

通督调神针刺法联合益气化瘀通络汤对脑卒中偏瘫患者平衡与肢体运动功能的影响

金萍 庞涛涛 陈王峰

脑卒中为临床常见脑血管疾病,其年龄与发病率呈正相关。随着我国社会老龄化不断加重,脑卒中患病率逐年升高^[1]。脑卒中具有起病急、进展快、预后差等特点,脑卒中致残率高达60%~70%^[2],且易反复发作,脑卒中后患者正常生活受到严重影响。研究显示,80%的脑卒中患者存在偏瘫症状^[3],偏瘫不仅会对患者日常生活行为造成严重影响,若未及时纠正还会导致患者机体活动与运动功能下降进展为全瘫。西医对脑卒中后偏瘫采用对症治疗,但疗效往往不尽人意。脑卒中属中医学中“中风”范畴,中风发病机制为气血逆乱、脏腑阴阳失调^[4],虽病位在脑,与心、肝、肾关系密切;既往研究显示活血祛瘀、调和阴阳等治法疗效肯定^[5,6]。故本次研究采用通督调神针刺法联合益气化瘀通络汤治疗脑卒中偏瘫患者,探讨对患者平衡与肢体运动功能的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2016年8月至2021年7月期间台州市第二人民医院老年科收治的脑卒中偏瘫患者152例为研究对象,其中男性108例、女性44例;年龄49~74岁,平均(58.51±8.52)岁。纳入标准为:中医诊断符合《中药新药治疗中风病的临床研究指导原则》^[7]中中风病标准,西医诊断符合《中国脑血管病防治指南》^[8]中脑卒中标准;疾病分期为恢复期,神志清楚,有一定语言能力或执行能力,与医护人员可基本正常交流,签署知情同意书。排除标准为:病情不稳定,合并其他主要脏器严重病变,合并癫痫、脑部肿瘤,合并肢体性疾病如骨关节疾病、外伤等无法开展康复训练,合并糖尿病周

围神经病变等影响肢体感觉功能,依从性差,厌服中药。本次研究经医院医学伦理委员会审批。采用随机数字表法分为两组,各76例。观察组中男性56例、女性20例;年龄50~74岁,平均(58.79±8.56)岁;对照组中男性52例、女性24例;年龄49~73岁,平均(58.23±8.47)岁。两组一般资料比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法 两组均开展常规西医对症治疗,包括积极干预高血压、冠心病、糖尿病等,给予控制感染及相关并发症等。在治疗基础上,对照组采用通督调神针刺法治疗,取穴:百会、神道、风府、至阳、腰阳关、命门、华佗夹脊,选择一次性针灸针,取卧位,暴露穴位皮肤,常规消毒后单手快速进针,快速小捻转间断平补平泻方法。百会、神道:向后平刺15~20 mm;风府:向下斜刺15~20 mm;至阳、腰阳关、命门:直刺15~20 mm;华佗夹脊:向脊柱方向斜刺15~20 mm。以患者有酸胀感为宜,得气后每分钟捻转90~100次,持续2 min,分别于进针后第10 min、20 min、30 min动针3次,留针30 min,每日1次,每周5次,休息2 d,连续2周为1个疗程,合计4个疗程。

观察组联合益气化瘀通络汤治疗,方组:生黄芪30 g、当归6 g、川芎3 g、党参6 g、赤芍6 g、桃仁3 g、红花3 g、麦冬6 g、地龙10 g,每日1剂,中药及制备由药剂科负责,早晚各温服1次,连续服用2周为1个疗程,合计4个疗程。

1.3 观察指标 ①平衡功能:采用Berg平衡量表(Berg balance scale, BBS)^[9]于治疗前后进行测定,0~20分为平衡功能差,需乘坐轮椅;21~40分为中等平衡功能,可在辅助下步行;41~56分为平衡功能好,可独立步行。②肢体运动功能:采用Fugl-Meyer评分法(Fugl-Meyer assessment, FMA)^[10]进行评价,

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2022.009.020

作者单位:317200 浙江台州,台州市第二人民医院综合内科

总分100分,分数越高表示运动功能越好。③日常生活能力:改良Barthel指数量表(modified Barthel index, MBI)^[11]评价,0~20分为完全依赖,21~49分为极度依赖,50~74分为中度依赖,75~94分为轻度依赖,95~100分为完全独立。④神经功能缺损情况:采用美国国立卫生研究院卒中量表(national institute of health stroke scale, NIHSS)^[12]进行评价,分值范围0~42分,分数越高表示神经功能缺损情况越严重。⑤临床疗效:显效:临床症状基本消失,NIHSS减

