

针刺优化方案治疗中风后偏瘫的临床研究

张 民, 涂 悦, 程世翔, 马铁柱, 张 赛

(武警部队脑创伤与神经疾病研究所, 武警医学院附属医院脑系科, 天津 300162)

【摘要】 目的 观察针刺优化方案治疗中风后偏瘫患者神经功能缺损的变化, 寻求治疗中风偏瘫的最佳方案。方法 将 90 例中风患者按入院先后顺序随机均分为针刺组、康复组、针刺+康复组。3 组患者均给予常规基础药物治疗, 针刺组采用优化醒脑开窍方案, 针刺内关、人中(3 d 后改印堂)、三阴交、极泉、尺泽、委中、风池、完骨、天柱穴, 并随证加减, 每次 30 min; 康复组进行康复训练, 每次 45 min; 针刺+康复组在醒脑开窍针法治疗的同时加康复治疗。各组每周连续治疗 5 次, 共治疗 4 周。于治疗前后进行神经功能缺损程度评分(NDS), 并比较各组神经功能缺损疗效。结果 3 组治疗后 NDS 评分均较治疗前明显降低(均 $P < 0.01$), 其中针刺组和针刺+康复组 NDS 评分(分)下降程度较康复组更明显(6.13 ± 3.18 、 6.13 ± 4.03 比 8.77 ± 3.35 , 均 $P < 0.05$), 而针刺组与针刺+康复组间无明显差异。治疗后针刺组和针刺+康复组神经功能缺损总有效率均明显高于康复组(100.0%、100.0% 比 93.3%, 均 $P < 0.05$), 而针刺组与针刺+康复组间无明显差异。结论 针刺法、康复疗法和针刺结合康复疗法均可明显改善中风后偏瘫的临床症状, 减轻神经功能缺损, 改善日常生活能力, 且针刺法和针刺结合康复疗法的疗效优于单纯康复疗法。

【关键词】 针刺疗法; 康复训练; 中风; 偏瘫

中图分类号: R246.1; R255.2 文献标识码: A DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2011.03.001

A clinical research on optimistic design of acupuncture in treatment of post-stroke hemiplegia ZHANG Min, TU Yue, CHENG Shi-xiang, MA Tie-zhu, ZHANG Sai. Institute of Traumatic Brain Injury and Nervous Disease, Affiliated Hospital of Medical College of the Chinese People's Armed Police Forces, Tianjin 300162, China

Corresponding author: ZHANG Sai, Email: zhangsai718@yahoo.com

【Abstract】 **Objective** To observe the changes of neural dysfunction of patients with post-stroke hemiplegia treated by the prioritization scheme of acupuncture to look for a proper therapy for this disease. **Methods** According to the admission sequence, 90 stroke cases were randomly and equally divided into three groups: acupuncture group, rehabilitation group, and acupuncture plus rehabilitation group. Conventional drug therapies were given to all the three groups. In addition, acupuncture group adopted Xingnao Kaiqiao (醒脑开窍) therapy, the prioritization scheme needling Neiguan (内关), Renzhong [人中, after 3 days, Yintang (印堂) took the place of Renzhong], Sanyinjiao (三阴交), Jiquan (极泉), Chize (尺泽), Weizhong (委中), Fengchi (风池), Wangu (完骨) and Tianzhu (天柱) acupoints with adjustment in the light of different syndromes of traditional Chinese medicine and retention of each needling being 30 minutes. The patients in rehabilitation group performed the rehabilitation training program, once 45 minutes; while acupuncture plus rehabilitation group adopted both Xingnao Kaiqiao acupuncture therapy and rehabilitation training program. Rehabilitation and acupuncture treatment were given 5 times a week for 4 weeks. Before and after the therapy, neural function deficient scale (NDS) was evaluated and the therapeutic results of various groups were compared. **Results** NDS scores after the therapy of three groups were all comparatively lower than those before the therapy (all $P < 0.01$); and the scores of acupuncture group and acupuncture plus rehabilitation group were lowered more significantly than the score in rehabilitation group (6.13 ± 3.18 , 6.13 ± 4.03 vs. 8.77 ± 3.35 , both $P < 0.05$), whereas the lowering in the former two groups had no obvious difference. The total effective rates of acupuncture group and acupuncture plus rehabilitation group were also markedly higher than the rate in rehabilitation group (100.0%, 100.0% vs. 93.3%, both $P < 0.05$), and no significant difference was seen between the former two groups. **Conclusion** Acupuncture therapy, rehabilitation therapy, and acupuncture plus rehabilitation therapy can all significantly improve clinical symptoms of patients with post-stroke hemiplegia, reduce neural function deficits and improve activities of daily life. Either therapy of acupuncture plus rehabilitation or acupuncture has better therapeutic effect than rehabilitation therapy alone.

