

通络牵正方联合针刺治疗中风恢复期神经功能的缺损

张风林

(河南大学第一附属医院康复医学科, 郑州 475000)

[摘要] **目的:**评价通络牵正方联合的康复疗法对中风恢复期神经功能缺损改善效果及生活质量的影响。**方法:**将 124 例中风恢复期患者随机按数字表法分为对照组和观察组各 62 例。对照组采用 Bobath 方法、强制性运动疗法、减重步行训练、运动再学习方案等。观察组在对照组治疗的基础上采用针灸和自拟通络牵正方内服。两组疗程均为 8 周。进行治疗前后美国国立卫生院神经功能缺损(NIHSS)评分,采用 Barthel 指数评价日常生活能力(ADL)、Ashworth 法评价痉挛程度,采用 Fugl-Meyer 运动功能评价量表评估肢体综合运动,功能综合评定量表(FCA)评价生活质量,并进行治疗前后中医证候评分。**结果:**观察组疾病疗效总有效率为 93.5%,优于对照组的 77.4% ($P < 0.05$);治疗后观察组 NIHSS, Ashworth, Fugl-Meyer(上肢和下肢)评分低于对照组,Barthel 指数评分高于对照组 ($P < 0.01$);治疗后两组 FCA 评分上升,观察高于对照组 ($P < 0.01$);治疗后两组中医证候积分下降,观察组低于对照组 ($P < 0.01$);观察组肢体运动功能残损和 Ashworth 肌张力分级的改善程度均优于对照组 ($P < 0.05$)。**结论:**针药结合的中医康复手段改善了患者痉挛状态及神经功能的缺损程度,减轻了临床症状,改善了患者运动和日常生活能力,其在中西医结合的现代康复治疗中起着一定的作用。

[关键词] 中风;恢复期;神经功能缺损;针灸;通络牵正方

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2014)18-0212-04

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.2014180212

Tongluo Qianzheng Decoction Combined with Effects of Acupuncture Medicine Neurologic Deficits During Stroke Rehabilitation

ZHANG Feng-lin

(Rehabilitation Medicine Department of First Affiliated Hospital of Henan University, Zhengzhou 475000, China)

[Abstract] **Objective:** To evaluate Tongluo Qianzheng decoction improvement effects of acupuncture combined with medicine on nerve function defect and the quality of life in stroke patients during rehabilitation. **Method:** One hundred and twenty-four stroke patients during rehabilitation were randomly divided into control group and observation group (62 cases, respectively) by random number table. Patients in control group received Bobath method, mandatory exercise therapy, body weight support task-specific training, motor relearning program, etc. Based on the treatment of control group patients, patients in observation group added acupuncture treatment and oral Tongluo Qianzheng decoction. The patients in both groups received 8-weeks periods of treatment. Score the US national institutes of health stroke scale (NIHSS) was graded before and after treatment. Activities of daily living (ADL) was evaluated through Barthel index. Spasm degree was estimated using Ashworth method. Body comprehensive movement function was assessed by Adopt Fugl-Meyer motor function assessment scale and quality of life was evaluated by functional comprehensive assessment (FCA) scale. Besides, Chinese medical syndrome was graded before and after treatment. **Result:** The total curative rate in observation group was 93.5%, which is superior to that in control group 77.4% ($P < 0.05$). The scores of NIHSS, Ashworth, Fugl-Meyer (Upper limb and lower limb) in observation group were lower than in control group, while the Barthel index in observation group was higher than that in control group ($P < 0.01$) after treatment. FCA scores in both groups increased, which was

[收稿日期] 20140530(168)

[第一作者] 张风林, 硕士, 副主任医师, 从事中西医结合康复医学临床及科研工作, Tel:13781140610, E-mail:zhangwfid@163.com

higher in observation group than in control group ($P < 0.01$) after treatment. Score of Chinese medical syndrome in two groups decreased, which was lower in observation group than in control group ($P < 0.01$). Amelioration degree of motor function damage of limbs and classification of Ashworth muscular tension in observation group was superior to that in control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Rehabilitation therapy of acupuncture combined with medicine can ameliorate spasticity and nervous functional defects, and it can also relieve clinical symptoms and signs, and furthermore it can improve ADL and quality of life in stroke patients. Therefore, acupuncture combined with medicine therapy could play an important role in the system of modern rehabilitation treatment by integrated Chinese and western medicine.

