

电针联合温针灸辅助治疗脑卒中后偏瘫临床研究

林玲, 石敏, 林益贞

浙江中医药大学附属第三医院, 浙江 杭州 310000

[摘要] 目的: 观察电针联合温针灸辅助治疗脑卒中后偏瘫的临床疗效。方法: 选取 130 例脑卒中后偏瘫患者, 按随机数字表法分成温针灸组和电针组各 65 例。2 组均接受常规调脂、抗血小板聚集等药物和康复训练治疗, 电针组仅给予电针治疗, 温针灸组在电针治疗基础上加用温针灸治疗, 2 组均每周连续治疗 5 d, 共治疗 6 周。治疗前后评价患侧肢体功能 (Fugl-Meyer 评分)、神经功能缺损程度 [美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 评分]、日常生活能力 (Barthel 指数) 及生活质量 [简明健康状况量表 (SF-36) 评分]。比较 2 组临床疗效, 观察 2 组患者治疗期间不良反应的发生情况。结果: 治疗后, 温针灸组临床疗效总有效率 84.62%, 高于电针组 69.23% ($P < 0.05$)。2 组上肢、下肢 Fugl-Meyer 评分及总分均较治疗前升高 ($P < 0.05$), 温针灸组上肢、下肢 Fugl-Meyer 评分及总分均高于电针组 ($P < 0.05$)。2 组 NIHSS 评分均较治疗前降低 ($P < 0.05$), Barthel 指数、SF-36 评分均较治疗前升高 ($P < 0.05$); 温针灸组 NIHSS 评分低于电针组 ($P < 0.05$), Barthel 指数、SF-36 评分均高于电针组 ($P < 0.05$)。治疗期间, 温针灸组出现 1 例轻微皮下红肿, 冷敷后症状消退, 电针组未见明显不良反应。结论: 在现代医学常规用药与康复训练治疗基础上予电针联合温针灸治疗脑卒中后偏瘫, 效果优于仅使用电针治疗, 可有效改善患者的肢体痉挛状态、运动功能及神经功能, 提高其生活质量, 安全性高。

[关键词] 脑卒中后偏瘫; 电针; 温针灸; 肢体功能; 神经功能缺损程度; 日常生活能力; 生活质量

[中图分类号] R246.6 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2023) 06-0170-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2023.06.036

Clinical Study on Electroacupuncture Combined with Warming-Needle Moxibustion in Adjuvant Treatment of Stroke-Induced Hemiplegia

LIN Ling, SHI Min, LIN Yizhen

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of electroacupuncture combined with warming-needle moxibustion in adjuvant treatment of stroke-induced hemiplegia. **Methods:** A total of 130 cases of patients with stroke-induced hemiplegia were selected and divided into the warming-needle moxibustion group and the electroacupuncture group by random number table method, with 65 cases in each group. Both groups were given routine treatment including medicines for regulating lipids and inhibiting platelet aggregation and rehabilitation training. The electroacupuncture group was only treated with electroacupuncture, and the warming-needle moxibustion group was additionally treated with warming-needle moxibustion based on the treatment of electroacupuncture. Both groups were treated for 5 consecutive days every week for a total of 6 weeks. The affected side limb function (Fugl-Meyer scores), degree of neurological impairment [National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) scores], activities of daily living (Barthel indexes) and quality of life [36-Item Short Form Health Survey (SF-36) scores] before and after treatment were evaluated. The clinical effects in the two groups were compared. The adverse reactions of