【Key words】 Acupuncture therapy; Rehabilitation training; Stoke; Hemiplegia

中风病具有高病死率、高复发率及高致残率等

特点, 严重威胁人类生命及影响患者生活质量。在我国中风病发病率居世界第二, 每年新发病例约 150 万, 患病人数高达 500~600 万, 死亡者近 100 万^[1]; 其中脑梗死每年的发病率为 110/10 万, 脑出血为 6 080/10 万^[2]。随着各种治疗方法的不断发展和完善, 中风病病死率有所降低, 但其存在用药剂量、时

基金项目, 国家自然科学基金资助项目(30372668), 武警医学院科研项目资助(WYZ201002)

通信作者: 张 赛, Email: zhangsai718@yahoo.com

作者简介: 张 民(1983-), 男(汉族), 内蒙古自治区人, 博士研究生。

机、不良反应等问题^[3],以及治疗后有些患者遗留不同程度的后遗症,直接影响患者生活质量,也给家庭和社会造成沉重的负担^[2]。据统计,中风后遗症中偏瘫发生率最高,在偏瘫后 3 周内,几乎 90% 的患者发生痉挛^[4]。因此,如何寻找一种符合中国国情、经济实用的治疗中风后遗症的治疗方案,降低致残率,改善中风病患者的生活质量,具有重要意义。本研究中所实施的针刺优化治疗方案是总结石氏醒脑开窍法、靳三针疗法和以往透刺法治疗中风后遗症的各项研究结果,结合临床实践情况形成的治疗中风后遗症的方案。选择武警医学院附属医院脑系科 2009 年 11 月至 2010 年 11 月的 90 例脑梗死患者进行对照研究,旨在系统客观地评价针刺优化方案治疗中风后偏瘫的临床疗效,探讨醒脑开窍针法与康复治疗的协同作用,探索两者配合应用的规律,为临床推广针刺优化方案提供客观、有价值的临床研究数据。

1 资料与方法

1.1 入选标准:①西医诊断符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议制定的脑梗死诊断标准^[5];②中医诊断符合国家中医药管理局脑病急症协作组制定的《中风病诊断与疗效评定标准》(试行)中的中风病诊断标准^[6];③经头颅 CT 或 MRI 证实;④≤2 次的中风史,发病时间 15 d~3 个月;⑤年龄 40~75 岁,性别不限;⑥临床神经功能缺损程度评分(NDS)中累积评分≥10 分;⑦意识清醒,生命体征平稳者;⑧知情同意者。

1.2 临床资料:采用前瞻性随机对照研究方法,共 90 例中风后偏瘫患者符合入选标准,男 53 例,女 37 例;年龄 42~75 岁,平均(64.35±9.46)岁。按入院先后顺序随机分为针刺组(30 例)、康复组(30 例)、针刺+康复组(30 例)。3 组性别、年龄、病程比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$;表 1),影响患者的转归因素处于均衡状态,有可比性。本研究符合医学伦理学标准,并经医院伦理委员会批准。

