

温针灸结合现代康复治疗中风后痉挛性偏瘫临床观察

张德发 杨晓娇

梅河口市中医院 吉林梅河口 135000

【摘要】目的 研究温针灸及现代康复方案在中风后痉挛性偏瘫治疗中的临床运用优势。方法 本次根据纳排标准选取 260 例中风引发痉挛性偏瘫患者开展研究, 纳入时间起点为 2021 年 1 月, 终点为 2021 年 12 月。以随机抽签法分入 AB 两组中 (各 130 例)。中风对症控制后, 针对引发的痉挛性偏瘫, A 组予以现代康复治疗, B 组在现代康复治疗同时联合温针灸治疗, 对比不同方案治疗效果差异性。结果 和 A 组相比, 治疗后 B 组痉挛程度改善有效率相对较高, 患者 ADL、FMA 及生活质量评分相对较高 ($P < 0.05$)。结论 中风后引发痉挛性偏瘫后遗症时, 选择现代康复及温针灸联合治疗方案, 能够纠正痉挛情况, 并改善患者肢体运动功能和生活活动能力, 降低后遗症严重程度, 促进预后生活质量提升, 临床价值显著, 具备推广和借鉴价值。

【关键词】温针灸; 现代康复; 中风; 痉挛性偏瘫; 生活质量

脑卒中民间俗称为中风, 归为多发性神经系统急症, 临床发生率相对较高, 发病患者中中老年群体相比比较高。疾病的发生, 是在多种因素对脑血管发生作用引发, 会导致脑功能出现局限性缺损, 进而引发系列临床表现。疾病有较高疾病导致患者死亡和残疾^[1-2]。现阶段, 随着临床关注度的提升, 卒中抢救措施的优化及完善, 疾病致死率一定程度降低。虽然部分患者生命得到挽救, 但是疾病导致的多样化后遗症控制效果并不理想, 残疾发生率较高。后遗症的发生主要是因为疾病会损伤脑神经导致, 可能累及多个系统, 如早产语言障碍、运动功能障碍等。偏瘫属于较为常见的并发症类型, 可引发关节畸形、僵直、疼痛、运动功能异常等多样化表现, 为了保证总体治疗效果, 临床通过会选择药物干预及康复训练, 纠正相关临床症状, 促进肢体功能模式恢复正常^[3]。相关研究证实, 对于中风后痉挛性偏瘫患者来说, 尽早接受现代康复治疗, 对于后期恢复具有积极作用, 但是长期恢复效果不佳, 临床积极对治疗方案进行完善。中医温针灸属于外治特色疗法, 借助光辐射、热效应对血管和神经发挥中, 可促进神经功能改善, 从而实现治疗目的^[4]。为了进一步明确温针灸联合现代康复治疗的临床效果, 特开展对照研究。具体如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料

本次根据纳排标准选取 260 例中风引发痉挛性偏瘫患者开展研究, 纳入时间起点为 2021 年 1 月, 终点为 2021 年 12 月。以随机抽签法分入 AB 两组中 (各 130 例)。纳入标准: 综合确诊为中风 (首次发病) 并引发偏瘫 (符合中医诊断标准), 且判断处于痉挛性偏瘫阶段, 病患病情稳定意识清晰可正常交流, 且配合度较高, 专业人员进行研究、治疗方案说明后自愿参与, 并签署相关文件; 排除标准: 其他原因导致偏瘫; 无法耐受或配合温针灸治疗; 合并其他严重躯体疾病; 语言功能或意识障碍; 精神疾病。A 组和 B 组, 男性/女性分别为 78/52、74/56 ($\chi^2=0.253$ $P=0.614$)。最低及最高年龄区间为 28-85 岁, 均值 (60.87 ± 2.26) 岁、(61.03 ± 2.41) 岁 ($t=0.552$ $P=0.581$)。基线资料无显著差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

入组对象均明确疾病情况和基础疾病情况后, 接受常规对症治疗。

A 组同时辅以现代康复训练: (1) 良肢位摆放: 保持舒适仰卧卧位,

置一软垫于患侧肩胛骨下避免后缩, 患侧保持上肢外展, 与肢体呈 90 度角, 肢体摆放时需要保持合理活动度, 不能让患者感觉不适。患侧手掌尽量分开, 可以利用辅助物, 保持上肢外旋且展开, 肘部伸直, 前臂旋转向后, 并尽量伸直腕部和手术指, 并保持拇指外展。软枕垫放于腕部下, 同时确保关节保持合理体位, 防止外展。小软枕垫放于膝关节下, 纠正关节屈伸过度。足部尽量保持中立位置, 可辅助使用肢具避免发生足下垂。可在床尾放置枕头, 避免体位引发屈肌痉挛。(2) 运动疗法: 对痉挛肌部位进行持续牵引, 改善痉挛肌肉状态后, 并辅分离运动手法练习。护理人员需要进行监督和指导, 根据患者情况制定运动方案 (运动速度、次数和时间等), 每日练习 1 次, 维持 45min。(3) 握手练习: 指导患者掌握 Bobath 握手手法, 要求双侧均匀发力, 并保持手臂过头, 每日练习 5-6 次, 单次锻炼不低于 10 次。