[收稿日期] 2022-05-31

[修回日期] 2022-11-25

[作者简介] 林玲 (1992-), 女, 护师, E-mail: 1192161768@qq.com。

the two groups during treatment were observed. **Results:** After treatment, the total effective rate was 84.62% in the warming–needle moxibustion group, higher than that of 69.23% in the electroacupuncture group ($P < 0.05$). The Fugl–Meyer scores of upper and lower limbs as well as the total scores in the two groups were increased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the above scores in the warming–needle moxibustion group were higher than those in the electroacupuncture group ($P < 0.05$). NIHSS scores in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and Barthel indexes and SF–36 scores were increased when compared with those before treatment ($P < 0.05$); NIHSS score in the warming–needle moxibustion group was lower than that in the electroacupuncture group ($P < 0.05$), and Barthel index and SF–36 score were higher than those in the electroacupuncture group ($P < 0.05$). During the treatment period, one case of mild subcutaneous redness and swelling occurred in the warming–needle moxibustion group, and the symptoms subsided after cold compresses, and no significant adverse effects were observed in the electroacupuncture group. **Conclusion:** Based on routine medication and rehabilitation training, the application of electroacupuncture combined with warming–needle moxibustion for stroke–induced hemiplegia has a better effect than only use electroacupuncture, which can effectively improve the spasm, motor function and nerve function of patients and enhance their quality of life, with high safety.

Keywords: Stroke–induced hemiplegia; Electroacupuncture; Warming–needle moxibustion; Limb function; Degree of neurological impairment; Activities of daily living; Quality of life

脑卒中后偏瘫是脑卒中的常见并发症,其临床表现为患侧肌张力异常升高,出现肢体痉挛和明显功能障碍,严重影响患者的生活质量,也易引发其焦虑和抑郁等不良情绪,因此给予综合康复治疗对病情恢复尤为重要。现代医学针对脑卒中后偏瘫主要进行药物对症治疗和常规康复训练,上述疗法对缓解肢体痉挛均有积极作用,但整体效果仍欠满意。脑卒中归属于中医学中风范畴,针刺治疗中风后偏瘫具有操作简单、安全性及疗效好等优点。电针是针刺腧穴得气后,在针上通以人体生物电的微量电流波进行治疗的一种中医疗法,可调节穴位所属经脉及脏腑,作用持久,效果优于普通针刺^[1]。温针灸是针刺与艾灸相结合的中医疗法,其可通过针体传导热量至穴位,起到温经通脉、行气活血的作用^[2]。为明确电针联合温针灸在脑卒中后偏瘫中的应用价值,本研究观察两者联合的治疗效果,报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 符合《中医病证诊断疗效标准》^[3]中中风的诊断标准。处于痉挛性偏瘫期,症见偏瘫、手足挛急、偏身感觉异常,伴有言语謇涩、眩晕、

头痛、目偏不瞬、瞳神变化和共济失调等;Ashworth量表分级 $\geq$ Ⅱ级;处于脑卒中发病后2周至6个月内;无肢体残疾、严重躯体外伤或骨折等影响肢体功能的相关病因;患者及家属签署知情同意书。

1.2 排除标准 存在明显认知、沟通障碍,无法有效配合研究;合并严重内科疾病、恶性肿瘤或急慢性感染等疾病;参与研究前6个月内有针刺治疗史;针刺部位皮肤局部破损、溃烂。

1.3 剔除标准 中途退出研究者;依从性较差者;治疗过程中使用其他治疗方法,影响疗效观察者。

1.4 一般资料 选取2020年4月—2021年6月在浙江中医药大学附属第三医院治疗的130例脑卒中后偏瘫患者,按随机数字表法分为温针灸组和电针组各65例。温针灸组男41例,女24例;平均年龄(61.73 ± 10.25)岁;脑梗死46例,脑出血19例;平均病程(1.75 ± 0.43)个月;左侧偏瘫37例,右侧偏瘫28例;Ashworth量表分级:Ⅱ级20例,Ⅲ级31例,Ⅳ级14例。电针组男45例,女20例;平均年龄(61.58 ± 9.78)岁;脑梗死44例,脑出血21例;平均病程(1.73 ± 0.46)个月;左侧偏瘫33例,右侧偏

瘫 32 例; Ashworth 量表分级: II 级 23 例, III 级 27 例, IV 级 15 例。2 组一般资料比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。研究经浙江中医药大学附属第三医院医学伦理委员会批准。

2 治疗方法

2 组均接受常规调脂、抗血小板聚集等药物和康复训练治疗。其中康复训练由同组医护人员进行指导, 循序渐进, 包括肢体摆放练习、Bobath 握手练习、站立行走训练和日常生活训练等^[4]。每次训练 45~60 min, 每天 1 次。

