

# 针刺配合井穴麦粒灸治疗脑卒中患者偏瘫痉挛状态的疗效研究

林兵

**[摘要]** 目的 观察针刺配合麦粒灸治疗脑卒中患者偏瘫痉挛状态的临床疗效。方法 选取60例偏瘫痉挛状态的患者分为治疗组30例和对照组30例。治疗组在传统治疗的基础上加上麦粒灸,对照组患者给予传统针灸,治疗后均行卒中患者运动功能评估量表(MAS)、日常生活活动能力表Barthel指数(BI)、Fugl-Meyer运动功能评价量表(FMA),观察两组患者临床症状改善情况。结果 两组患者治疗后MAS评分均明显低于治疗前,BI评分和FMA评分明显高于治疗前,差异均有统计学意义( $t$ 分别=2.62、2.59、2.27、2.30、2.62、2.42, $P$ 均 $<0.05$ ),治疗组治疗后MAS评分低于对照组治疗后,BI评分和FMA评分均高于对照组治疗后,差异均有统计学意义( $t$ 分别=2.27、2.30、2.33, $P$ 均 $<0.05$ )。治疗组患者的总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义( $\chi^2=4.21$ , $P<0.05$ )。结论 针刺配合麦粒灸在治疗偏瘫痉挛中有良好的治疗效果,能有效改善患者临床症状。

**[关键词]** 针刺; 麦粒灸; 脑卒中; 偏瘫痉挛

**Therapeutic effect of acupuncture combined with acupoint moxibustion treatment on hemiplegic spasticity in patients with stroke** LIN Bin. Department of Acupuncture, Songyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Lishui 323400, China

**[Abstract]** **Objective** To observe the clinical efficacy of acupuncture combined with acupoint moxibustion treatment on hemiplegic spasticity in patients with stroke. **Methods** A total of 60 patients with spastic hemiplegia were divided into treatment group and control group with 30 cases in each. The control group was treated with traditional acupuncture treatment, the treatment group was received moxibustion on the basis of the treatment of control group. The motor assessment scale (MAS), Barthel index and Fugl-Meyer motor function scale (FMA) were measured and the symptoms improvement of two groups were observed. **Results** Compared to pre-treatment, the MAS score of the two groups after treatment were significantly lower and the BI score and FMA score were significantly higher ( $t=2.62, 2.59, 2.27, 2.30, 2.62, 2.42, P<0.05$ ). The MAS score of treatment group after treatment was significantly lower than the control group while the BI score and FMA scores were significantly higher than the control group ( $t=2.27, 2.30, 2.33, P<0.05$ ). The total effective rate of the treatment group was significantly higher than that of the control group ( $\chi^2=4.21, P<0.05$ ). **Conclusion** Acupuncture combined with moxibustion can effectively improve the clinical symptoms of spastic hemiplegia.

**[Key words]** acupuncture; moxibustion; stroke; hemiplegia

随着医疗水平的提高,脑卒中患者存活率增加,但很大部分患者会出现身体功能性障碍,最常见的后遗症是偏瘫痉挛<sup>[1]</sup>。脑卒中后痉挛性瘫痪属于上运动神经元瘫痪。患者高级神经中枢抑制性指令减弱甚至消失,使得人体脊柱反射亢进,患者抗

重力肌紧张进而表现为肌痉挛。卒中后痉挛性偏瘫是导致患者发生运动功能障碍的最主要原因<sup>[2]</sup>。因此,解决偏瘫痉挛状态是脑卒中康复治疗的关键环节。在临床治疗中,如何合理有效减轻消除痉挛是脑卒中偏瘫康复的重点和难点。本次研究采用针刺配合井穴麦粒灸治疗偏瘫痉挛状态,与常规治疗相比效果明显。现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2015年1月至2016年6月期间丽水松阳县中医院收治的偏瘫痉挛状态的60例患者,其中男性35例、女性25例;年龄42~81岁,平均年龄为(60.27±14.48)岁;平均病程(7.49±0.58)d;出血性脑卒中有18例、缺血性脑卒中42例。所有患者均符合以下纳入标准:①生命特征稳定,具有清醒的意志;②卒中中恢复期,无严重并发症;③患者均通过脑部CT/MR检查确诊偏瘫痉挛状态且颅腔内无出血,符合脑血管意外偏瘫诊断标准<sup>[2]</sup>;④经Ashworth评定后,肌张力在I~III级之间,肌力II级之上,近期无服用肌肉松弛药物。并剔除:①意识模糊不能配合治疗者;②妊娠和哺乳期的女性者;③患者清醒但其本人及家属不愿配合者。60例患者按治疗方法不同分为治疗组30例和对照组30例。治疗组中男性19例、女性11例;平均年龄为(61.27±15.48)岁。对照组中男性17例、女性13例;平均年龄为(59.27±13.49)岁。两组患者的一般资料比较,差异均无统计学意义( $P$ 均>0.05)。

