避免长时间不运动造成肌肉萎缩,20 min/次,1 次/d。(2)饮食管理:合理安排患者的饮食,多吃营养丰富且清淡的食物,多吃水果和蔬菜;并促进患者的吞咽功能。(3)康复训练:恢复中后期,对患者进行从简到繁、从少到多的运动训练,先坐立-站立-搀扶行走-行走-上下楼梯等过程,循序渐进进行训练,30 min/次,1 次/d。在对照组基础上,观察组给予温针灸治疗,取穴:肢体内、曲池、手三里、足三里、悬钟、太冲、关元等穴位,顶颖后斜线,顶颖前斜线。具体操作:取瘫痪对侧标准线,对穴位进行常规消毒后,采用 0.35 mm×40 mm 不锈钢针针刺,略施提插捻转,得气后将 2 cm 的艾条包裹在针柄上,并燃烧,使患者能够感受到有强烈的温热感,持续治疗 30 min,每个穴位 3 壮,1 次/d。两组均治疗 20 d。

1.4 评价指标 (1)采用中国脑卒中临床神经功能缺损量表(CCS)评估神经功能缺损情况,包括意识(0~9 分),水平凝视功能(0~4 分),面瘫(0~2 分),言语(0~6 分),其中上肢肌力、手肌力、下肢肌力及步行能力计分为(0~6 分),最高分 45 分,分数越高,表明神经功能缺损情况越严重。(2)采用四肢感觉功能评测法(Fugl-Meyer)评估运动功能。(3)比较两组主要中医证候积分,包括感觉障碍、肢体麻木、口歪眼斜、头晕头痛、乏力等,无症状计为 0 分,轻度计为 1 分,中度计为 2 分,重度计为 3 分。

1.5 统计学方法 采用 SPSS20.0 统计学软件,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验;计量资料采用($\bar{x}\pm s$)

表示,组间用独立样本 *t* 检验,组内用配对样本 *t* 检验;以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 CCS 及 Fugl-Meyer 评分比较 治疗后,两组 CCS 评分低于治疗前,Fugl-Meyer 评分高于治疗前,且与对照组相比,观察组 CCS 评分更低,Fugl-Meyer 评分更高,差异有统计学意义 (*P*<0.05)。见表 1。

表 2 两组治疗前后中医证候积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)							
时间	组别	<i>n</i>	口歪眼斜	感觉障碍	头晕头痛	乏力	肢体麻木
治疗前	对照组	45	2.22± 0.56	2.40± 0.60	2.02± 0.61	2.19± 0.48	2.06± 0.40
	观察组	45	2.25± 0.57	2.39± 0.59	1.99± 0.60	2.22± 0.49	2.02± 0.39
治疗后	对照组	45	1.93± 0.42 [*]	2.09± 0.52 [*]	1.37± 0.40 [*]	1.49± 0.37 [*]	1.39± 0.31 [*]
	观察组	45	1.05± 0.22 ^{**}	0.95± 0.32 ^{**}	0.64± 0.23 ^{**}	0.82± 0.26 ^{**}	0.97± 0.26 ^{**}

注:与同组治疗前比较,^{*}*P*<0.05;治疗后组间比较,^{**}*P*<0.05。

3 讨论

现代医学认为,中风根据病因及临床表现可分为缺血性中风、出血性中风。其中缺血性中风又称脑梗死,主要是由于血管闭塞、狭窄或在狭窄基础上血栓形成导致脑部供血不足,致使脑组织软化或坏死,患者发病后多伴有偏瘫、语言功能障碍等,严重影响患者的生活质量^[5]。