2.1 电针组 患侧上肢选穴: 肩髃、曲池、手三里、外关、合谷; 患侧下肢选穴: 阳陵泉、梁丘、足三里、解溪、太冲。常规消毒穴位处皮肤, 取规格为 0.25 mm×40 mm 的一次性不锈钢毫针(苏州医疗用品厂有限公司), 肩髃、曲池、手三里、阳陵泉、梁丘、足三里穴直刺 0.8~1.5 寸, 外关、合谷、解溪、太冲直刺 0.5~0.8 寸。得气后, 将上述穴位接通 G6805 型电针仪(上海医用电子仪器厂), 选择疏密波, 电流输出强度以患者可耐受为度, 持续通电 20 min。每天 1 次, 每周连续治疗 5 d, 治疗 6 周。

2.2 温针灸组 在电针治疗基础上加予温针灸治疗。选穴同电针组, 电针治疗结束后, 取 1.5~2 cm 长的艾炷(南阳汉医艾绒有限责任公司)置于针柄处点燃, 以患者自觉有温热感或局部皮肤潮红为宜。注意在针刺部位的皮肤上铺阻燃物, 以免烫伤, 所有穴位同时进行治疗, 每穴灸 3 壮。每次 30 min, 每天 1 次, 每周连续治疗 5 d, 治疗 6 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②患侧肢体功能。采用简化 Fugl-Meyer 运动功能评分法评价, 总分 100 分, 其中上肢 66 分、下肢 34 分, 得分越高表示肢体功能越好。③神经功能缺损程度。采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS), 从意识、水平凝视、面瘫、言语、上下肢活动、步行状态等 11 个方面进行评价, 量表总分 42 分, 分值越低代表神经功能缺损程度越轻。④日常生活能力。采用 Barthel 指数量表, 从进食、修饰、洗澡、转移、行走等方面进行评价, 量表总分 100 分, 分值越高代表日常生活能力越强。⑤生活质量。采用简明健康状况量表(SF-36), 从主观取向、客观取向及疾病相关的生

活质量方面进行评价, 量表总分 100 分, 分值越高代表生活质量越好。⑥不良反应。

3.2 统计学方法 采用 SPSS21.0 统计学软件分析数据。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较采用成组 t 检验, 组内治疗前后比较采用配对 t 检验; 计数资料以百分比(%)表示, 采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治疗 6 周后评定。治愈: 偏瘫症状基本消失, NIHSS 评分较治疗前减少 91%~100%, 生活基本可自理, 病残程度为 0 级; 显效: 与治疗前相比, 偏瘫症状和生活自理能力均有明显改善, NIHSS 评分减少 46%~90%, 病残程度为 1~2 级; 有效: 与治疗前相比, 偏瘫症状和生活自理能力均有一定好转, NIHSS 评分减少 18%~45%, 病残程度为 3 级; 无效: 未达到上述标准, 甚至偏瘫症状继续加重。总有效率=(治愈+显效+有效)例数/总例数×100%。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。治疗后, 温针灸组临床疗效总有效率 84.62%, 高于电针组 69.23%, 差异有统计学意义($\chi^2=4.333$, $P<0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较						例(%)
组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
温针灸组	65	7(10.77)	26(40.00)	22(33.85)	10(15.38)	55(84.62) ^①
电针组	65	4(6.15)	19(29.23)	22(33.85)	20(30.77)	45(69.23)

注: ①与对照组比较, $P<0.05$

4.3 2 组治疗前后 Fugl-Meyer 评分比较 见表 2。治疗前, 2 组上肢、下肢 Fugl-Meyer 评分及总分比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后, 2 组上肢、下肢 Fugl-Meyer 评分及总分均较治疗前升高($P<0.05$), 温针灸组上肢、下肢 Fugl-Meyer 评分及总分均高于对照组($P<0.05$)。

