

● 针推医学 ●

引用:陈琳. 醒脑开窍针刺法联合刺络拔罐治疗脑梗死后偏瘫50例疗效观察[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(8): 66-67.

醒脑开窍针刺法联合刺络拔罐 治疗脑梗死后偏瘫50例疗效观察

陈琳

(许昌市中医院, 河南 许昌, 461000)

〔摘要〕 目的:观察醒脑开窍针刺法联合刺络拔罐治疗脑梗死后偏瘫的疗效。方法:选取脑梗死后偏瘫患者100例,按照随机数字表法分为治疗组和对照组,每组各50例。对照组给予西医常规治疗联合中医刺络拔罐疗法,治疗组在对照组治疗的基础上实施醒脑开窍针刺法。治疗结束后对比2组患者综合疗效及美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)、Barthel、Fugl-Meyer运动功能评分(FMA)结果。结果:总有效率治疗组为98.00%(49/50),明显高于对照组的80.00%(40/50),差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组患者NIHSS评分低于对照组,FMA、Barthe评分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:醒脑开窍针刺法联合刺络拔罐可提高脑梗死后偏瘫患者肢体运动感觉能力及生活能力,减轻神经缺损程度,疗效颇佳。

〔关键词〕 脑梗死后偏瘫;醒脑开窍针刺法;刺络拔罐

〔中图分类号〕 R246.1, R277.733.3 **〔文献标识码〕** A

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.08.025

脑梗死是一种常见的脑血管疾病,国内外研究表明,脑梗死患者发生偏瘫的概率在65%左右^[1]。脑梗死患者多伴有不同程度的感觉障碍,症状为感觉减弱、异常甚至缺失等,也会伴有不同程度的运动障碍,影响其日常生活能力及生活质量^[2]。对于改善感觉障碍及运动障碍,临床上更多的是使用按摩理疗的方式,有研究表明,刺络拔罐治疗对脑梗死偏瘫患者有改善作用^[3]。刺络拔罐具有疏通经络、行气活血和祛瘀除滞等作用,通过刺激偏瘫患者神经肌肉,从而发挥提高感知能力及恢复运动功能的作用。有研究表明,对于脑梗死后偏瘫患者实施醒脑开窍针刺治疗,通过刺激患者头部及患肢功能性穴位,也可提高临床效果^[4]。本研究旨在分析醒脑开窍针刺法联合刺络拔罐治疗脑梗死后偏瘫患者的临床疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2018年6月至2019年6月我院收治的100例脑梗死后偏瘫患者作为研究对象,采用随机数表法分为治疗组和对照组,每组各50例。治疗组中,男23例,女27例;年龄53~81岁,平均 (71.24 ± 4.12) 岁;病程13~28d,平均 (16.49 ± 2.46) d。对照组中,男21例,女29例;年龄56~78岁,平均 (68.12 ± 3.15) 岁;病程16~

30d,平均 (25.18 ± 3.16) d。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会批准。

1.2 诊断标准 参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[5]中有关诊断标准拟定。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)患者及家属签署知情同意书;3)无严重认知障碍和语言障碍。

1.4 排除标准 1)患有严重心、肺、肝、肾脏疾病;2)患有下肢静脉曲张;3)因其他疾病引起的神经障碍;4)患有痴呆或精神疾病。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予西医常规治疗和中医刺络拔罐治疗。常规治疗包括控制血压、血糖、心率等,给予吸氧,配合康复训练。刺络拔罐具体操作如下:患者呈侧卧位,常规消毒后,三棱针刺入患者曲泽、委中穴3~5mm,每穴位刺2~5次后拔罐,留置10min左右,控制每罐出血量为1~3ml即可。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上配合针刺治疗。操作如下:患者仰卧,穴取百会、印堂、人中、患肢曲泽、曲池、手三里、合谷穴,下肢阳陵泉、足三里、三阴交、太冲穴,常规消毒后,采用平补平泻施针手法,得气后留针30min左右。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)综合疗效;2)神经功能缺失:采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)项目评分标准评定,共13个评价标准,评分范围0~42分,分数越高表示神经受损越严重;3)肢体运动功能:采用Fugal-Meyer运动功能评分(FMA),上肢评测满分66分,下肢为34分,上下肢评分分别转化为运动最大程度百分比,分值越高说明运动功能越好;4)日常生活活动能力:采用改良Barthel指数评分,共10项评定内容,总分100分,分数越高,能力越好^[6]。

