

电针阳明经穴位对偏瘫患者运动功能康复的影响

薛茜¹, 熊国星², 霍国敏¹, 李淑萍¹

[摘要] 目的 探讨电针阳明经穴位对偏瘫患者运动功能康复的影响。方法 54 例早期脑卒中后偏瘫患者, 分为 A、B、C 三组, A 组行运动疗法, B 组行运动疗法加电针阳明经穴, C 组行运动疗法加平衡肌张力针法, 2 周和 4 周后, 根据 Ashworth 痉挛评级和 Fugl-Meyer 评定 (FMA) 评定两组疗效。结果 3 组治疗后运动功能明显改善, 肌张力提高, 但 B、C 组评分高于 A 组 ($P < 0.05$)。治疗 4 周后 B 组较 C 组, A 组下肢 Ashworth 分级评分均有显著性差异 ($P < 0.05$)。结论 电针偏瘫患者阳明经穴位主要提高患者肌张力, 对软瘫期运动功能康复可能有效, 而不适用于痉挛期。

[关键词] 电针; 阳明经; 偏瘫; 康复; 肌张力

Effect of Electroacupuncture at Points of Yangming Meridians on Motor Function in Hemiplegic Patients XUE Qian, XIONG Guoxing, HUO Guomin, et al. Beijing Corps Hospital of Chinese People's Armed Police Forces, Beijing 100027, China

Abstract: **Objective** To study the effects of electroacupuncture points of Yangming meridians on hemiplegia. **Methods** 45 early hemiplegic patients were divided into Groups A, B and C (18 cases in each group). Physical therapy was performed in each group, those in Group B were electroacupunctured at points of Yangming meridians, while those in Group C at the points according to balancing muscular tension. They were assessed with Fugl-Meyer Assessment and Ashworth Spasm Rating before and 2, 4 weeks after treatment. **Results** 2 weeks after treatment, motor function and muscular tension were significantly improved in all the groups, while the efficacy in Groups B and C was superior to Group A ($P < 0.05$). 4 weeks after treatment, the Ashworth score of lower extremity in Group B was superior to Groups C and A ($P < 0.05$). **Conclusion** Electroacupuncture at points of Yangming meridians can improve the motor function especially muscular tension in hemiplegic patients, which may be helpful for flaccid paralysis, but adverse for spastic paralysis.

Key words: electroacupuncture; Yangming meridians; hemiplegia; rehabilitation; muscular tension

[中图分类号] R743.3 [文献标识码] A [文章编号] 1006-9771(2007)11-1056-02

[本文著录格式] 薛茜, 熊国星, 霍国敏, 等. 电针阳明经穴位对偏瘫患者运动功能康复的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2007, 13(11): 1056-1057.

“治痿独取阳明”是传统针刺治疗偏瘫患者的重要选穴原则。但临床中发现, 长期针刺阳明经穴位对患者功能恢复有不利的方面。本研究旨在评价电针阳明经穴位对偏瘫患者运动功能康复的作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2003 年 5 月~2005 年 5 月我院神经内科收治的脑卒中偏瘫患者中除去轻型和重型患者, 共筛选 54 例, 均为首次发病, 符合全国第四届脑血管病学术会议诊断标准^[1], 并经头颅 CT 或 MRI 确诊。分为 A、B、C 3 组各 18 例。A 组: 男 15 例, 女 3 例; 年龄 45~77 岁, 平均 (64.23 ± 7.65) 岁; 脑出血 8 例, 脑梗死 10 例; 病程平均 (4.8 ± 2.4) d。B 组: 男 14 例, 女 4 例; 年龄 41~81 岁, 平均 (66.12 ± 8.7) 岁; 脑出血 8 例, 脑梗死 10 例; 病程平均 (5.0 ± 2.8) d。C 组: 男 14 例, 女 4 例; 年龄 45~77 岁, 平均 (64.23 ± 7.65) 岁; 脑出血 7 例, 脑梗死 11 例; 病程平均 (4.71 ± 2.24) d。3 组患者年龄、性别、病程均无显著性差异 ($P > 0.05$), 两组患者均接受神经内科常规药物治疗及早期良肢位摆放, 治疗前的肢体功能无显著性差异 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 A 组 为康复组。康复治疗与急性期的医学处理同时进行, 并贯彻于急性期、亚急性期、恢复期和

后遗症期的全过程。康复训练由经过康复医学专业学习医师按系统的康复程序进行康复训练^[2]。每天 45 min, 每周 6 d, 4 周为 1 个疗程。

1.2.2 B 组 为电针患侧阳明经穴加康复治疗组。康复治疗同 A 组。电针取穴^[3]: 上肢曲池、肩隅、合谷、手三里, 下肢髌关、梁丘、足三里、解溪。采用 10~100 Hz 疏密波通电 30 min, 电量以患者最大耐受为度。每天 1 次, 每周 6 d, 2 周为 1 个疗程, 休息 3 d 后行下一疗程。

