

·临床研究·

针灸联合康复训练对脑卒中偏瘫患者下肢功能恢复的影响

王亚东,叶頔

作者单位
武汉大学人民医院
康复科
武汉 430060
收稿日期
2018-08-12
通讯作者
王亚东
wydkf3333@126.
com

摘要 目的:探讨针灸联合康复训练对脑卒中偏瘫患者下肢功能恢复的影响。方法:脑卒中偏瘫患者168例按照随机数字表法分为针灸组、康复组和联合组各56例,分别给予中医针灸、康复训练和针灸联合康复训练治疗,比较3组治疗前、后下肢功能、步态分期及临床疗效。**结果:**治疗后,3组FAC和FMA评分均显著高于治疗前,且联合组FAC、FMA评分显著高于针灸组与康复组(均 $P<0.05$)。治疗后,3组患侧支撑期比例均显著高于治疗前,双侧支撑期比例均显著低于治疗前;联合组治疗后步态分期显著优于针灸组、训练组(均 $P<0.05$)。联合组治疗总有效率显著高于针灸组、训练组(均 $P<0.05$)。**结论:**针灸联合康复训练可有效改善脑卒中偏瘫患者下肢功能,改善步态分期及预后,值得临床推广。

关键词 脑卒中;偏瘫;针灸;康复训练;下肢功能

中图分类号 R741;R741.05;R743;R493 **文献标识码** A **DOI** 10.16780/j.cnki.sjssgncj.2019.02.014

王亚东,叶頔.针灸联合康复训练对脑卒中偏瘫患者下肢功能恢复的影响[J].神经损伤与功能重建,2019,14(2):102-103.

脑卒中患者多遗留有肢体偏瘫及偏身麻木等^[1,2]。早期康复训练有助于患者肢体功能恢复^[3]。康复训练主要针对生活能力、言语、肌肉关节活动、吞咽障碍等^[4]。早期针灸治疗亦可改善患者下肢功能^[5]。本课题组采用针灸、康复及针灸联合康复法对脑卒中偏瘫患者进行康复,观察患者下肢功能改善程度、步态分期及总体疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2015年12月1日至2017年12月31日我院康复科收住的脑卒中偏瘫患者168例,按照随机数字表法分为针灸组、康复组与联合组。其中针灸组56例,男29例,女27例;平均年龄(64.8±9.3)岁;康复组56例,男28例,女28例;平均年龄(64.3±9.7)岁;联合组56例,男29例,女27例;平均年龄(64.5±9.6)岁;3组性别、年龄、发病至入组时间及发病类型等一般资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。本研究纳入标准^[6]:年龄40~75岁;意识清楚,伴有下肢偏瘫,能配合康复及针灸治疗;头颅CT或MRI明确为脑出血(出血量 $<20\text{ mL}$)或脑梗死;患者或家属均知情同意。排除标准:年龄 <40 岁或 >75 岁;影像检查提示为脑肿瘤、脑脓肿等;合并有心、肝、肾等脏器功能不全等。本研究由我

院医学伦理会审批通过。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 针灸组给予针灸治疗,选取下肢委中穴、内关穴、人中穴及三阴交穴等,常规消毒各个穴位后,选用平刺手法进针至皮下0.5~1.0寸,于患者得气后反复提插捻转,各穴位针灸间隔1 min,1次/d,10 d/疗程,每疗程间隔2 d,共5个疗程。康复组给予康复锻炼,下肢牵引训练,锻炼下肢各关节及骨骼肌群,并进行被动功能锻炼;对患者及其家属进行个性化的心理辅导,帮助降低和消除负面情绪;下肢减重步行训练:由康复师根据患者体质量设置减重量(减重量 $\leq$ 体质量的40%),依据患者恢复情况逐渐减少减重量,平板活动速度以0.5 km/h开始,后逐渐加速步行训练,直至下肢活动改善。康复治疗周期内均有至少2名康复师督导患者正确步态及安全,每日训练至少30 min,5 d为1疗程,每个疗程间隔2 d,共6个疗程。联合组同时行针灸及康复治疗,具体步骤如上。