3.2 疗效标准(自拟) 显效:患者自述疾病症状消失,未影响日常生活;有效:患者自述相比之前有明显好转,对日常生活有轻微影响;无效:患者自述相对比治疗前未改变或加重。

3.3 统计学方法 采用SPSS 18.0统计学软件进行分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间采用非独立样本 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗为98.00%,明显高于对照组的80.00%,2组比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	50	23(46.00)	26(52.00)	1(2.00)	49(98.00)
对照组	50	13(26.00)	27(54.00)	10(20.00)	40(80.00)
χ^2 值					8.274
P 值					0.004

3.4.2 2组NIHSS、FMA、Barthel评分比较 治疗组的NIHSS评分低于对照组,FMA、Barthel评分均高于对照组,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组NIHSS、FMA、Barthel评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	NIHSS	FMA	Barthel
治疗组	50	11.16 ± 3.51	68.15 ± 16.24	72.56 ± 14.22
对照组	50	15.22 ± 4.56	48.26 ± 11.20	55.49 ± 14.26
t 值		4.989	7.129	5.994
P 值		0.000	0.000	0.000

4 讨论

脑梗死在发病的过程中,由于脑缺血导致脑组织坏死,或者因为血肿块压迫脑部神经使神经传导受到损伤,从而造成患者偏瘫,临床表现为一侧肢体运动障碍和感觉异常或减退,甚至有剧烈疼痛等症状。由于脑梗死后偏瘫导致患者患肢血管收缩功能、血液流动及微循环改变,更加加重了患者感觉及

运动功能障碍,加大了再次发生脑卒中的风险。

脑卒中分为2种,一种是缺血性卒中,另一种是出血性卒中^[7]。缺血性卒中发病率在70%左右,临床上治疗缺血性卒中以改善血液微循环为主,多用促进血液循环的中成药,但是对于毛细血管的微循环效果不佳,对于脑卒中偏瘫患者效果更小^[8]。长期卧床不但给患者造成了生理及心理的双重压力,对家属及家庭亦造成了极大的经济负担。该病属于中医学“中风”范畴。中医学认为,中风是由多种因素导致的复杂的病理过程,风、火、痰、瘀是其主要病因,病邪上扰清窍导致脑络阻滞,神失其用,或“窍闭神匿,神不导气”则发生中风。中医治疗主要以调神通络和行气活血为主,施以中医特色疗法,刺络拔罐及针灸,从而达到改善症状和治疗疾病的目的。本研究结果显示,总有效率治疗组明显高于对照组,NIHSS评分低于对照组,FMA、Barthel评分均高于对照组,表明在醒脑开窍针刺法的基础上加用刺络拔罐法,可明显提高脑梗死后偏瘫患者的感觉及运动功能。其治疗机制主要以通过针刺及刺络刺激功能性穴位,比如头部和肢体穴位,能够改善脑部病变和上下肢的血液循环,增加病灶处的供氧,刺激神经末梢,从而激活病灶区神经细胞。

综上所述,使用醒脑开窍针刺法联合刺络拔罐有助于脑梗死后偏瘫患者恢复神经功能、提高肢体运动和感觉功能以及日常生活活动能力,值得临床推广。

参考文献

- [1] 谢存. 推拿结合康复治疗脑卒中恢复期下肢伸肌痉挛的临床观察[J]. 针灸推拿医学:英文版,2019,17(1):44-48.
- [2] 梁碧莹,唐强. 作业治疗对脑卒中后上肢功能障碍的国内临床应用进展[J]. 中国康复医学杂志,2019,34(1):107-111.
- [3] 汪晗. 针药并用联合康复训练治疗急性脑卒中偏瘫的有效性分析[J]. 环球中医药,2017,10(2):228-230.
- [4] 操良松,李秀娟,何丽娟. 醒脑开窍针法联合早期康复训练对脑卒中后偏瘫患者运动功能和神经功能的影响[J]. 针灸临床杂志,2018,34(8):36-39.
- [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,2013,1(7):559.
- [6] 方辉. 中西医结合卒中单元康复护理模式对脑卒中偏瘫恢复期患者的影响[J]. 中国药物与临床,2019,19(5):848-850.
- [7] 杜海江,李晓霞. 缺血性脑卒中患者二级预防用药依从性现状及影响因素分析[J]. 中国医院用药评价与分析,2018,18(1):132-135,138.
- [8] 张连军,莫鸣,徐冬梅. 银杏叶提取物联合氯吡格雷治疗缺血性脑卒中的临床疗效与安全性[J]. 实用临床医药杂志,2018,22(7):35-37,41. (收稿日期:2019-08-28)