

# 穴位不同针刺方式治疗缺血性脑卒中手功能障碍效果分析

闫雪 张亚男 温泉 王翔宇 张为民<sup>通讯作者</sup>

(长春中医药大学 吉林 长春 130000)

**摘要:**目的: 分析穴位不同针刺方式治疗缺血性脑卒中手功能障碍效果; 方法: 研究纳入我院收治的 150 例缺血性脑卒中手功能障碍患者进行治疗分析, 对全部患者进行随机分组, 分组后建立常规治疗组、电刺激治疗组、电针针刺组、手工针刺组和假生物刺激组, 每组均为 30 例, 各组分别实施常规基础治疗、电刺激治疗、电针治疗、手工针刺治疗和假刺激针治疗, 比较几组治疗前后手功能与生活能力, 以及患者生活质量水平和患者并发症的发生率; 结果: 治疗前常规治疗组与其他组手功能与生活能力相比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 治疗后评分均明显改善, 与常规治疗组相比, 电刺激治疗组、电针针刺组、手工针刺组各项指标评分更优 ( $P < 0.05$ ); 电刺激治疗组、电针针刺组、手工针刺组生活质量指标评分明显高于常规治疗组, 组间差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 电刺激治疗组、电针针刺组、手工针刺组并发症发生率 (6.67%, 3.33%, 6.67%) 明显低于常规治疗组 (30.023.33%), 组间差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 结论: 在对缺血性脑卒中患者进行治疗期间, 相比于采用常规基础治疗措施, 对患者采用电刺激、电针以及手针手工针刺治疗措施, 不仅能够改善患者手部功能以及手部能力, 而且可减少轻患者治疗并发症的发生, 提升患者日常生活质量。

**关键词:** 穴位; 不同针刺方式; 缺血性脑卒中; 手功能障碍

目前, 在对缺血性脑卒中患者治疗期间, 中医针灸已经成为一种常用治疗方式, 利用该方式能够起到活血通络、调和阴阳疏通血管等功能。大量研究表明因此, 将针灸应用于手部功能改善中, 能够帮助患者手部能力恢复。本次研究将我院收治的 150 例缺血性脑卒中手功能障碍患者作为治疗对象, 对全部患者进行分组后, 分别使用不同方式进行针刺治疗, 比较几组针灸治疗结果, 具体分析如下。

## 1 资料及方法

### 1.1 一般资料

本次研究纳入长春中医药大学附属第三临床医院将我院 201821 年 1 月至 2022 年 1 月收治的 150 例缺血性脑卒中手功能障碍患者作为针刺治疗对象, 使用随机数字表法进行分组, 设置常规治疗组 ( $n=30$ )、电刺激治疗组 ( $n=30$ )、电针针刺组 ( $n=30$ )、手工针刺组 ( $n=30$ ) 和假生物刺激组 ( $n=30$ ), 几组患者具体资料比较, 如表 1 所示, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

表 1 患者基本资料 ( $\bar{x} \pm s$ , %)

组别	例数	性别		年龄均值(岁)	病程均值(年)	脑卒中类型(例)	
		男	女			脑梗死	脑出血
常规治疗组	30	19	11	62.64 ± 5.64	3.12 ± 1.07	17	13
电刺激治疗组	30	18	12	61.95 ± 5.58	3.20 ± 1.02	16	14
电针针刺组	30	20	10	62.59 ± 5.40	3.51 ± 1.06	16	14
手工针刺组	30	17	13	63.62 ± 5.49	3.60 ± 1.13	18	12
假生物刺激组	30	18	12	62.48 ± 5.72	3.57 ± 1.21	17	13