表 1 3 组中风患者一般资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	性别(例)		年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	病程 ($\bar{x}\pm s$,d)
		男	女		
针刺组	30	17	13	60.83±9.34	43.17±14.71
康复组	30	16	14	59.91±8.57	35.00±15.83
针刺+康复组	30	20	10	60.20±7.69	42.67±16.23

1.3 治疗方法:各组每日治疗 1 次,每周连续治疗 5 次、休息 2 d 再继续治疗,共治疗 4 周。

1.3.1 基础治疗:3 组患者均参照《中国脑血管病防治指南》2005 年的方案控制血压、血糖、血脂。

1.3.2 针刺组:选用优化的醒脑开窍方案。①主穴:内关(双侧)、人中(3 d 后改印堂)、三阴交(患侧)。②辅穴:极泉、尺泽、委中、风池、完骨、天柱。③加减:上肢痉挛性瘫痪取患侧肩髃、合谷、八邪穴;下肢痉挛性瘫痪取患侧阳陵泉、丘墟透照海。双侧内关穴用捻转提插结合泻法,施手法 1 min;人中穴用雀啄法;印堂穴用提插泻法,以局部酸胀为度;三阴交穴用提插补法,使患侧下肢抽动 3 次为度;极泉穴用提插泻法,以患侧上肢抽动 3 次为度;尺泽穴用提插泻法,以患者手指抽动 3 次为度;委中穴用提插泻法,使患侧下肢抽动 3 次为度;风池、完骨、天柱穴用小幅度高频率捻转补法,施手法 1 min;肩髃穴用提插补法,施手法 1 min;合谷穴用提插泻法,使患者第二手指抽动或五指自然伸展为度;八邪穴用提插补法,以手指自然伸展为度;阳陵泉穴用提插补法,使针感缓慢传导到小趾处;丘墟透照海用捻转手法,平补平泻 1 min。每次留针 30 min。

1.3.3 康复组:主要依据《康复医学》第 3 版,弛缓期预防关节挛缩和畸形、并发症和继发性损害,增强正常感觉输入,诱发主动运动;痉挛期降低肌张力,抑制痉挛模式,诱发分离运动。每次训练 45 min。

1.3.4 针刺结合康复组:每日针刺治疗 1 次,康复训练 1 次,治疗方法同针刺组及康复组。

1.4 观察指标及方法:于治疗前后进行 NDS 评分^[5];并按下列标准进行疗效判定:以患者 NDS 评分(功能改善)及总的生活能力状态(评定时的病残程度)进行评定。①基本痊愈:NDS 评分减少 91%~100%,病残程度为 0 级;②显著进步:NDS 评分减少 46%~90%,病残程度为 1~3 级;③进步:NDS 评分减少 18%~45%;④无变化:NDS 评分减少 17%左右;⑤恶化:NDS 评分减少或增加 18%以上。总有效=基本痊愈+显著进步+进步。

1.5 统计学处理:用 SPSS 11.5 统计软件分析数据,各组计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,进行正态性检验和方差齐性检验,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用完全随机设计的单因素方差分析,两两比较用 LSD 法;计数资料采用 χ^2 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 NDS 评分(表 2):3 组治疗前 NDS 评分比较差异无统计学意义,治疗后 NDS 评分均较治疗前明显下降(均 $P<0.01$)。说明 3 种治疗方案对减少神经功能缺损程度均有效,且以针刺组与针刺+康复组疗效较为显著(均 $P<0.05$)。

表 2 3 组中医患者 NDS 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗后
针刺组	30	14.17±3.99	6.13±3.18 ^{ab}
康复组	30	15.33±2.72	8.77±3.35 ^a
针刺+康复组	30	15.13±4.43	6.13±4.03 ^{ab}

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.01$;与康复组比较,^b $P < 0.05$

2.2 综合疗效(表 3):针刺组与针刺+康复组神经功能缺损总有效率均明显高于康复组,差异有统计学意义(均 $P < 0.05$),而针刺组与针刺+康复组比较差异无统计学意义。说明 3 种治疗方案中,针刺治疗、针刺加康复治疗均优于单纯康复治疗,针刺治疗与针刺加康复治疗无明显差异。

