

● 针推医学 ●

针刺联合康复训练

治疗高血压性脑出血后下肢功能障碍41例

赵鲜艳

(河南省巩义市中医院,河南 巩义,451200)

[摘要] 目的:观察针刺联合减重步行康复训练治疗高血压性脑出血后下肢功能障碍的临床疗效。方法:将高血压性脑出血下肢功能障碍患者123例随机分为3组,每组各41例。治疗组采用针刺联合减重步行康复训练治疗,对照1组采用针刺治疗,对照2组采用减重步行康复训练治疗。结果:总有效率治疗组为95.12%,对照1组为80.49%,对照2组为75.61%,治疗组与对照1、2组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);3组FAC、FMA评分及Holden步行功能分级治疗前后组内比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),治疗后治疗组与对照1、2组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:针刺联合减重步行康复训练对促进高血压性脑出血后下肢功能恢复有显著疗效。

[关键词] 高血压性脑出血;下肢功能障碍;针刺疗法;减重步行康复训练

[中图分类号] R277.739 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.03.030

高血压性脑出血属于一种严重的高血压病并发症,该病具有发病迅速、病情进展快、致死和致残率高等特点,患者临床症状主要表现为突发性的头痛、头晕、偏瘫或意识障碍等^[1]。有学者提出,实施早期针刺治疗对于改善患者肢体功能具有显著效果,而在针刺治疗的同时联合减重步行康复训练能够进一步改善患者的肢体功能^[2]。笔者采用针刺联合减重步行康复训练治疗高血压性脑出血患者下肢功能障碍41例,收到较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年1月至2017年8月本院高血压性脑出血住院患者123例,按随机数字表法随机分为3组,每组各41例。治疗组中,男23例,女18例;年龄55~76岁,平均 (58.06 ± 4.52) 岁;发病部位:基底核20例,额叶8例,颞叶11例,枕叶2例。对照1组中,男25例,女16例;年龄53~74岁,平均 (56.57 ± 4.65) 岁;发病部位:基底核20例,额叶8例,颞叶11例,枕叶2例。对照2组中,男24例,女17例;年龄54~73岁,平均 (55.78 ± 4.37) 岁;发病部位:基底核21例,额叶7例,颞叶12例,枕叶1例。3组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 1)首次自发性脑出血;2)符合全国第4次脑血管会议制定的脑出血诊断标准;3)经影像学证实为脑出血;4)术后30d能够独立地、清晰地回答问题。

1.3 排除标准 1)患有精神疾病;2)并发其他脑血管性疾病的脑部肿瘤患者;3)有认知能力障碍。

2 治疗方法

所有患者均给予常规肢体康复锻炼。包括牵引训练,以对肌肉进行牵拉、锻炼骨骼肌;同时对患者日常的生活功能进行锻炼,并通过被动功能和主动控制锻炼其肢体和关节。

2.1 对照1组 在常规肢体康复锻炼基础上采用针刺治疗。取穴:内关、委中、人中、三阴。穴位皮肤常规消毒后,以平刺手法进针,进针深度在0.5~1.0寸左右,得气后进行反复提插捻转以补泻结合,每天1次,5d为1个疗程,疗程间休息2d再继续下1个疗程,共治疗5个疗程。

2.2 对照2组 在常规肢体康复锻炼基础上采用减重步行康复训练治疗。选择蓝海康复公司生产的减重训练系统,由训练师结合患者的体质量进行减重量设置(通常不会超过患者体质量的30%~40%),逐渐将减重量减少。平板的活动速度以0.5km/h起,逐渐增加。在患者训练的过程中,由2名训练师对患者步态进行指导,同时保证患者安全。每次训练30min,每天1次,5d为1个疗程,疗程间休息2d再进行下1个疗程,共训练5个疗程。

2.3 治疗组 在常规肢体康复锻炼基础上采用针刺联合减重步行治疗,方法与上述2组相同,治疗时间一致。

3 疗效观察

3.1 观察指标 采用功能性运动量表(FAC)与简

式FMA下肢运动评价量表对患者治疗前后下肢功能进行评分,分值越高表示患者下肢功能越好^[3];同时采用Holden步行功能分级对患者治疗前后的步行功能进行分级,包括0~V级,级别越高表示患者步行功能越好^[4]。