中医学把中风归属“卒中”范畴,主要由于气血逆乱、脏腑功能失调、瘀血阻滞、肝阳暴亢、上冲犯脑而引起,进入中风恢复期后,元气耗损、感受风邪,气血运行受阻,筋脉失养为主,痰湿瘀血未尽,兼以瘀血阻滞脑窍脉络所致,治疗应以活血化瘀、通经畅络为主要原则^[6]。本研究采用温针灸联合康复训练协同治疗中风恢复期患者,结果显示,治疗后与对照组相比,观察组 CCS 评分较低,Fugl-Meyer 评分较高,且口歪眼斜、感觉障碍、头晕头痛、肢体麻木、乏力中医证候积分较低,表明该治疗方式可有效促进中风恢复期患者神经功能和运动功能的恢复,缓解患者临床症状。分析原因在于,康复训练通过定时对患者进行翻身、按摩,对患者的四肢进行屈伸,避免出现僵硬、麻木、肌肉萎缩等症状,从而促进患者局部血液循环,促进四肢功能的恢复;通过对患者饮食进行干预,避免出现营养不良现象,促进患者免疫功能,从而增加抵抗力,利于恢复;通过对患者进行康复训练,增加运动量,刺激经脉通络,促进血液循环,提高患者运动功能的恢复;但康复训练对患者的神经功能干预效果较小。而温针灸是通过曲池、手三里、足三里、悬钟、太冲、关元等穴位施灸,并在留

表 1 两组 CCS 及 Fugl-Meyer 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
时间	组别	<i>n</i>	CCS 评分	Fugl-Meyer 评分	
治疗前	对照组	45	23.19± 6.18	31.16± 8.67	
	观察组	45	23.07± 6.11	31.19± 8.69	
治疗后	对照组	45	13.74± 4.36 [*]	57.44± 11.22 [*]	
	观察组	45	6.95± 0.94 ^{**}	80.56± 14.33 ^{**}	

注:与同组治疗前比较,^{*}*P*<0.05;治疗后组间比较,^{**}*P*<0.05。

2.2 两组治疗前后中医证候积分比较 治疗后,观察组头晕头痛、感觉障碍、口歪眼斜、乏力、肢体麻木等中医证候积分均低于对照组 (*P*<0.05)。见表 2。

针的过程中采用艾条捻裹在针柄上方燃烧,将热力传入穴位内。中医学认为温针灸具有活血化瘀、通经畅络的功效;同时现代药理学认为,艾条燃烧能够产生近红外线,可刺激穴位,通过神经-体液系统为患者细胞组织提供能量,从而调节神经肌肉的紧张度,促进周围血液循环,可有效提高神经元的能量代谢,减少脑缺血面积;同时还可保护大脑皮层神经形态结构,有效降低钙负荷,以此减少对神经功能的损伤^[7-8]。两种协同作用,可加强患者血液循环,进一步增强临床治疗效果。

综上所述,温针灸联合康复治疗可显著改善中风恢复期患者神经功能及运动功能,促使患者获益。

参考文献

[1]王建伟,郭荣娟,王嘉麟,等.中风病气虚血瘀证用药规律文献研究[J].中医杂志,2018,59(1):69-73.

[2]高强,张丹丹,王一浩,等.中风恢复期气虚血瘀证理论初探[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(7):1106-1107.

[3]张燕平,张国妮,焦永光,等.加味补阳还五汤联合刺络放血对缺血性脑中风恢复期患者血管损伤及血小板微颗粒的干预作用[J].吉林中医药,2019,39(9):1237-1240,1260.

[4]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[M].北京:中国医药科技出版社,2012.131-132.

[5]孙丽,施海涛,周萍萍,等.应用表面肌电图评价针刺四间穴治疗脑卒中手痉挛的临床疗效分析[J].中国中医药科技,2018,25(4):606-607.

[6]张洁玉,李振宇,邹伟,等.脑塞通丸治疗中风恢复期有效性和安全性的临床研究[J].中国临床保健杂志,2017,20(5):540-543.

[7]金晓亮,付美艳.针刺联合三级康复治疗脑卒中偏瘫的临床研究[J].针灸临床杂志,2018,34(11):19-22.

[8]韩墨洋.温针灸联合康复治疗对中风恢复期病人中医证候、肌痉挛及神经功能缺损的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(20):3199-3202.

(收稿日期: 2020-08-24)