表 3 3 组中风患者神经功能缺损疗效比较

组别	例数	显著进步(例)	进步(例)	无变化(例)	总有效率(%)
针刺组	30	22	8	0	100.0 ^a
康复组	30	13	15	2	93.3
针刺+康复组	30	23	7	0	100.0 ^a

注:与康复组比较,^a $P < 0.05$

3 讨论

中风病一直是中外医家努力攻克的一个世界性医学难题,我国有关中风的研究始载于《黄帝内经》,对于中风的病因病机,历代医家认识及学说颇为不一。唐宋以前以“外风”学说为主,多以“内虚邪中”立论;治则上以疏风祛邪、扶助正气为主。唐宋以后以“内风”学说为主,不论是刘河间的“心火暴甚”,或是李东垣的“正气自虚”,还是朱丹溪的“湿痰生热”最终都是引动了“内风”;治则上以滋阴熄风、补阴潜阳为主。石学敏院士经过长期临床观察,深刻领悟中医经典,并结合现代医学研究揭示脑为思维的物质基础,明确中风的发病部位在脑,病理上以脑血管出血或缺血引起脑组织和中枢神经损伤为主这一微观事实后,提出中风病位在脑,病机是“窍闭神匿、神不导气”,治疗应立足于“醒脑”、“醒神”、“调神”。

醒脑开窍针刺优化治疗方案是在石学敏院士“醒脑开窍针刺法”的基础上发展而来的,秉承了石学敏院士治疗中风病从脑腑立论、辨病与辨证结合的思想,立足于中医“神”的学说,且结合现代医学,以“窍闭神匿、神不导气”为中风病的根本病因病机,确立了醒脑开窍、滋补肝肾为主,益气活血、通经活络为辅治疗中风后遗症的原则。因此该方案在组方取穴上沿袭了“醒脑开窍针刺法”阴经取穴为主的特点,以内关、人中(3 d 后改印堂)、三阴交为主穴醒脑开窍、滋补肝肾,辅以极泉、尺泽、委中、风池、完骨、天柱穴以益气活血、通经活络,同时根据患者临

床症状的不同,进行临床辨证辅穴随证加减,将整体观念与辨证论治有机地结合起来运用于临床,可谓精于辨证,谨守病机。

中枢神经系统具有极大可塑性,正常情况下,相当一部分脑细胞处于休眠状态,一旦高级中枢或通路受损,可调动这些细胞进入功能状态。脑中风后,大脑皮质功能的重组可通过神经细胞突触再生、发芽来实现,新突触的产生,对其神经冲动传导阈值的降低,有赖于运动信息的不断输入和强化^[7]。研究表明,康复训练可激活脑梗死大鼠梗死灶周围和对侧相应皮质神经元功能,促进运动功能恢复^[8]。

康复运动训练可以改善患肢的局部血运,通过肌肉和关节的运动向中枢神经系统输入大量的本体感觉冲动,刺激脑部血液循环,使病灶尚未坏死的神经细胞兴奋性增高,使得神经元功能恢复和代偿,最大程度得到功能重建,促进神经系统功能重塑^[9]。同时还可以增加大脑皮质的厚度和营养,从而加强其活动能力,加速脑侧支循环的建立,促进病灶周围组织或健侧脑细胞的重建或代偿,并改善神经系统的兴奋性和反应性,促进大脑皮质在受损后功能重建的可塑性,形成新的神经通路,以利于偏瘫患者肢体运动功能的恢复^[10]。