[**Key words**] stroke; convalescence; neurologic impairment; acupuncture and moxibustion; Tongluo Qianzheng decoction

近年来随着脑卒中急性期治疗水平的提高,其死亡率明显下降。在急性期救治后,康复治疗成为恢复期和后遗症期治疗的主要手段,其目的在于预防和矫治患者的各类功能障碍,提高和加强躯体控制机能,降低致残率。中风恢复期康复治疗即脑卒中的二级康复,此段时间是向后遗症期过渡的时期,是意识、言语、运动等功能恢复的关键时期,基于此期脑神经功能依然具有很高的康复可塑性,开展受损机体功能恢复的方法与手段研究,积极进行干预,对减少中风致残率的发生,改善患者生存质量有着重要的意义^[1]。中医在中风病康复方面具有显著的优势,根据中风的演变及个体化情况,针灸、推拿、药物等单一或综合康复干预措施均显示出了一定疗效,并具有多途径、多靶点、多环节的作用特点^[2]。“中国脑卒中康复治疗指南”已经认可中医在偏瘫、吞咽障碍、失语症方面的疗效,中西医结合现代康复方法治疗脑卒中是普遍接受的观点^[3]。本院长期以来注重现代康复技术手段与传统中医药的结合,以取长补短、优化组合、综合应用,达到提高疗效的目的。本研究通络牵正方结合针灸在现代康复体系中的作用进行了客观评价。

1 资料与方法

1.1 一般资料 124例患者来自河南大学第一附属医院2012年3月—2013年12月康复科。随机按数字表法分为观察组和对照组各62例。观察组男性38例,女性24例;年龄49~70岁,平均(61.5±7.2)岁;病程15~82d,平均(43.5±17.5)d;美国国立卫生院神经功能缺损(NIHSS)评分(14.5±2.3)分。对照组男性40例,女性22例;年龄50~70岁,平均(60.9±6.8)岁;病程18~79d,平均(41.7±16.4)d;NIHSS评分(13.9±2.8)分。两组年龄、性别、病程及NIHSS评分等一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准 ①参照中华医学会全国第四次脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》^[3]制定。所有患者均经CT或核磁共振成像(MRI)证实。恢复期是指发病2周至6个月内。②中医痰瘀阻络证辨证 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]拟定:半身不遂,口舌歪斜,舌强语謇或不语,偏身麻木或感觉减退或消失;头晕目眩,痰多而黏,舌质暗淡,脉弦滑。

1.3 纳入标准 ①均符合缺血性中风诊断标准;②病程后在3个月内;③符合痰瘀阻络辨证者;④NIHSS评分≥5分;⑤意识清楚,生命体征稳定,能配合康复训练;⑥年龄≤70岁;⑦取得患者及家属知情同意。

1.4 排除标准 ①脑出血、蛛网膜下腔出血、短暂性脑缺血发作者;②心源性栓塞、易凝状态、动脉炎、脑肿瘤、脑外伤、脑寄生虫病、代谢障碍引起的卒中;③合并高血压危象、心肌梗死、心绞痛、肺部感染、癫痫频发、下肢深静脉血栓等疾病者;④重度认知障碍;⑤并发肿瘤和精神病患者;⑥心、肺、肝、肾等重要脏器功能减退或衰竭者。

1.5 治疗方法 两组均参照缺血性脑卒中二级预防方案常规给予降压、抗凝、降糖、调脂等治疗。对照组参照“中国脑卒中康复治疗指南(2011年)”^[3]采用抑制伸展的手法(Bobath)、强制性运动疗法、减重步行训练、运动再学习方案等。观察组在对照组治疗的基础上采用,①针灸治疗,头针采用焦氏头针^[6]取健侧运动区、感觉区、血管舒缩区、平衡区、语言区。体针选肩髃、曲池、外关、灵骨、阴陵泉、三阴交、委中、承山、丘墟。言语蹇涩配哑门、通里;经筋屈曲拘挛配曲泽,大陵,曲泉,太溪等穴;口角歪斜者配颊车、地仓。采用华佗牌针灸针,根据不同的部位常规消毒后针刺。10次为1个疗程,休息2d进行下1疗程。连续使用用5个疗程。②自拟通络牵

正方内服, 药物组成: 地龙 10 g, 僵蚕 10 g, 鸡血藤 15 g, 红花 6 g, 白附子 12 g, 当归 10 g, 天麻 15 g, 石菖蒲 10 g, 川芎 10 g, 郁金 10 g; 并以全蝎 3 份, 蜈蚣 3 份, 水蛭 3 份, 冰片 0.2 份比例打细粉, 每次冲服 3 g。随证加减, 气虚者加黄芪 30 g, 党参 15 g, 白术 15 g; 气滞者加香附、银杏叶各 10 g; 肝肾不足加熟地黄 20 g, 山茱萸 10 g。1 剂/d, 常规水煎分 2 次服用。两组疗程均为 2 个月。