1.2.2 观察指标 ①下肢功能:于治疗前、后6周对采用功能性步行量表(functional ambulation category scale, FAC)和Fugl-Meyer运动功能评分法(Fugl-Meyer assessment, FMA)评定下肢运动功能,评分越高表明下肢功能越好。②步态分期:分别于治疗前、后6周采用Hasomed Reha Watch步态分析

表1 3组一般资料比较

组别	例数	男/女	年龄/(岁, $\bar{x}\pm s$)	发病至入组时间/(d, $\bar{x}\pm s$)	脑梗死/[例(%)]	脑出血/[例(%)]
针灸组	56	29/27	64.8±9.3	11.9±4.6	38(67.86)	18(32.14)
康复组	56	28/28	64.3±9.7	11.6±5.2	38(67.86)	18(32.14)
联合组	56	29/27	64.5±9.6	11.4±5.4	39(69.64)	17(30.36)
χ^2 或F值		0.576	0.417	0.658	0.625	0.737
P值		0.332	0.535	0.172	0.213	0.114

仪对患者单侧及双侧肢体支撑期比例进行计算。③临床疗效：“显效”为患者下肢肌力恢复达到Ⅴ级，能独立行走，步态正常；“有效”为患者下肢肌力恢复达到Ⅱ~Ⅳ级，借助拐杖可独立行走或步态接近正常；“无效”为下肢功能未明显好转，借助拐杖仍无法独立行走。总有效率%=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.3 统计学处理

采用SPSS 17.0软件处理数据。符合正态分布以及方差齐性的计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用单因素方差分析,组间两两比较采用SNK-*q*检验;计数资料以率表示,组间比较采用Wilcoxon秩和及 χ^2 检验;*P*<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 下肢功能FAC、FMA评分比较

治疗前,3组FAC和FMA评分差异无统计学意义(*P*>0.05);治疗后3组FAC和FMA评分均显著高于治疗前(均*P*<0.05),且联合组FAC、FMA评分显著高于针灸组与康复组(均*P*<0.05),见表2。

表2 3组治疗前、后下肢功能FAC、FMA评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	FAC评分	
		治疗前	治疗后
针灸组	56	2.44±0.79	3.23±0.68 ^{①②}
康复组	56	2.45±0.76	3.26±0.72 ^{①②}
联合组	56	2.44±0.80	3.95±0.84 ^①

组别		FMA评分	
		治疗前	治疗后
针灸组	17.59±5.73	23.12±7.45 ^{①②}	
康复组	17.62±5.76	24.14±7.88 ^{①②}	
联合组	17.60±5.75	31.80±8.57 ^①	

注:与治疗前比较,^①*P*<0.05;与联合组比较,^②*P*<0.05

2.2 步态分期比较

治疗前,3组患侧及双侧支撑期比例差异无统计学意义(*P*>0.05);治疗后3组患侧支撑期比例均显著高于治疗前(均*P*<0.05),双侧支撑期比例均显著低于治疗前(均*P*<0.05),联合组治疗后步态分期显著优于针灸组、训练组(均*P*<0.05),见表3。

表3 3组治疗前、后步态分期比较

组别	例数	患侧支撑期	
		治疗前	治疗后
针灸组	56	15.49±4.13	24.52±3.35 ^{①②}
康复组	56	15.44±4.24	25.36±4.24 ^{①②}
联合组	56	15.28±3.65	31.47±6.35 ^①

组别		双侧支撑期	
		治疗前	治疗后
针灸组	56.34±4.79	5 1.36±3.97 ^{①②}	
康复组	55.80±5.35	52.17±4.24 ^{①②}	
联合组	56.04±7.33	46.76±3.22 ^①	