B 组接受康复训练同时, 予以温针灸治疗: 因偏瘫痉挛时上肢屈肌肌张力高, 下肢伸肌肌张力高, 所以上肢取穴以阳经为主, 下肢取穴以阴经为主。患侧上肢取穴: 合谷穴, 外关穴, 手三里穴, 曲池穴, 肩髃穴, 肩井穴。患侧下肢取穴: 环跳穴, 承扶穴, 殷门穴, 委中穴, 阳陵泉穴, 承山穴, 太溪穴。具体治疗时, 选择 30 号毫针, 毫针和皮肤保持垂直刺入, 得气后, 捻转 3min (平补平泻手法), 确保尾端和皮肤保持合理距离, 药艾条点燃后, 放置于针柄位置并保持燃烧一端向下, 同时底部皮肤进行阻燃处理, 每日治疗 1 次, 单个穴位治疗时间控制在半小时。

两组均连续治疗 4 周后评价治疗效果。

1.3 观察指标

1.3.1 痉挛改善效果: 依据 Ashworth 分级标准进行判断, 0 级 (无肌张力表现), I 级 (肌张力存在轻微增加, 发病区域部分被动进行屈伸时, 肌肉接近最长距离表现为突然卡顿或释放或是存有最小阻力), II 级 (肌张力明显增加, 发病区域大部分范围内肌张力表现异常增大, 累及部分仍可自主活动), III 级 (肌张力增高明显, 无法接受评价检查), IV 级 (仅可保持屈伸姿势, 无法自主活动)。改善有效率为总例数 - III 级 - IV 级 / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.3.2 预后指标: (1) 生活活动能力: 评价工具 Barthel 指数评分量表, 量表最低和最高分分别为 20-80 分, 分数越高表明生活活动能力越强。(2)

运动能力：评价工具简式 Fugl-Meyer 运动功能评分法，分值越高表明运动能力越好。（3）生活质量：评价工具 SF-36 简表，评分越高提示生活质量越理想。

1.3.3 治疗安全性：汇总两组治疗相关不良反应。

1.4 统计学分析

研究统计学软件为 SPSS20.0，对数据进行分析， $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量、 $(\%)$ 表示计数资料，并分别接受 t 、 χ^2 检验， $P < 0.05$ ，提示组间有统计学意义。

2 结果

表 1 两组生活活动能力及运动功能评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ ，分， $n=130$

组别	ADL 评分		FMA 评分		SF-36 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
B 组	38.81 ± 10.47	63.29 ± 13.54 ^a	40.30 ± 3.78	78.33 ± 4.52 ^a	70.36 ± 3.58	88.33 ± 4.98 ^a
A 组	39.02 ± 11.05	58.16 ± 13.71 ^a	40.16 ± 3.92	76.21 ± 5.09 ^a	70.11 ± 3.23	86.71 ± 5.47 ^a
t	0.157	3.035	0.293	3.551	0.591	2.497
P	0.875	0.003	0.770	0.001	0.555	0.013

注：和治疗前相比，^a $P < 0.05$ 。

2.3 治疗相关不良反应

A 组治疗过程中未发生相关不良反应。B 组治疗中仅有 1 例感觉疼痛，后期逐步缓解。两组均未发生严重不良反应。

3 讨论

临床统计结果证实，中风发生后，约有 80% 会有不同程度功能障碍，其中最为常见的为偏瘫，中风导致偏瘫后大部分患者 3 周内会发生肌肉运动功能异常，无法完成正常站立或是行走，主要是因为肌肉协调能力收到影响，并伴有肌张力升高，会明显降低发病患者自理能力和生活质量，提升照护家庭压力^[5-6]。临床治疗时，需要针对性改善患者肢体痉挛症状，从而确保偏瘫程度降低，积极改善预后，保证其生存期生活质量。卒中后痉挛性偏瘫予以现代康复训练可得到一定程度改善，其机制在于，通过训练可强化未受损大脑的代偿功能，提升脑的可塑性，显著增加患侧大脑活性区域，能够尽量使大脑激活程度恢复正常范围内^[7-8]。实际训练过程中，需要综合考虑疾病特点及康复需求，以力学原理为依据，要求患者在专业医师指导下开展各项康复训练，通过合理运动改善具备疼痛感并促进肢体功能恢复，虽然短期效果理想，但是由于改善效果局限性和患者依从性差或无法接受康复训练等因素导致长期效果上并不理想，临床中积极寻找更为高效且安全的治疗方案^[9-11]。