**纳入标准:** 符合经诊断确诊为缺血性脑卒中(首次)诊断; 合并手部功能障碍; 改良 Ashworth 评定  $\leq 2$  级使用针灸方式进行治疗; 研究经医院伦理委员会批准同意; 产妇自愿参与研究并签署同意书。

**排除标准:** 临床资料不完整; 同时参与其他相关研究; 不能配合检查和治疗者中途退出研究

### 1.2 方法

所有患者均给予常规治疗组治疗内容。

**常规治疗组:** 实施常规基础治疗。具体措施: (1) 缺血性) 脑卒中内科常规治疗、对症处置及护理常规基础治疗: 控制患者血压, 使用抗炎药物加强感染预防, 维持患者水电解质平衡, 营养脑神经以及对症支持治疗; (2) 指导患者进行科学手部功能现代常规肢体康复训练; (3) 常规治疗基础针刺: 给予患者常规针刺治疗。常规消毒后, 于百会、四神聪、风池穴行常规针刺顶颞前斜线中 2/5 位置针刺, 将针尖与头皮维持在  $15^\circ \sim 30^\circ$ , 实施皮下快速针刺, 并在针尖刺至帽状腱膜下层位置时, 然后沿穴线平刺, 深度位置在 0.5~1.5 寸, 捻转角度控制在  $180^\circ \sim 360^\circ$  范围内, 频率控制在 200 次/min 左右, 然后持续捻转 2~3min, 平补平泻, 留针 30min, 间隔 10min 针刺 1 次, 并连接电针 1 次/d, 5 次/w, 连续治疗 4 周。

**经皮电刺激组:** 对患者实施电刺激模式治疗, 针刺设备使用 Myotrac infiniti 生物刺激反馈仪 (S4-30), 选择单通道模式进行电刺激, 并将两电极分别置于患者曲池和外关位置, 维持双向对称电刺激波形。设置相关参数: 刺激频率为 35Hz, 强度控制在 10~50mA, 波宽设置为 200  $\mu$ s。频率时间及疗程: 15min/次, 1 次/d, 5 次/w, 连续治疗 4 周。

**电针针刺组:** 选取患者曲池、外关穴进行针刺, 采用单手快速进针方式垂直针刺, 针刺深度控制在 1~1.5cm, 将穴位刺激仪两极与针灸针相连。设置随机波频率: 波宽为 1ms、频率为 2Hz, 在患者有明显得气感后, 将电流强度控制在 0.6~3.6mA, 电针使用频率时间及疗程: 30min/次, 1 次/d, 5 次/w, 连续治疗 4 周。

**手工针刺组:** 选择患者曲池、外关穴进行针刺, 患者有明显得气感后, 使用平补平泻手法进行治疗。时间及疗程针灸频率: 30min/次, 1 次/d, 5 次/w, 连续治疗 4 周。

**生物假刺激组:** 针刺设备使用 Myotrac infiniti 生物刺激反馈仪 (S4-30), 并将设备电极贴于患者上肢曲池和外关穴上, 仅将若刺激后仅有指示灯亮起, 并向患者说明此刺激并不会产生任何感觉但无电流输出, 则说明电刺激仪下患者无任何感觉与肌肉收缩现象, 指示灯亮则说明仪器开始正式工作, 时间及疗程针灸频率: 15min/次, 1 次/d, 5 次/w, 连续治疗 4 周。

### 1.3 观察指标

(1) 手部功能: 使用采用 Fugl-Meyer 评测法 (FMA) 进行患者手部功能评估[3], 评分越高, 治疗后患者手部功能恢复效果越理想。

(2) 生活能力: 参考 Barthel Index 评定量表 (BI) 对患者日常生活能力进行评价[4], 以进食、修饰、穿衣、大便小便控制等为评价指标, 判断患者日常生活自理能力, 分数越高, 患者日常生活自理能力越强。

(3) 生活质量: 参考世界卫生组织生存质量测定量表简表 (WHOQOL-BREF) 进行评分[5], 以生理、心理、社会和环境为评价指标, 分数越高, 患者日常生活质量越高。

(4) 并发症发生率:以感觉障碍、手部疼痛和肩手综合征为观察指标,统计不同治疗方式下并发症的发生率患者感觉功能障碍,发生率越低治疗方式使用安全性更高效果更佳。

1.4 统计学方法

采用 SPSS21.0 统计分析,平均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示计量资料,利用 t 检验,数(n)和率(%)表示计数资料,利用 检验,  $P < 0.05$  表明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 组间患者手功能与生活能力比较