4.4 2 组治疗前后 NIHSS、Barthel 指数及 SF-36 评分比较 见表 3。治疗前, 2 组 NIHSS、Barthel 指数及 SF-36 评分比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后, 2 组 NIHSS 评分均较治疗前降低($P<0.05$), Barthel 指数、SF-36 评分均较治疗前升高($P<0.05$); 温针灸组 NIHSS 评分低于电针组($P<0.05$), Barthel 指数、SF-36 评分均高于电针组($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后 Fugl-Meyer 评分比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	例数	上肢评分		下肢评分		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
温针灸组	65	25.83 ± 4.27	37.47 ± 5.01 ^①	15.74 ± 3.20	23.09 ± 3.91 ^①	41.57 ± 7.23	60.56 ± 8.45 ^①
电针组	65	26.01 ± 4.35	40.84 ± 5.26 ^①	15.82 ± 3.14	26.10 ± 4.30 ^①	41.83 ± 7.71	66.94 ± 9.31 ^①
<i>t</i> 值		0.238	3.740	0.144	4.176	0.198	4.091
<i>P</i> 值		0.812	<0.001	0.886	<0.001	0.843	<0.001

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$

表3 2组治疗前后 NIHSS、Barthel 指数、SF-36 评分比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	例数	NIHSS 评分		Barthel 指数		SF-36 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
温针灸组	65	21.22 ± 5.62	11.16 ± 2.62 ^①	46.57 ± 6.29	86.27 ± 7.06 ^①	68.13 ± 8.45	87.23 ± 10.55 ^①
电针组	65	21.67 ± 5.71	14.03 ± 3.55 ^①	47.11 ± 6.56	81.04 ± 6.15 ^①	68.26 ± 8.59	81.07 ± 7.64 ^①
<i>t</i> 值		0.453	5.244	0.479	4.503	0.087	3.813
<i>P</i> 值		0.651	<0.001	0.633	<0.001	0.931	<0.001

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$

4.5 不良反应 治疗期间, 温针灸组出现 1 例轻微皮下红肿, 冷敷后症状消退, 电针组未见明显不良反应出现。

5 讨论

脑卒中可伴有不同程度的后遗症, 如偏瘫、失语、吞咽功能障碍、失眠等, 其中脑卒中后偏瘫十分常见, 临床表现为肌张力明显增高, 肢体协调性较差, 以及明显的运动功能障碍, 导致患者日常生活自理能力和生活质量下降。脑卒中归属于中医学中风范畴, 本病病位在心、脑, 与肝、肾等脏腑功能密切相关。笔者认为, 在脑卒中恢复期, 肝肾阴虚、气血亏虚, 风、火、痰、瘀之邪滞留经络, 致气血运行不畅, 阴阳失调, 发为偏瘫。治疗应注重行气活血和疏经通络。

电针是针刺与电学的结合, 可通过电针仪产生的电流对穴位进行持续稳定的刺激, 适用于治疗普通针刺的主治病证, 目前临床使用广泛。本研究取穴患侧肩髃、曲池、手三里、外关、合谷、阳陵泉、梁丘、足三里、解溪、太冲, 上述穴位均为针刺治疗偏瘫的常用配伍穴位^[5]。肩髃属于手阳明大肠经, 为上肢气血聚集之处, 针刺肩髃可疏经利节、祛风通络。外关属手少阳三焦经, 为三焦经别行之络穴, 针刺外关可宽胸理气、宁心安神、疏通经

络, 外关常与曲池、合谷和手三里等穴配合, 治疗肘臂麻木、拘挛效果较好, 可调气血、通经络。足三里、解溪为足阳明胃经腧穴, 可共同汇聚阳明经气血。梁丘为足阳明胃经郄穴, 与阳陵泉配伍有舒筋活络的作用。太冲为足厥阴肝经要穴, 有疏经通络的作用。足三里与梁丘、解溪、太冲等穴合用, 可用于治疗下肢偏瘫及足瘫^[6]。电针后采用温针灸治疗, 将艾灸的热力经针体传入腧穴, 可起到温经通脉、行气活血的作用, 而且与单独针刺穴位比较, 温针灸的穴位刺激作用更强, 效果更佳^[7]。