1.6 观察指标 ①治疗前后采用国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分, 分值越高, 神经功能缺损越严重。②日常生活能力(ADL)采用巴氏量表(Barthel)指数(BI)^[7], 治疗前后各进行 1 次评价。③采用肌张力(Ashworth)法评价痉挛程度, 从 0~4 分, 共 5 级, 治疗前后各进行 1 次评价^[8]。④采用肢体运动功能(Fugl-Meyer)评价量表^[8]评估肢体综合运动功能, 治疗前后各进行 1 次评价。⑤生活质量评价采用功能综合评定量表(FCA)^[8], 治疗前后各进行 1 次评价。⑥中医证候评分参照“中药新药治疗中风病的临床研究指导原则”^[4], 根据轻、中、重程度分别记录 1, 2, 3 分, 治疗前后各进行 1 次评价。

1.7 疗效标准 ①疾病疗效标准^[5] 基本痊愈: 神经功能缺损程度评分减少 90%~100%, 病残程度评价为 0 级; 显著进步: 神经功能缺损程度评分减少 46%~89%, 病残程度评价为 1~3 级; 进步: 神经功能缺损程度评分减少 18%~45%; 无变化: 神经功能缺损程度评分减少或增加在 18% 以内; 恶化: 神经功能缺损程度评分增加在 18% 以上; 死亡。

表 2 两组治疗前后 NIHSS, Barthel 指数, Ashworth 和 Fugl-Meyer 评分比较($\bar{x} \pm s, n = 62$)

组别	时间	NIHSS	Barthel 指数	Ashworth	Fugl-Meyer	
					上肢	下肢
对照	治疗前	13.9 ± 2.8	42.7 ± 7.5	2.74 ± 0.32	41.4 ± 10.5	22.3 ± 6.7
	治疗后	4.7 ± 1.6 ¹⁾	59.3 ± 12.4 ¹⁾	1.52 ± 0.27 ¹⁾	24.3 ± 6.9 ¹⁾	11.6 ± 4.3 ¹⁾
观察	治疗前	14.5 ± 2.3	41.9 ± 9.3	2.81 ± 0.39	42.6 ± 11.7	21.8 ± 6.2
	治疗后	3.2 ± 1.1 ^{1,2)}	66.2 ± 11.8 ^{1,2)}	0.86 ± 0.31 ^{1,2)}	13.9 ± 5.1 ^{1,2)}	7.5 ± 3.2 ^{1,2)}

注: 与治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.01$ (表 3 同)。

2.3 两组治疗前后 FCA 和中医证候评分比较 治疗后两组 FCA 评分上升, 观察高于对照组 ($P < 0.01$); 治疗后两组中医证候积分下降, 观察组低于对照组 ($P < 0.01$), 见表 3。

2.3 两组治疗前后肢体运动功能残损情况比较 两组治疗后肢体运动功能残损均比治疗前有所改善

总有效率 = (基本痊愈 + 显著进步 + 进步) / 总例数 × 100%

②肢体运动功能残损情况 根据 Fugl-Meyer 评分进行评定, 重度残损: Fugl-Meyer 评分 < 50 分; 明显残损: 50 < Fugl-Meyer 评分 < 85 分; 中度残损: 85 < Fugl-Meyer 评分 < 95 分; 轻度残损: Fugl-Meyer 评分 > 96 分。

1.8 统计学处理 数据分析采用 SPSS 17.0 统计分析软件, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗后观察组临床疗效总有效率为 93.5%, 对照组为 77.4%, 经临床比较观察组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 ($n = 62$)

组别	基本痊愈 /例	显著进步 /例	进步 /例	无变化 /例	恶化 /例	死亡 /例	总有效率 /%
对照	4	16	28	12	2	0	77.4
观察	7	25	26	4	0	0	93.5 ¹⁾

注: 与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后 NIHSS, Barthel 指数, Ashworth 和 Fugl-Meyer 评分比较 治疗后两组 NIHSS, Ashworth, Fugl-Meyer (上肢和下肢) 评分均比治疗前下降, Barthel 指数评分比治疗前升高 ($P < 0.01$); 治疗后观察组上肢和下肢评分均低于对照组, Barthel 指数评分高于对照组 ($P < 0.01$), 见表 2。

表 3 治疗前后 FCA 和中医证候评分比较($\bar{x} \pm s, n = 62$)