治疗前后手功能与生活能力评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )治疗后评分均改善,与常规治疗组相比,电刺激治疗组、电针针刺组和手工针刺组各项指标评分明显更优( $P < 0.05$ ),详见表 2。

表 2 组间患者手功能与生活能力评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	FMA		BI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规治疗组	30	16.64 ± 1.50	19.22 ± 1.74*	42.89 ± 3.64	48.67 ± 3.48*
电刺激治疗组	30	16.75 ± 1.47	25.67 ± 5.60*#	42.90 ± 3.45	60.54 ± 8.77*#
电针针刺组	30	16.62 ± 1.64	25.18 ± 3.20*#	42.90 ± 3.62	55.16 ± 5.95*#
手工针刺组	30	16.21 ± 1.62	23.60 ± 2.87*#	42.37 ± 3.92	58.16 ± 7.01*#
假生物刺激组	30	16.89 ± 1.60	18.48 ± 1.58*#	42.84 ± 2.16	50.92 ± 2.13*#

注:与治疗护理前相比,\* $P < 0.05$ ;与常规治疗组相比,# $P < 0.05$ 。

2.2 组间患者生活质量水平比较

电刺激治疗组、电针针刺组和手工针刺组各项生活质量指标评分均高于常规治疗组,两组评分差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),详见表 3。

表 3 组间患者生活质量评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	生理	心理	环境	社会
常规治疗组	30	76.30 ± 3.58	50.34 ± 4.20	53.34 ± 6.26	62.29 ± 4.54
电刺激治疗组	30	84.26 ± 3.64*	66.95 ± 4.32*	75.92 ± 5.64*	74.64 ± 5.23*
电针针刺组	30	85.95 ± 3.39*	67.23 ± 4.15*	76.36 ± 5.15*	73.34 ± 4.66*
手工针刺组	30	86.65 ± 4.62*	66.49 ± 3.90*	76.95 ± 6.20*	73.62 ± 4.29*
假生物刺激组	30	78.95 ± 3.54	52.67 ± 2.47	58.69 ± 6.57	65.92 ± 5.61

注:与常规治疗组相比,\* $P < 0.05$

2.3 组间患者并发症发生率比较

电刺激治疗组、电针针刺组和手工针刺组患者并发症发生率均低高于常规治疗组,组间发生率差异明显( $P < 0.05$ ),详见表 4。

表 4 组间并发症发生率比较(n, %)

组别	例数	感觉障碍	手部疼痛	肩手综合征	发生率
常规治疗组	30	43 (13.3310.00)	2 (6.67) 3 (10.00)	2 (6.67)	97 (30.0023.33)
电刺激治疗组	30	1 (3.33)	0 (0.00)	1 (3.33)	2 (6.67) *
电针针刺组	30	1 (3.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.33) *
手工针刺组	30	1 (3.33)	0 (0.00)	1 (3.33)	2 (6.67) *
假生物刺激组	30	04 (0.0013.33)	1 (3.33)	01 (3.330.00)	46 (213.330.00)

注:与常规治疗组相比,\* $P < 0.05$ 。

3 讨论

近些年来,随着人口老龄化程度加剧,缺血性脑卒中患者不断增加,该病是脑循环障碍引发的急性心脑血管疾病,研究表明,约 65%的脑卒中患者在恢复期仍持续存在手功能障碍,严重影响患者生活质量,是阻碍患者返回家庭和社会的主要因素。因此,手功能障碍的恢复是康复治疗的关键。该病作为中老年群体一种较为常见的脑血管疾病,对患者精神状态、心理情绪以及肢体功能等影响较大,且会严重影响患者生活质量。而手部功能障碍作为缺血性脑卒中患者一种常见的临床表现,患者临床中表现为手指屈伸困难、废用性萎缩发生率高等。因此,在对患者进行治疗期间,为降低病情对患者负面影响,改善其手部功能,需要选择适合治疗方式。而针刺作为当下一一种较为常用且有效的治疗手段,在实际应用中能够取得较为理想应用效果[6]。但针刺方式不同对患者病情改善效果不同,对患者进行常规基础治疗,能够在一定程度上改善患者病情,但在患者手部功能改善方面作用效果较差并不理想。这就需要在实际治疗期间采用适合方式进行治疗,而电刺激、电针和手法针刺均是临床中常用治疗方式,应用中能够取得理想效果,并且在临床中得到认可。这就需要在具体治疗过程中,结合患者病情采用适合治疗方式,以此加快患者病情恢复[7]。