注:与治疗前比较,^①*P*<0.05;与联合组比较,^②*P*<0.05

2.3 疗效比较

针灸组显效、有效及无效人数分别为19、27及10例,总有效率82.14%;康复组显效、有效及无效人数分别为21、26及9例,总有效率83.93%;联合组显效、有效及无效人数分别为32、21及3例,总有效率94.64%;联合组治疗总有效率显著高于针灸组、训练组(均*P*<0.05)。

3 讨论

脑卒中患者康复治疗包括常规康复训练、中医治疗、器械锻炼等^[7]。脑卒中中以“瘀血不祛新血不生”及“活血止血”为主要治疗原则,针灸可促进脉络传导,重新协调机体阴阳两气^[8,9]。康复训练增加对支撑末期髋关节及膝关节的屈肌拉紧效果,缓解患者肢体无力,以利于其功能康复^[10]。本研究结果显示,治疗后3组FAC和FMA评分均显著高于治疗前,联合组高于针灸与康复组(均*P*<0.05),说明针灸联合康复训练改善患者下肢功能的疗效优于单用其中一种。本研究中选择针刺穴位包括内关、人中、三阴交、委中等,具有醒脑开窍、促进机体血液循环等功能;三阴交有滋阴补肾之效;内关穴有宁心安神、止痛理气之效,另对中枢神经具有调节作用;委中穴有舒筋活络、强腰健膝之效。本研究还显示,治疗后3组患侧支撑期比例均显著高于治疗前,双侧支撑期比例均显著低于治疗前,联合组步态分期均显著优于针灸组、康复组(均*P*<0.05);联合组治疗总有效率显著高于针灸组及康复组(*P*<0.05),说明中医针灸联合康复训练治疗可有效改善患者下肢功能,提高日常生活质量。

脑卒中患者发病后半年内为脑卒中恢复期,这期间进行康复或针灸治疗可促进患肢康复并明显改善患者预后及生活质量^[7,11]。笔者认为,中医针灸联合康复训练可有效结合中西医理论,将患者早期患肢功能恢复程度最大化,提高患者预后及生活质量。

参考文献

[1] 钟华,陈莉,熊联强,等. 168例缺血性脑卒中患者防治现状[J]. 重庆医学, 2016, 4: 3247-3248, 3251.
[2] 黄芳. 脑卒中失语症的康复治疗进展[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2016, 38: 465-467.
[3] 王琴. 早期康复护理对高血压脑出血颅内血肿清除术患者的并发症及生活能力的影响[J]. 临床与病理杂志, 2015, 35: 746-749.
[4] 李延萍,景蓉,李水清,等. 早期肢体康复训练对高血压脑出血偏瘫患者神经功能恢复的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2015, 18: 844-846.
[5] 时国臣,郑晓旭,宋楠楠,等. 运动针刺经筋结点治疗中风后下肢痉挛性瘫30例[J]. 中国针灸, 2015, 35: 212-212.
[6] 宋杨君. 双联抗血小板治疗轻型脑卒中的临床疗效观察[J]. 中国现代医生, 2016, 54: 77-79.
[7] 程华军,陈尚节,许琼瑜,等. 诱发功能性电刺激联合减重步态训练对脑卒中患者步态功能的影响研究[J]. 临床医学工程, 2015, 22: 711-713.
[8] 石芳,李芝静,张睿娟,等. 丹参联合醒脑静治疗高血压性脑出血的疗效观察[J]. 陕西中医, 2015, 36: 276-278.
[9] 兑振华,张玉莲. 针刺治疗高血压性脑出血时效性临床研究[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35: 666-669.
[10] 李岩,陈迎春,顾旭东,等. 功能性电刺激结合减重平板训练对脑卒中患者步行及步态的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2016, 31: 83-85.
[11] 张琳君,周青山. 中医针灸联合减重步行训练对高血压性脑出血后下肢功能恢复的影响研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26: 711-713.

(本文编辑:唐颖馨)