少程度>85%;有效:临床症状改善,NIHSS减少程度46%~85%;无效:未达到上述标准^[7]。

1.4 统计学方法 采用SPSS 21.0软件进行分析,计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间进行 t 检验;计数资料采用例(%)表示,进行 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后BBS、FMA、MBI、NIHSS评分比较见表1

表1 两组治疗前后BBS、FMA、MBI、NIHSS评分比较/分

组别		BBS评分	FMA评分	MBI评分	NIHSS评分
观察组	治疗前	35.20 ± 6.07	42.73 ± 5.19	70.52 ± 11.08	19.56 ± 4.94
	治疗后	49.62 ± 3.44*#	82.71 ± 7.37*#	84.37 ± 6.52*#	9.09 ± 2.53*#
对照组	治疗前	33.79 ± 5.43	43.29 ± 5.28	69.48 ± 10.34	20.73 ± 4.33
	治疗后	43.78 ± 6.27*	73.44 ± 8.46*	76.42 ± 7.44*	12.44 ± 3.17*

注:*:与组内治疗前比较, $P < 0.05$;#:与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

由表1可见,治疗前两组BBS评分、FMA评分、MBI评分、NIHSS评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=1.11、0.48、0.44、1.14, P 均 > 0.05)。观察组与对照组治疗后BBS、FMA、MBI评分均高于治疗前(t 分别=13.39、11.27; 23.47、19.45; 6.98、3.49, P 均 < 0.05),NIHSS评分均低于治疗前(t 分别=-12.22、-9.89, P 均 < 0.05)。治疗后观察组BBS、FMA、MBI评分高于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=5.27、28.11、5.18, P 均 < 0.05),NIHSS评分低于对照组,差异有统计学意义($t = -5.32$, $P < 0.05$)。

2.2 两组疗效情况比较见表2

表2 两组疗效情况比较/例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	38	29(76.32)	7(18.42)	2(5.26)	36(94.74)*
对照组	38	9(23.68)	18(47.37)	11(28.95)	27(71.05)

注:*:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,观察组患者的疗效总有效率高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 7.52$, $P < 0.05$)。

3 讨论

脑卒中包括脑出血与脑梗死,会导致脑部出现局部灶性神经功能缺损,进而出现吞咽、语言、心理等多种功能障碍与肢体偏瘫,对患者自身身心造成严重影响,且增加患者家庭负担及消耗大量社会医疗资源。肢体偏瘫主要表现为半身麻木及肢体痉挛等,传统康复训练的康复效果往往难以达到患者

预期。脑卒中基本病机为气机逆乱、脏腑阴阳失调,诱因众多,表现为遗留肢体活动不利、神识昏蒙、言语蹇涩、口舌歪斜等症状。中风早期及时给药与手术治疗可挽救患者生命,但患者神经功能缺损、肢体活动不利等却难以彻底解决^[13]。本病病位在脑,与心、肝、肾关系密切,病性多为本虚标实,上盛下虚。中风基本病因为气虚血瘀,气虚无力推行血运,促成血瘀阻于脉络,致脑窍经脉痹阻,引起昏仆不遂发为中风。气虚乃本病之本,血瘀致本病发生、发展。气虚血瘀、脉络痹阻,脑窍失于所养而致本病发生,应以通经活络、益气活血化瘀为治疗大法。

本次研究根据中风病性、病机及临床经验采用通督调神针刺法联合益气化痰通络汤治疗,取得较好疗效。通督调神针刺法源自《针灸大成》,其中有言:“督脉起于下极俞,并于脊里,上至风府,入脑上巅”,其意为督脉与脑、脊髓关系密切,经临床深入探究后,有学者提出中风“病变在脑,首取督脉”的理论,经临床发展为“通督调神”针刺法^[14],已被广泛应用于中风后弛缓性瘫痪、吞咽障碍等方面,均取得肯定研究成果。本次研究所取穴:百会、神道、风府、至阳、腰阳关、命门、华佗夹脊均为督脉经穴,督脉,循身之背,背为阳,统率全身阳经脉气,为“阳脉之海”;又因督脉循行于脊里,属络于脑,脑为元神之府,故针刺之可升阳行气,开窍醒神,促周身气血运行,进而改善神经功能,促进肢体运动功能恢复。