NDS 评分标准是以斯堪的纳维亚神经卒中量表(SSS)为基础,在 1995 年全国第四次脑血管病学术会议上修订而成的,该量表包括 8 个维度,分别是意识、水平凝视功能、面瘫、言语、上肢肌力、手肌力、下肢肌力和步行能力,其意识维度分为两项提问、两项指令、强烈局部刺激 3 个条目,其余每个维度均为 1 个条目,每个条目根据实际情况赋值 0~6 分,合计总分最高 45 分,最低 0 分。研究证实该量表在中风患者中具有较好的信度、效度、敏感度^[6]。本研究中通过观察针刺法、康复、针刺+康复治疗对 NDS 评分的影响及中风综合疗效评定显示,3 种治疗方案对中风后偏瘫患者的功能活动改善均有效,以针刺治疗、针刺联合康复治疗作用显著。有研究表明,针灸医学与康复医学在适应证上有着相同的疾病谱,在治疗方法和科学理论上存在着极强的互补性^[11],治疗的切入时机也相同^[12],这为针刺和康复训练相结合综合治疗中风后偏瘫提供了可行性。尽管本研究中针刺组与针刺+康复组的疗效未见明显差异,但有学者研究发现,在中风早期运用针刺治疗能较大幅度地恢复患者肢体功能,预防残疾,降低致残率,减轻残疾程度^[13-14],说明针刺与康复训练具有良好的协同作用,应该进一步研究。

参考文献

[1] 贺茂林,陈清棠. 机遇和挑战,面向 21 世纪的急性脑梗死溶栓治疗. 中国危重病急救医学,2000,12(5),259-260.

[2] 方向华. 中国卒中的流行现状及其影响因素. 中国脑血管病杂志,2004,1(5),233-237.

[3] 李建生,刘敬霞. 关于急性脑梗死溶栓治疗研究中的几个关键问题. 中国危重病急救医学,2007,19(6),插页.

[4] 张赛,李建国. 现代神经创伤及神经外科危重症. 天津:南开大学出版社,2010,105-118.

[5] 中华神经科学会,中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点. 中华神经科杂志,1996,29(6),379-380.

[6] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行). 北京中医药大学学报,1996,19(1),55-56.

[7] Small DL, Buchan AM. Mechanisms of cerebral ischemia; intracellular cascades and therapeutic interventions. J Cardiothorac Vasc Anesth,1996,10(1),139-146.

[8] 李玲,袁华,牟期,等. 康复训练对大鼠脑梗死后 Fos 和 HSP70 表达的影响. 第四军医大学学报,2001,22(10),901-904.

[9] 谢晓冷,张翠香,孙英. 早期康复治疗对卒中中恢复期神经功能缺损及 ADL 的影响. 中国康复医学,2003,15(11),650-653.

[10] 任娟. 综合治疗中风后遗症 28 例临床观察. 中医药导报,2006,12(2),59-60.

[11] 郭泽新,汪炳生. 治疗中风偏瘫需要针灸与康复医学的结合. 中国针灸,2002,22(4),268-270.

[12] 周国平,胡爱中,刘新春,等. 全经针刺法治疗卒中偏瘫 62 例经验. 中国临床康复,2005,9(29),132-133.

[13] 龙维群. 早期针刺治疗卒中偏瘫 84 例疗效观察. 中国中西医结合急救杂志,2004,11(4),252.

[14] 殷汉贤,黄皖生,饶磊. 早期针刺、推拿配合运动疗法治疗中风偏瘫临床疗效分析. 中国中西医结合急救杂志,2000,7(5),302.

(收稿日期:2011-04-02)
(本文编辑:李银平)

• 经验交流 •

脊柱后路手术患者的体位护理

李红峰,彦文娟

(宁夏回族自治区人民医院,宁夏 银川 750021)