3.2 疗效标准 根据临床症状自拟。显效:下肢肌能力达到5级,且能够独立行走,步态正确;有效:患者下肢肌能力达到2~4级,且在拐杖支撑下能够独立行走;无效:下肢功能无明显改善,并且无法独立行走。

3.3 统计学方法 利用SPSS 20.0统计软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,用*t*检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。以*P* < 0.05为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 3组综合疗效比较 总有效率治疗组为95.12%,对照1组为80.49%,对照2组为75.61%,与对照1、2组比较,差异均有统计学意义。(见表1)

3.4.2 3组治疗前后FAC、FMA评分比较 3组各项评分治疗前后组内比较,差异均有统计学意义;

治疗组治疗后与对照1、2组比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表1 3组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	41	22(53.66)	17(41.46)	2(4.88)	39(95.12) ^a
对照1组	41	17(41.46)	16(39.03)	8(19.51)	33(80.49)
对照2组	41	16(39.03)	15(36.58)	10(24.39)	31(75.61)

注:与对照1、2组比较,^a*P* < 0.05。

表2 3组治疗前后FAC与FMA评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	FAC	FMA
治疗组	41	治疗前	2.12 ± 0.54 ^{ab}	16.25 ± 3.47 ^{ab}
		治疗后	5.51 ± 0.22	23.43 ± 3.02
对照1组	41	治疗前	2.23 ± 0.56	16.89 ± 3.62
		治疗后	3.48 ± 0.13 ^a	20.01 ± 3.11 ^a
对照2组	41	治疗前	2.18 ± 0.53	16.55 ± 3.38
		治疗后	3.41 ± 0.16 ^a	19.67 ± 2.85 ^a

注:与本组治疗前比较,^a*P* < 0.05;与对照1、2组治疗后比较,^b*P* < 0.05。

3.4.3 3组治疗前后Holden步行功能分级比较 3组Holden步行功能分级治疗前后组内比较,差异均有统计学意义;治疗组治疗后与对照1、2组比较,差异均有统计学意义。(见表3)

表3 3组治疗前后Holden步行功能分级比较(例)

组别	例数	0级		Ⅰ级		Ⅱ级		Ⅲ级		Ⅳ级		Ⅴ级	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	41	4	0	8	2	13	1	10	3	6	4	0	31 ^{ab}
对照1组	41	4	1	7	4	11	4	11	7	8	3	0	22 ^a
对照2组	41	4	2	9	3	10	5	12	6	6	3	0	22 ^a

注:与本组治疗前比较,^a*P* < 0.05;与对照1、2组治疗后比较,^b*P* < 0.05。

4 讨论

高血压性脑出血是高血压病患者严重的并发症,表现为剧烈的突发性头痛、头晕、恶心或偏瘫等症状,是由于病变血管破裂出血后对患者脑组织造成损害,导致脑水肿或脑缺血等^[5]。目前临床针对脑出血患者的康复训练治疗,除了常规的治疗以外,临床还采用中药、针刺、康复训练等。

中医学认为,风、痰、火热以及血瘀是脑出血的根本原因,因此治疗以活血、止血、化瘀为主,针刺治疗能够起到活血化瘀、通畅经络的效果^[6],可有效促进下肢功能恢复。减重步行康复训练也是目前运用较多的一种康复训练方式,通过专业训练师的指导,让患者下肢在步态循环中能够得到不同的训练,从而增加支撑末期髌关节屈肌的拉紧效果;并在器械的作用下使其下肢能够强制性地向前摆动,以此强化训练的效果;除此之外,其中的减重功

能则能够帮助患者改善下肢肌无力的症状,从而促进患者下肢功能的恢复。

本观察结果显示,治疗组在接受针刺与减重步行康复训练治疗后,FAC与FMA评分明显高于单纯针刺治疗的对照1组和单纯减重步行康复训练的对照2组,而对照1组与对照2组比较则无明显差异。Holden步行功能分级比较,治疗组也优于对照1、2组,对照1组与对照2组比较无明显差异。由此证明,针刺联合减重步行康复训练治疗高血压性脑出血后下肢功能障碍患者,相对于单纯针刺治疗和单纯减重步行康复训练,更能促进患者下肢运动功能恢复。治疗组临床总有效率高于对照1、2组,差异有统计学意义,对照1组与对照2组比较则无统计学意义,进一步证明针刺联合减重步行康复训练对脑出血后下肢功能恢复具有显著的促进作用。