现代医学研究发现,针刺督脉经百会等穴,可减轻卒中时脑功能损伤,促进缺血后再灌注时功能的恢复^[15],且有助于调节脑组织血管活性物质含量,帮助保护缺血后脑神经元。此外,针刺还能够调节血液状态,促进微循环,改善脑部血供,加速侧支循环的建立,发挥脑“可塑性”,修复损伤神经细胞,促进各项神经功能恢复。益气化痰通络汤中黄芪、党参益气生血,补气升阳,祛瘀而不伤气;当归活血养血,川芎、赤芍、桃仁、红花助当归活血祛瘀,麦冬养阴润燥,地龙熄风通络;全方共奏活血益气、祛瘀、通络之功效。现代药理学证实,黄芪、党参可抗氧化、抗自由基损伤、促进新生血管生成、促进缺血损伤组织修复等作用^[16];当归、川芎、赤芍、桃仁、红花可扩张血管,增加脑血流量,减轻脑组织水肿,改善微循环,抗血小板聚集与血栓生成;地龙可抗凝、溶栓。

本次研究结果显示,通督调神针刺法联合益气化痰通络汤治疗的患者治疗后BBS评分、FMA评分、MBI评分高于对照组,NIHSS评分低于对照组,疗效总有效率高于对照组(P 均 <0.05),提示通督调神针刺法联合益气化痰通络汤用于脑卒中偏瘫患者效果肯定,有助于改善患者平衡功能、肢体运动功能,提升日常生活能力,减轻神经功能缺损程度。这可能与通督调神针刺振奋阳气、调畅气脉、疏经通络,益气化痰通络汤活血益气、祛瘀、通络之功效相关,且二者一为中医外治法,一为汤剂内服,二者联合应用,可起到协同效应,进而取得更佳疗效。本次研究因样本量选取较小,且因患者、家属依从性问题,未对患者进行随访,可能导致研究结果存在一定偏倚性。后期可扩大样本量,增加如血清等客观指标,进一步丰富与验证本结果。

综上所述,通督调神针刺法联合益气化痰通络汤用于脑卒中偏瘫患者效果优于常规康复训练,有助于改善患者平衡功能、肢体运动功能,提升日常生活能力,减轻神经功能缺损程度。

参考文献

- 1 Wang W, Jiang B, Sun H, et al. Prevalence, incidence, and mortality of stroke in China: Results from a nationwide population-based survey of 480 687 adults[J]. *Circulation*, 2017, 135(8): 759-771.
- 2 Byrd EM, Jablonski RJ, Vance DE. Understanding anosognosia for hemiplegia after stroke[J]. *Rehabil Nurs*, 2020, 45(1): 3-15.
- 3 黄丽红, 张春秀. 脑卒中偏瘫患者运动治疗依从性现状与研究进展[J]. *上海护理*, 2018, 18(6): 63-65.
- 4 李中, 丁瑞丛, 周德生, 等. 基于《血证论》气血水火理论探讨出血性中风的证治规律[J]. *环球中医药*, 2019, 12(10): 1574-1576.
- 5 许博文, 朱晓晨. 以活血化痰法分期探讨缺血性中风病的临床辨治研究进展[J]. *世界中医药*, 2020, 15(8): 1228-1231.
- 6 赵卫锋, 任媛媛, 曾保霞, 等. 芒针阴阳透刺法治疗中风后痉挛性肢体功能障碍: 随机对照研究[J]. *中国针灸*, 2021, 41(7): 711-715.
- 7 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 99-104.
- 8 绕明胤. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 285.
- 9 瓮长水, 王军, 王刚, 等. Berg平衡量表在脑卒中患者中的内在信度和同时效度[J]. *中国康复医学杂志*, 2007, 22(8): 688-690, 717.
- 10 聂鹏坤, 杨华, 赵晓峰, 等. 中风患者Fugl-Meyer运动功能量表评价一致性检验[J]. *辽宁中医杂志*, 2009, 36(11): 1827-1829.
- 11 闵瑜, 吴媛媛, 燕铁斌. 改良Barthel指数(简体中文版)量表评定脑卒中患者日常生活活动能力的效度和信度研究[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2008, 30(3): 185-188.
- 12 侯东哲, 张颖, 巫嘉陵, 等. 中文版美国国立卫生院脑卒中量表的信度与效度研究[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2012, 34(5): 372-374.
- 13 许济, 田苗, 陈斌, 等. 神经康复机械手联合常规训练对脑卒中伴偏瘫患者肢体功能恢复的影响[J]. *中国临床医生杂志*, 2021, 49(3): 296-299.
- 14 张立志, 许能贵. 通督调神针刺法治疗缺血性中风的临床研究进展[J]. *上海针灸杂志*, 2018, 37(9): 1096-1099.
- 15 詹宇豪, 张文丽, 王亚飞, 等. 从督脉看脑血管疾病的治疗进展[J]. *现代中西医结合杂志*, 2015, 24(25): 2848-2850.
- 16 王本祥. 现代中药药理学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1999: 1144-1147.

(收稿日期 2022-03-13)

(本文编辑 葛芳君)