1.2.3 C 组 根据平衡肌张力原则患侧电针加康复治疗。康复治疗同 A 组。软瘫期: 上肢阴经穴: 天府、尺泽、曲泽、内关, 下肢阳经穴: 髌关、足三里、解溪、梁丘; 硬瘫期 (肌张力 I⁺ 级以上): 上肢阳经穴: 曲池、肩隅、合谷、手三里; 下肢阴经穴: 血海、阴陵泉、三阴交、太溪。电针方法同 B 组。

1.3 疗效评定 采用 Fugl-Meyer 评定患者运动功能, 采用改良 Ashworth 量表评定肢体肌张力。对所有患者在治疗前、治疗后由专人统一进行评估。改良 Ashworth 量表参照 Bohannon 和 Smith 的方法^[4]将评分等级分为 0、1、2、3、4、5 级, 即将原 I⁺ 级改为 2 级, 以下依次类推。

1.4 统计学处理 所有数值以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 用 SPSS 10.0 软件进行 t 检验。

2 结果

2.1 上肢 Fugl-Meyer 评分 3 组间比较, 治疗前上肢

作者单位: 1. 武警北京总队医院, 北京市 100027; 2. 首都医科大学康复医学院, 北京市 100068。作者简介: 薛茜 (1973-), 女, 河南睢县人, 主治医师, 主要从事针灸临床工作。

评分均无显著性差异($P>0.05$)。治疗 2 周、4 周后,评分均较治疗前增加($P<0.05$),且 B 组、C 组均明显优于 A 组($P<0.01$),B 组也优于 C 组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 各组上肢 Fugl-Meyer 评分比较

组别	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 4 周
A 组	4.29 ±2.52	6.78 ±2.65	8.33 ±3.16
B 组	4.33 ±3.03	8.61 ±3.20 ^a	9.78 ±3.24 ^a
C 组	4.22 ±3.08	8.01 ±3.12 ^{a,b}	9.11 ±3.53 ^{a,b}

注:a:与 A 组比较, $P<0.01$;b:与 B 组比较, $P<0.05$ 。

2.2 下肢 Fugl-Meyer 评分 3 组间比较,治疗前下肢评分均无显著性差异($P>0.05$)。治疗 2 周、4 周后,评分均较治疗前增加($P<0.05$),且 B 组、C 组均优于 A 组($P<0.05$);治疗后 4 周时,C 组也优于 B 组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 各组下肢 Fugl-Meyer 评分比较

组别	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 4 周
A 组	4.17 ±2.43	6.83 ±2.62	8.50 ±3.05
B 组	4.22 ±2.94	8.28 ±2.98 ^a	9.39 ±3.24 ^a
C 组	4.10 ±2.98	9.22 ±4.00 ^a	10.89 ±4.48 ^{a,b}

注:a:与 A 组比较, $P<0.05$;b:与 B 组比较, $P<0.05$ 。

2.3 上肢 Ashworth 量表评分 3 组间比较,治疗前上肢评分均无显著性差异($P>0.05$)。治疗 2 周、4 周后,评分均较治疗前增加($P<0.05$)。治疗后 2 周时,B 组、C 组均高于 A 组($P<0.05$);但治疗后 4 周时,3 组间无显著性差异。见表 3。

表 3 各组上肢 Ashworth 量表评分比较

组别	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 4 周
A 组	0.39 ±0.50	0.83 ±0.62	1.33 ±0.92
B 组	0.50 ±0.51	1.22 ±0.81 ^a	1.66 ±0.48
C 组	0.44 ±0.51	1.11 ±0.68 ^{a,b}	1.50 ±0.71

注:a:与 A 组比较, $P<0.05$;b:与 B 组比较, $P<0.05$ 。

2.4 下肢 Ashworth 量表评分 3 组间比较,治疗前下肢评分均无显著性差异($P>0.05$)。治疗 2 周、4 周后,评分均较治疗前增加($P<0.05$)。治疗后 2 周时,B 组、C 组均高于 A 组($P<0.05$);治疗后 4 周时,B 组高于 A 组、C 组($P<0.05$)。见表 4。

表 4 各组下肢 Ashworth 量表评分比较

组别	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 4 周
A 组	0.39 ±0.50	0.67 ±0.59	1.33 ±0.63
B 组	0.50 ±0.51	1.12 ±0.67 ^a	1.89 ±0.78 ^a
C 组	0.44 ±0.51	1.05 ±0.64 ^a	1.44 ±0.78 ^b