1.2 方法 对照组患者常规针灸治疗,包括头针、体针等,具体步骤为:①头针:选百会透曲鬓。选用28号1~1.5寸毫针,常规消毒后,刺入穴位得气后以180~200次/分的捻转2 min,进行强刺激,根据患者的忍受度进行不留针或留针5 min,中间行针两次。②体针:上肢选曲池、内关、大陵穴及患侧极泉;下肢选取三阴交穴、委中、患侧环跳、阳陵泉;口角歪斜选地仓穴、颊车;手足位置取杨明经穴为主,以及臂臑、手五里、手三里、外关、合谷、髀关、伏兔、梁丘、足三里、丰隆、解溪等穴位,每次选用其中的9~11个穴位,仰卧位和侧卧位交替取穴,患者穴位处使用酒精消毒,各穴位交替行。根据患者的体型和承受能力,采用快速进针法,进针深度应适中,捻转

频率在180次/分,捻转角度小于180°,5~10 min行针一次,每次25分钟。治疗组在此常规基础治疗方案上配合并穴麦粒灸治疗。麦粒灸取穴:上肢取穴少商、少冲、中冲、关冲穴、少泽、以及商阳;下肢取穴大敦、至阴穴、足窍阴、厉兑、隐白及涌泉。选取精艾绒制成麦粒大小的艾柱进行艾灸,行针先从少商开始,按照少商、商阳、中冲、关冲、少冲、少泽的顺序依次进行。上肢完成后,下肢再从涌泉开始,按照涌泉、至阴穴、足窍阴、厉兑、大敦、隐白的顺序依次行针。进行灸治前先在穴位表面涂抹少量万花油,以此可加强对艾柱的吸附作用。将艾柱用线香点燃,采用雀啄灸,弱刺激。每穴3~5分钟,直至皮肤出现红晕,患者感觉温热、疼痛明显时,将艾柱迅速用镊子夹走,再涂少量红花油在穴位表面,防止烫伤皮肤。治疗组和对照组均每日治疗一次,7次为一个疗程,一周两次,4个疗程后观察治疗效果。

1.3 效果观察 ①在治疗前后采用修改的Ashworth卒中患者运动功能评估量表(motor assessment scale, MAS)评定肢体痉挛程度<sup>[2]</sup>,无效:评分无变化;有效:评分下降1分;显效:评分下降2分以上;痊愈:评分下降至0。总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数×100%。②采用日常生活活动能力表Barthel指数(Barthel index, BI)评价患者日常生活能力。最高分为100分,最低分为0分。③采用Fugl-Meyer运动功能评价量表(Fugl-Meyer assessment, FMA)评定肢体的运动功能<sup>[3]</sup>。

1.4 统计学方法 采用SPSS 21.0软件进行统计学分析。计量资料数据以( $\bar{x}\pm s$ )表示。两组计量资料比较采用独立样本 $t$ 检验;计数资料采用 $\chi^2$ 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MAS、BI、FMA评分情况见表1

表1 两组患者治疗前后MAS、BI、FMA评分情况比较/分

组别	治疗前			治疗后		
	MAS	BI	FMA	MAS	BI	FMA
治疗组	3.74±0.71	52.56±9.03	114.31±27.56	2.21±0.65*#	72.54±7.37*#	173.72±27.74*#
对照组	3.53±0.64	48.43±9.42	115.82±28.96	2.75±0.56*	64.50±9.43*	135.74±31.16*

注: \*:与同组治疗前比较, $P<0.05$ ; #:与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

由表1可见,两组患者治疗前MAS、BI、FMA评分比较,差异均无统计学意义( $t$ 分别=1.82、1.73、1.70、1.70、1.72、1.67, $P$ 均>0.05)。两组患者治疗后MAS评分均明显低于治疗前,BI评分和FMA评分明显高于

治疗前,差异均有统计学意义( $t$ 分别=2.62、2.59、2.27、2.30、2.62、2.42, $P$ 均<0.05),治疗组治疗后MAS评分低于对照组治疗后,BI评分和FMA评分均高于对照组治疗后,差异有统计学意义( $t$ 分别=2.27、

2.30、2.33,  $P$ 均 $<0.05$ 。

## 2.2 两组临床疗效比较见表2

表2 两组治疗有效率比较

组别	n	临床疗效 / 例				总有效率 / %
		痊愈	明显	有效	无效	
治疗组	30	2	16	11	1	96.67*
对照组	30	1	11	13	5	83.33

注: \*: 与对照组比较,  $P < 0.05$ 。

由表2可见, 治疗组患者的总有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义( $\chi^2=4.21, P < 0.05$ )。