扶正灸合温阳升白汤 治疗化疗后白细胞减少症80例临床观察

李忠超¹, 连茂杰², 苗凤岗¹

(1. 山东省莱州市中医医院, 山东 莱州, 261400;

2. 山东省莱州市人民医院, 山东 莱州, 261400)

[摘要] 目的: 观察扶正灸结合温阳升白汤治疗化疗后白细胞减少症的临床疗效。方法: 将320例化疗后白细胞减少症患者随机分为4组, 每组各80例。对照1组单用西药治疗, 对照2组在对照1组治疗基础上加扶正灸治疗, 对照3组在对照1组治疗基础上加温阳升白汤治疗, 治疗组结合对照1、2、3组方法综合治疗。结果: 总有效率对照1组为75.0%, 对照2组为85.0%, 对照3组为80.0%, 治疗组为95.0%, 治疗组与对照1、2、3组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。4组白细胞计数、中医症状总积分治疗前后组内比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后治疗组与对照1、2、3组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 扶正灸合温阳升白汤治疗化疗后白细胞减少症有较好疗效。

[关键词] 恶性肿瘤; 白细胞减少症; 中西医结合疗法; 扶正灸; 温阳升白汤

[中图分类号] R273.06 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.03.031

化疗是目前临床上治疗恶性肿瘤的有效手段之一, 但不良反应大, 中医药在改善化疗后白细胞减少方面有独特优势。笔者在西医治疗基础上采用扶正灸合温阳升白汤治疗化疗后白细胞减少症80例, 收到较好疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2015年10月至2017年12月山东省莱州市中医医院肿瘤科恶性肿瘤住院化疗患者320例, 随机分为4组, 每组各80例。治疗组中, 男42例, 女38例; 平均年龄(58.90 ± 10.42)岁。对照1组中, 男40例, 女40例; 平均年龄(66.70 ± 12.13)岁。对照2组中, 男41例, 女39例; 平均年龄(58.35 ± 9.27)岁。对照3组中, 男37例, 女43例; 平均年龄(62.75 ± 10.25)岁。4组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《血液病诊断及疗效标准》^[1]制定。白细胞值: 成人 $< 4.0 \times 10^9/L$, 儿童10岁以上 $< 4.5 \times 10^9/L$, 10岁以下 $< 5.0 \times 10^9/L$ 。单核细胞呈代偿性增加, 伴有不同程度中性粒细胞减少, 粒细胞胞浆内常有空泡以及中毒颗粒。粒系有左移或核分叶过多。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]中虚劳病拟定脾肾阳虚证辨证标准。主症: 1) 纳差; 2) 周身乏力; 3) 面色苍白或萎黄; 4) 舌质淡或淡暗; 5) 脉沉或细弱。兼症: 1) 恶心呕吐; 2) 少气懒言; 3) 失眠; 4) 阳痿、月经不调; 5) 自汗。具备3个以上主症加2个以上兼症者即可诊断。

1.3 纳入标准 1) 有明确细胞学或病理学诊断的恶性肿瘤并进行放、化疗; 2) 生存时间 > 3 个月; 3) 血常规测出外周血液中 $WBC < 4.0 \times 10^9/L$; 4) 所有

第一作者: 李忠超, 男, 医学硕士, 主治中医师, 研究方向: 针药结合治疗颈肩腰腿痛及癌性疼痛

参考文献

- [1] 杜丽娟. 点穴按摩联合针灸对高血压脑出血术后康复效果的影响[J]. 四川中医, 2016, 34(7): 189-191.
- [2] 高春华, 黄晓琳, 黄杰, 等. 下肢康复机器人训练对早期脑卒中偏瘫患者下肢功能的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2014, 29(4): 351-353, 366.
- [3] 张琳君, 周青山. 中医针灸联合减重步行训练对高血压性脑出血后下肢功能恢复的影响研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(7): 711-713, 769.

- [4] 张春波, 闫焱, 李灵玲. 减重步行训练对脑卒中恢复中期偏瘫患者下肢运动功能的影响[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2017, 34(3): 328-329.
- [5] 游俊莉, 陈钢妹, 胡平浪, 等. 中西医结合护理干预措施在高血压脑出血患者中的应用效果及预后分析[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(10): 1984-1986.
- [6] 闫焱, 来永彩. 减重步行训练对脑卒中偏瘫患者下肢运动功能的影响[J]. 现代医药卫生, 2009, 25(1): 63-64.

(收稿日期: 2018-07-29)