注:a:与 A 组比较, $P<0.05$;b:与 B 组比较, $P<0.05$ 。

3 讨论

针刺有改善脑血流,促进脑内血肿吸收,减轻脑水肿等作用;针刺可调整血脂,改善血液流变学,加速自由基清除,提高机体抗氧化能力,使中风后脑细胞的形态和功能损害减轻^[5]。本研究显示,针刺加康复组疗效均优于单纯康复组,表明针刺在偏瘫康复中有一定疗效。

从陈立典等根据现代康复理论在偏瘫康复中使用平衡肌张力的针刺方法^[6]以来,有很多类似的针刺方法^[7-9],有作者研究显示,其在软瘫期、痉挛期均优于

“治痿独取阳明”的传统取穴方法^[7]。

刘伍立等认为,传统治疗偏瘫多从“痿病”论治,以“独取阳明”为主,实际上该法仅适用于中风后瘫痪早期(即 Brunnstrom I、II 期),此时肢体瘫痪呈弛缓状态,针刺阳明经穴在于健脾强肌,提高肌力。进入痉挛期,肌张力呈现亢进,此时应以协调肌张力平衡为重点,强化上肢伸肌、下肢屈肌运动,拮抗上肢屈肌、下肢伸肌运动^[10]。

但有些研究在针刺取穴时仍遵循“治痿独取阳明”的传统方法。认为在 Brunstrom I、II 级,电针取穴患侧手足阳明经为主,Brunstrom III、IV 级,电针拮抗肌一侧的穴位为主或取穴仍以患侧手足阳明经为主^[11]。王克键等^[12]对病史近 1 月的脑卒中恢复期患者进行针刺阳明经穴与针刺手足少阳、太阳经穴的比较,治疗 3 个疗程后,针刺阳明经穴组在临床疗效、血液流变学及经颅多普勒脑血流图方面均更为有效。

从本研究显示,在软瘫期,针刺上下肢阳明经穴位疗效最佳。表明完全结合现代康复理论取穴可能存在片面性,仅仅考虑了偏瘫恢复的优势肌关系,而未考虑中医所说的脏腑功能、气血运行失调是偏瘫发生的根本,未理清标本关系。偏瘫缘于脏腑气阴阴阳亏虚,治痿独取阳明是因为阳明是多气多血之经,为诸经之长,阳明气血通畅,正气得以扶助,使机体功能逐渐恢复。

但如硬瘫期仍取阳明经穴,则有可能使肌张力进一步增高,过高的肌张力影响运动功能的恢复,这点从本研究也可看出。需要注意的是,硬瘫期属于中医痉证范畴,并非痿证,已不符合“治痿独取阳明”原则。故偏瘫康复中针刺取穴既应灵活,更需辨证施治。软瘫期针刺取穴应选用“治痿独取阳明”原则,上下肢取穴以阳明经为主;硬瘫期针刺取穴可结合平衡肌张力的针法原则,上肢取阳经经穴、下肢取阴经经穴。

[参考文献]

[1] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 12(6): 381.

[2] 卓大宏. 中国康复医学[M]. 2 版. 北京: 华夏出版社, 2003: 757-807.

[3] 孙国杰. 针灸学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 199-204.

[4] Wade DT. Measurement in Neurological Rehabilitation[M]. Oxford: Oxford University Press, 1996: 162.

[5] 高俊鹏, 魏江磊. 中医药在中风早期康复治疗中的应用[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2003, 10(5): 316-318.

[6] 陈立典, 吴强. 偏瘫的现代评价与针刺治疗的研究[J]. 中国针灸, 1996, (10): 1-2.

[7] 田丰玮, 苟春雁, 李宁. 分期平衡针刺法治疗中风偏瘫的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2004, 20(4): 34-36.

[8] 钟长明, 林洪茂, 刘庆芳, 等. 针刺与肌张力平衡促进法对中风偏瘫患者早期康复的作用[J]. 中国康复医学杂志, 2001, (3): 52-54.

[9] 章薇, 刘智, 姜必丹. 张力平衡针法对脑梗死患者血清 IL-1 和 sF-CAM-1、sVCAM-1 的影响[J]. 中国针灸, 2005, 25(3): 214-216.

[10] 刘伍立, 欧阳建军, 岳增辉, 等. 针刺治疗脑卒中后痉挛瘫痪的思路与方法[J]. 中国针灸, 2003, (6): 361-362.

[11] 周光辉, 谢克亮, 赵青, 等. 易化技术配合针刺治疗脑卒中偏瘫的临床研究[J]. 中国康复理论与实践, 2003, (3): 24-25.

[12] 王克键, 范瑞景, 赖芳山, 等. 独取阳明法治疗中风恢复期的临床研究[J]. 中国针灸, 1996, (1): 15-18.