组别	时间	FCA	中医证候
对照	治疗前	36.4 ± 10.8	27.7 ± 6.5
	治疗后	59.5 ± 12.6 ¹⁾	11.3 ± 4.4 ¹⁾
观察	治疗前	34.5 ± 9.5	26.9 ± 7.3
	治疗后	67.3 ± 13.4 ^{1,2)}	7.2 ± 2.8 ^{1,2)}

($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 观察组的改善程度优于对照组 ($P < 0.01$), 见表 4。

表 4 两组治疗前后肢体运动功能残损情况比较 ($\bar{x} \pm s, n = 62$) 例

组别	时间	肢体运动功能残损			
		重度	明显	中度	轻度
对照	治疗前	27	16	15	4
	治疗后	19	17	14	12 ¹⁾
观察	治疗前	29	16	14	3
	治疗后	12	13	17	20 ^{2,3)}

注: 与治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$, ²⁾ $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较³⁾ $P < 0.05$ 。

2.4 两组治疗前后 Ashworth 肌张力分级比较 治疗后两组 Ashworth 肌张力分级的改善均优于治疗前 ($P < 0.01$), 观察组的改善优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 见表 5。

表 5 两组治疗前后 Ashworth 肌张力分级比较 ($n = 62$) 例

组别	时间	Ashworth/分				
		0	1	2	3	4
对照	治疗前	0	2	16	24	20 ¹⁾
	治疗后	0	10	21	25	6
观察	治疗前	0	1	17	22	22
	治疗后	0	16	27	16	3 ^{1,2)}

注: 与治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.05$ 。

3 讨论

中医药在脑卒中后康复中的重要性日益受到业内的重视和认可, 王永炎院士指出中医药在中风病康复中有着不可或缺的促进作用, 早期积极的康复治疗及辨证论治均能帮助中风患者早日康复^[9]。长期以来缺血性中风恢复期一直作为针刺治疗的优势病种, 国内中医界也一直认可针刺对中风恢复期的疗效, 但从循证医学来说, 还缺乏足够的证据证明针刺治疗中风的确切疗效^[10]。《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》(2010 年) 将针刺疗法列为 II 级推荐, 提示其疗效有待进一步的数据证实^[11]; 《中国脑卒中康复治疗指南》(2011 完全版) 也只是认可针刺对脑卒中后部分后症状有改善作用, 也提示了针灸对脑卒中后神经功能缺损的康复还需要大量证据证实^[3]。中医治疗强调整体观。针刺穴位可激活机体多系统、多组织、多靶点, 并且随刺激方

式的不同, 同穴位的刺激可能产生不同的效果; 而中药汤剂更是具有灵活多变、活性成分多、作用靶点多, 作用效应层次多的特点^[11]。

本研究显示中西医结合综合康复干预方案中, 针灸联合通络牵正方降低 NIHSS, Ashworth, Fugl-Meyer(上肢和下肢) 和中医证候评分, 升高 Barthel 指数评分和 FCA 评分; 观察组肢体运动功能残损和 Ashworth 肌张力分级的改善程度均优于对照组, 均提示了针药结合的中医康复手段改善了患者痉挛状态, 改善了神经功能的缺损程度, 减轻了临床症状、体征, 从而改善了患者运动能力和日常生活能力, 有利于患者的生活质量的提高, 充分显示其作用的整体性与全面性, 其确切的临床疗效是单纯西医康复所不能替代的。

[参考文献]

- [1] 赵敏, 李红利, 李涛, 等. 偏瘫复原丸联合针刺及康复训练对社区脑卒中恢复期患者的疗效评价[J]. 新中医, 2012, 44(7): 126.
- [2] 许锦锦, 谢宜南, 马壮, 等. 中风病中医综合康复治疗概况[J]. 中医杂志, 2013, 54(2): 163.
- [3] 张通. 中国脑卒中康复治疗指南(2011 完全版)[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(4): 301.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 67.
- [5] 中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [6] 焦顺发. 头针[M]. 太原: 山西人民卫生出版社, 1982: 18.
- [7] 陈清棠. 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.
- [8] 范文可, 胡永善, 吴毅, 等. 功能综合评定量表效度的研究[J]. 中国康复医学杂志, 2003, 18(6): 325.
- [9] 王永炎, 谢雁鸣. 实用中风病康复学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 17.
- [10] 李慧, 梁伟雄, 郭新峰. 醒脑开窍针法治疗中风的 Meta 分析[J]. 广州中医药大学学报, 2004, 21(3): 215.
- [11] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组, 急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(2): 146.

[责任编辑 何希荣]