本研究结果显示, 治疗后, 温针灸组临床疗效总有效率高于电针组($P < 0.05$)。温针灸组上肢、下肢 Fugl-Meyer 评分及总分均高于电针组($P < 0.05$), NIHSS 评分低于电针组($P < 0.05$), Barthel 指数、SF-36 评分均高于电针组($P < 0.05$)。提示加用温针灸治疗脑卒中后偏瘫的效果优于常规电针治疗, 温针灸对促进偏瘫患者病情康复作用显著。笔者分析原因认为: 温针灸具有温通经络、祛散寒湿的作用, 契合脑卒中后偏瘫患者经络壅滞之病机, 可使经络得通、气血得行; 温针灸的温中补虚功效符合脑卒中后偏瘫患者气血亏虚的病机特点^[8]。治疗期间, 温针灸组出现 1 例轻微皮下红肿, 冷敷后症状消退, 电针组未见明显不良反应出现, 提示电针联

合温针灸治疗脑卒中后偏瘫安全性高。

综上,在现代医学常规用药与康复训练治疗基础上予以电针联合温针灸治疗脑卒中后偏瘫,效果优于仅使用电针治疗,可有效改善患者的肢体痉挛状态、运动功能及神经功能,提高其生活质量,安全性高,值得在临床推广及应用。

[参考文献]

- [1] 吴运景,钱拉拉,厉优优,等.电针疗法对脑卒中偏瘫痉挛患者肢体运动功能的影响[J].中风与神经疾病杂志,2022,39(3):264-266.
- [2] 苟娟平.基于神经解剖学温针灸与穴位贴敷治疗脑卒中痉挛性偏瘫的临床研究[J].现代中西医结合杂志,2019,28(10):1061-

1064.

- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:24-25.
- [4] 徐桂兰. 针灸联合穴位按摩对脑卒中偏瘫恢复期康复训练依从性的影响[J]. 中华中医药学刊,2019,37(2):403-405.
- [5] 贾澄杰,倪光夏. 脑卒中后痉挛性偏瘫针刺选穴的理论依据与临床应用概况[J]. 针灸临床杂志,2017,33(10):84-86.
- [6] 庄珣. 阴阳协调法治疗中风痉挛性偏瘫的研究[D]. 广州:广州中医药大学,2013.
- [7] 王田. 温针灸联合电针治疗气虚血瘀型缺血性脑卒中偏瘫临床观察[J]. 光明中医,2021,36(6):973-975.
- [8] 李峰,陈劲松,涂美,等. 温针灸配合康复训练治疗脑卒中后痉挛性偏瘫的疗效分析[J]. 针灸临床杂志,2019,35(2):14-17.

(责任编辑:刘迪成,蒋维超)

《新中医》杂志稿约

《新中医》是由广州中医药大学与中华中医药学会共同主办的中医药学术期刊,1969年创刊。标准刊号:ISSN 0256-7415, CN 44-1231/R, 2020年由原月刊改为半月刊,期刊代号,国内:46-38,国外:SM186。根据国家的有关标准和科技期刊的编排规范,对来稿做出如下要求。

一、征稿内容 实验研究、网络药理学、用药规律、文献综述、经方古方、临床证治、肿瘤研究、针灸推拿、特色疗法、调研报告、思路方法、名医传承、经典古籍、临证医案等。

二、来稿要求 主题鲜明,论点明确,论据充分,文字精炼,内容真实,资料可靠,数据准确,数据比较应做统计学处理。

三、来稿格式 参照本刊格式。

四、投稿方式 在线投稿。投稿时需同时上传单位投稿证明。网址: <http://xzy.ijournal.cn>。

五、文责自负 作者如有侵权行为,本刊不负连带责任。署名人的顺序由作者决定。依照《著作权法》,本刊对文稿有修改权、删节权,修改稿未按时寄回视作自动撤稿。

六、稿件采用 需与编辑部签订论文著作权转让书,并及时寄回《新中医》编辑部档案室。编辑部地址:广州市番禺区广州大学城外环东路232号广州中医药大学办公楼《新中医》编辑部。邮编:510006。电话:020-39354129。