【关键词】 脊柱后路; 手术; 体位; 护理

中图分类号:R473.6 文献标识码:B DOI:10.3969/j.issn.1008-9691.2011.03.002

脊柱周围血管神经丰富,手术危险性很高,合理的体位是手术成功的基本保证,需要手术人员的高超技能及护理人员的全力配合才能使手术顺利完成。

1 脊柱后路手术常用体位——俯卧位

常见的俯卧位:①枕垫法:用 4~6 个宽 13 cm、长 20 cm、高 10 cm 的海绵垫,分别对称垫于患者肩、肋缘、骶髂部位,使胸腹部悬空,将头置于头圈内,膝下垫海绵膝圈,胫前放置大软枕,使足保持自然状态,防止足过度背伸;两上肢屈曲放置在头侧。②体位架法:弓形架。患者在平车上实施气管插管全身麻醉之后,将身体移至体位架上。头置于体位架头端的头托上,腿的方法同枕垫法,然后采取三枕摆置法(即患者取俯卧位,双上肢伸直平放身体两侧,在胸前、耻骨连合、膝下三处各垫一软枕)。

2 俯卧位的护理要点

2.1 眼部的护理:眼球受压可导致视网膜受压而失明,因此,俯卧位时患者的头部要用马蹄形头托固定,并避免眼睑皮肤接触头托。前额和颞骨是头部的主要受力点,因头托架稍硬,应在受力点衬垫棉块或海绵垫以缓解局部压力,同时应

注意调整面部皮肤与头托的接触部位,使前额和两侧颞骨受力均匀。

2.2 四肢的护理:双臂向上呈自然弯曲放于头架两侧,前臂垫薄软枕,远端关节低于近端关节,并用包布包裹;两膝关节下垫海绵膝圈,胫下垫大枕头,高度以足呈自然状态,不顶压大拇指为宜,约束带固定在大腿根部,松紧适度。

2.3 躯干的护理:俯卧位时因患者胸部及腹部受压,故俯卧位的 4 个支撑点分别为两侧肩峰前侧面及两侧肋部、双侧髂前上棘。胸部及腹部悬空达到胸、腹部不受挤压的目的,使得通气时胸腔和腹腔可自行舒缩,以维持正常的呼吸频率。各支撑点用海绵垫以缓解局部压力;并保证支撑面的衬垫稳妥不移位。

2.4 管道的护理:复杂的脊柱手术常进行中心静脉或动脉穿刺、监测,因此患者身上有多条管道和电极线,在摆放体位之前,应将管线整理好防止翻身时脱落。置俯卧位后,应检查管道是否通畅,线路是否受压,电极粘贴处应避开受压部位,术毕翻身前后均应注意理顺。

3 围手术期的护理要点

术前再次检查各管道有无脱落、是否通畅,线路有无扭曲受压,受压部位衬垫是否稳妥、有无移位。术中必须随时检查体位有无改变,支撑物有无滑动或失

效,各管道是否通畅。注意随时检查置于头架两侧的双上肢是否包裹完整,保证肢体不接触金属物。如果手术时间超过 2 h,都应注意加强皮肤保护并检查患者眼睛,每小时抬起患者头部 1 次。术后检查患者有无皮肤压红,若出现皮肤压红,用 75% 乙醇纱布湿敷。在翻转体位时仍应注意保持躯干平衡及各管道、线路的通畅、不滑脱。同时,要注意对患者的心理护理,有利于发挥自身情绪调节作用,对维护生理指标的稳定有积极作用^[1],手术室护士术前必须到病房查阅病例、访视患者,与患者亲切交谈,介绍有关麻醉及手术知识,对患者及家属进行脊柱手术围手术期的健康教育和心理护理,消除心理压力,同时向患者讲解术中体位的特殊性和在全麻未完全清醒时要尽量配合避免损伤,详细了解患者体重、身形等以做出评估和准备。

正确、稳定地安置患者手术体位,既便于手术者操作,又便于麻醉师准确地观察患者生命体征,预防各类并发症的发生,平安地渡过手术期。

参考文献

[1] 刘秀杰,杨华堂,邢瑞敏. 对创伤患者及家属实施即刻心理护理的观察. 当代护士,2002,10(4),44-45.

(收稿日期:2011-01-10)
(本文编辑:李银平)

作者简介:李红峰(1971-),女(汉族),内蒙古自治区人,护师。