在中医范畴内，将痉挛性偏瘫归为痿证和痹症范畴内，其病机主要在于气血不和、阴虚津亏以及机体阴阳失衡^[12]。综合考虑疾病特点和治疗要求，认为选择针灸治疗较为适宜。针刺可促进局部血压循环，疏通经脉、活血化瘀，肢体麻痹可得到良好改善^[13]。温针灸源于伤寒论，将针刺和艾灸进行有机结合，针刺得气后放置艾灸并点燃，利用热力作用于腧穴，相比单独针灸可提升治疗效果，能够发挥温经通脉、行气、活血功效，此外热力作用可提升患者舒适度，大众接受度理想^[14]。将其应用于痉挛性偏瘫临床治疗中，通过针刺+温热效应局部发挥作用，能够改善血液循环、组织代谢并提升局部周围神经兴奋程度，可保证总体治疗效果。在穴位上，多选择肢体压痛点或是患处累及穴位，上下肢对应穴位可根据情况合理选择，确保个性化治疗。本次治疗中，多选择覆盖累及关节

2.1 痉挛改善有效率

治疗后，A 组 0 级、I 级、II 级、III 级分别为 8 例、34 例、67 例、21 例、0 例，B 组 0 级、I 级、II 级、III 级分别为 28 例、48 例、45 例、9 例、0 例。A 组改善有效率 83.85 (109/130) 低于 B 组 93.08 (121/130)，组间差异显著 ($\chi^2=5.426$ $P=0.020$)。

2.2 预后指标比较

如下表：入组时未接受治疗前，患者各项评分差异较小 ($P > 0.05$)，治疗 4 周后，各项评分明显提升，组间对比，B 组三项评分相对较高 ($P < 0.05$)。

(肩部、髋部、膝部) 临近肌腱压痛点，可针对累及血管和神经发挥积极作用。不同穴位联合治疗，能够补气养血、驱邪解痉、调整机体阴阳平衡，从而有效缓解肢体痉挛症状^[15]。

B 组在现代康复训练基础上，联合温针灸进行治疗，规范治疗 1 月后，结果显示，较 A 组来说，肢体痉挛症状改善效果更为理想，患者肢体活动能力和生活自理能力明显提升，进而促进生活质量得到良好改善。此外，B 组联合温针灸治疗，仅有 1 例感觉疼痛，提示温针灸在治疗安全性上表现优异，还能够提升治疗总体有效性，促进神经功能恢复，积极改善预后情况。

综上可知，中风后痉挛性偏瘫接受温针灸结合现代康复治疗，可确切改善痉挛情况，提升肢体活动能力，强化生活活动能力，对预后恢复意义显著，值得推广和借鉴。

参考文献：

[1] 尹国道. 温针灸对中风后痉挛性偏瘫患者运动功能的改善作用[J]. 中医临床研究, 2021, 13 (17): 71-73.

[2] 梁现泽. 温针灸配合康复训练治疗脑卒中后痉挛性偏瘫的临床效果观察[J]. 当代医学, 2020, 26 (27): 20-22.

[3] 朴慧花. 针灸治疗中风后痉挛性偏瘫的研究进展[J]. 内蒙古中医药, 2021, 40 (3): 167-168.

[4] 刘旭强. 拮抗肌火针结合舌针治疗中风后痉挛性偏瘫临床观察[J]. 山西中医, 2020, 36 (2): 33-35.

[5] 辛彩霞, 王芙蓉. 温针灸配合康复训练治疗脑卒中后痉挛性偏瘫的效果分析[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19 (11): 60-61.

[6] 崔俊涛, 张红结. 温针灸配合康复训练治疗脑卒中后痉挛性偏瘫的疗效观察[J]. 中国疗养医学, 2020, 29 (5): 522-523.

[7] 辛衍代. 温针灸治疗脑卒中肢体痉挛性偏瘫的临床效果观察[J]. 医药前沿, 2021, 11 (13): 187-188.

[8] 李艳琴, 丁继岩. 温针灸配合功能训练治疗脑卒中后上肢痉挛性偏瘫临床研究[J]. 实用中医药杂志, 2020, 36 (9): 1204-1205.