本次治疗研究结果显示,治疗前常规治疗组与其他组 FMA 和 BI 评分相比,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),治疗后 FMA 和 BI 评分均提升,相比于常规治疗组,电刺激治疗组、电针针刺组、手工针刺组 FMA 和 BI 评分更高,组间差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );电刺激治疗组、电针针刺组、手工针刺组生活质量指标评分明显高于常规治疗组,组间具有显著差异( $P < 0.05$ );电刺激治疗组、电针针刺组和手工针刺组中感觉障碍、手部疼痛和肩手综合征并发症发生率(6.67%, 3.33%, 6.67%)明显低于常规治疗组(30.0023.33%),组间差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );研究结果说明,在对缺血性脑卒中手功能障碍患者进行治疗期间,采用不同治疗方式取得的效果不同。利用常规基础治疗,能够为患者提供良好医疗服务,改善患者手部功能以及生活能力,但难以取得理想效果。与之常规基础治疗相比,采用联合应用电刺激、电针和手法针刺治疗方式,能够提升对患者手部功能改善效果,促进患者手部能力恢复,同时能够减轻患者手部不适感,提升其日常生活能力,该治疗方式临床中具有较高应用价值。

综上所述,将常规基础治疗与电刺激、电针和手法针刺联合常规基础治疗应用于缺血性脑卒中手功能障碍患者治疗中,能够取得 (下转第 298 页)

(上接第 290 页)

较好的一定治疗效果,但因本研究纳入病例数较少,存在一定的局限性,今后将开展大样本、多中心的临床研究进一步验证各种针刺治疗方法对脑卒中后手功能障碍的治疗效果与之相比,对患者使用电刺、电针和手针方式进行治疗,不仅利于提升对患者手功能与生活能力改善效果,而且可加快患者生活质量改善,利于减轻患者并发症发生风险,电刺、电针和手针治疗方式值得推广应用。并开展实验研究,进一步阐明其作用机理。

参考文献:

[1]段毅飞.择时针刺结合康复训练治疗中风后手功能障碍的临床观察[D].河北中医学院,2020.

[2]王琪,满斌,许军峰.针刺治疗脑卒中后手功能障碍临床观察[J].中华中医药杂志,2020,35(07):3761-3764.

[3]王淋,王恩龙.针刺配合康复训练治疗中风后肩痛的临床观察[J].云南中医中药杂志,2019,40(08):57-58.

[4]沈杰,张毅,席军府,等.电针刺运动疗法对脑卒中后手功能障碍的临床研究[J].颈腰痛杂志,2019,40(03):410-411.

[5]严文,庄珣,慕容嘉颖,等.针刺运动疗法对老年脑卒中病人手功能障碍康复的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(06):1012-1015.

[6]李璐.镜像训练联合针灸对偏瘫患者手功能及日常生活能力的影响[J].实用中西医结合临床,2021,21(24):98-99.

[7]冯桂芳,张凯滢,谢珊.针刺联合手功能训练对脑卒中患者上肢功能及生活质量的影响[J].光明中医,2021,36(16):2781-2783.

作者简介:闫雪,女,满族,闫雪,女,满族,职称:副主任医师,硕士学历,研究方向:主要从事中医脑病临床及康复工作。

基金信息:吉林省教育厅科学研究项目资助(项目编号:JJKH20220868KJ)