## 3 讨论

偏瘫痉挛状态是脑卒中患者最常见的临床并发症, 脑卒中致残率高, 偏瘫为其主要后遗症。脊髓中枢休克所导致的弛缓性瘫痪和脊髓中枢控制下的痉挛性瘫痪<sup>[3]</sup>, 表现为抗重力肌增高与协调异常, 进而导致肢体痉挛<sup>[4]</sup>。现代医学理论认为, 患者脑卒中后并发偏瘫肢体痉挛状态是由于脊柱中枢神经兴奋性增加, 尤其是 $\alpha-\gamma$ 环路活动性增强所致。针刺非痉挛侧肢体的穴位要比针刺痉挛侧穴位对脑卒中偏瘫痉挛患者的脊柱运动神经元异常兴奋的抑制效果好。因此, 在取穴时, 避开痉挛侧穴位, 取非痉挛侧穴位<sup>[4]</sup>。穴位受强刺激后, 信息沿着传递到脊柱内抑制性中间神经元, 神经元兴奋, 产生抑制作用, 产生痉挛肌群的 $\alpha-\gamma$ 环路活动性下降, 肌紧张度降低使得患者肌痉挛状态得到缓解<sup>[5]</sup>。Namdari等<sup>[6]</sup>指出肌肉放松是缓解偏瘫痉挛患者的有效手段, 传统的治疗方法片面注重对患者肌力的恢复, 没有重视患者屈肌张力与拮抗之间的协调。这会导致偏瘫痉挛患者肌力恢复了, 运动模式却异常。其对患者的机体活动能力会产生不利的影响。

本次研究治疗方式选择在普通针灸的基础上加上井穴麦粒灸, 刺激人体穴位以达到活血通络的作用, 强化健侧收缩进而提升患侧肌张力, 随着疗程增加上下肢肌张力逐步增强<sup>[7]</sup>, 以改善患者的临床症状。井穴位于手足之端, 是经络腧穴重要穴位, 被称作五腧穴之首, 经气所出的部位。文献记载, 温针治疗脑卒中后痉挛性偏瘫能够达到理想的效果, 提升患者患侧肌肉张力, 改善患者的运动情况<sup>[8]</sup>。点燃艾绒以熏灼局部穴位, 形成一个局部高温区, 以达到温通经络、调和气血的目的<sup>[9]</sup>。有研究表明, 高温区循环传递, 形成循环高温线使得肾上腺素神经递质减少, 乙酰胆碱含量增加, 能量代谢周期减小,

从而引起血管扩张。进而周围神经的兴奋性降低, 肢体偏瘫痉挛得到减轻。在王澍欣等<sup>[10]</sup>研究结果报告中, 脑卒中后痉挛性偏瘫患者经针灸配合井穴麦粒灸治疗后, 其MAS评分、FMA评分以及BI评分都明显得到改善。本次研究结果显示, 针刺配合井穴麦粒灸治疗脑卒中患者的MAS评分低于传统针灸者, BI评分和FMA评分均高于传统针灸者, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。针刺配合井穴麦粒灸治疗脑卒中患者的总有效率明显高于传统针灸者, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。说明针刺配合井穴麦粒灸能明显改善患者的肢体痉挛状态和运动功能, 肌力恢复的同时协调屈肌张力和拮抗, 使患者运动模式更趋于正常。

综上所述, 针灸配合麦粒灸有良好的治疗效果, 在患者肢体活动能力及生活自理能力上有明显提高。

## 参考文献

- 1 Mayo NE, Scott SC, Bayley M, et al. Modeling health-related quality of life in people recovering from stroke [J]. *Quality Life Res*, 2015, 24(1):41-53.
- 2 罗明. 观察针灸配合康复治疗治疗脑血管意外后偏瘫患者的肢体痉挛状态[J]. *健康之路*, 2013, 13(4):234-235.
- 3 张少雷. 针灸联合康复治疗治疗脑血管意外后偏瘫47例[J]. *中医研究*, 2015, 28(10):126-129.
- 4 朱现民, 张敏. 针刺治疗脑卒中后痉挛性瘫痪的多样化探讨[J]. *中医药学报*, 2013, 41(4):130-133.
- 5 哈静, 黄银兰, 万明雨. 针刺治疗脑卒中后肢体痉挛偏瘫优势治疗方案的研究[J]. *时珍国医国药*, 2012, 23(5):1276-1277.
- 6 Namdari S, Horneff JG, Baldwin K, et al. Muscle release to improve passive motion and relieve pain in patients with spastic hemiplegia and elbow flexion contractures [J]. *J Shoulder Elbow Surg*, 2012, 21(10):1357-1362.
- 7 邱建文. 针刺配合康复治疗治疗脑血管意外后偏瘫的临床研究[J]. *中国医药导刊*, 2013, 15(4):134-136.
- 8 应升阳. 温针灸治疗脑卒中痉挛性偏瘫76例疗效观察[J]. *医学信息*, 2015, 28(4):262.
- 9 徐玉梅, 刘燕平, 彭思萍, 等. 艾灸治疗脑卒中后痉挛性偏瘫的疗效观察与护理[J]. *中国实用医药*, 2014, 8(14):195-196.
- 10 王澍欣, 张宾, 徐展琼. 麦粒灸配合靳三针疗法治疗脑卒中后痉挛性偏瘫的临床研究[J]. *广州中医药大学学报*, 2014, 31(4):548-551.

(收稿日期 2017-01-08)

(本文编辑 蔡华波)