

# 四海之腧取穴法结合康复训练治疗脑梗死 恢复期的临床观察

张娟,王应军,刘兴平,朱素云,薛永红  
(湖南省宁乡县中医医院,湖南长沙 410600)

**〔摘要〕**目的 观察四海之腧取穴法配合康复训练治疗脑梗死恢复期的临床疗效。方法 将60例患者随机分为治疗组和对照组各30例,两组患者均接受基础治疗,治疗组采取四海之腧取穴法结合常规康复训练,对照组采用常规针刺结合康复训练,1个月为1个疗程,治疗3个疗程后,观察治疗前后上下肢Fugl-Meyer评分、NIHSS评分变化情况。结果 与治疗前相比,两组治疗1个月、2个月和3个月后Fugl-Meyer评分、NIHSS评分均有所改善( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ ),且治疗组各项指标均显著优于对照组,尤以治疗组治疗3个月后疗效为最佳( $P<0.01$ )。结论 “四海之腧”取穴法结合康复训练的治疗方式可更好地改善脑梗死恢复期患者的运动功能障碍和神经功能缺损情况,疗效确切,值得临床推广应用。

**〔关键词〕** 脑梗死;恢复期;四海之腧取穴法;康复训练

**〔中图分类号〕**R246.1

**〔文献标识码〕**B

**〔文章编号〕**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2016.11.023

## Clinical Observation of "Si-Hai-Zhi-Shu" Acupoint Combined with Rehabilitation Training on Cerebral Infarction Convalescence

ZHANG Juan, WANG Yingjun, LIU Xingping, ZHU Suyun, XUE Yonghong  
(Ningxiang Hospital of Chinese Medicine, Ningxiang, Hunan 410600, China)

**〔Abstract〕 Objective** To observe the clinical effect of "Si-Hai-Zhi-Shu" acupoint combined with rehabilitation training on cerebral infarction convalescence. **Methods** The sixty patients were randomly divided into treatment group and control group, 30 cases in each group, which were treated with basic treatment. The treatment group were treated by "Si-Hai-Zhi-Shu" acupoint combined with rehabilitation training, the control group was given conventional acupuncture combined with rehabilitation training, one course for one month. After treatment for three courses, the changes of FMA scores and NIHSS scores of upper and lower extremities were tested before and after treatment. **Results** Compared with before treatment, the changes of FMA scores and NIHSS scores after treatment of 1 month, 2 months and 3 months were improved before and after treatment ( $P<0.05$  or  $P<0.01$ ), the treatment group is better than control group. Moreover, the efficacy was best after three courses of treatment. **Conclusion** The "Si-Hai-Zhi-Shu" acupoint combined with rehabilitation training can improve the neurological deficits and neurological impairment of patients, it is worthy of further application.

**〔Keywords〕** cerebral infarction convalescence; "Si-Hai-Zhi-Shu" acupoint; rehabilitation training

脑卒中患者遗留有不同程度的功能障碍,其中运动功能障碍发生率为80%,是直接影响患者生存质量的主要因素<sup>[1]</sup>。本研究通过对脑梗死恢复期患者采取四海之腧取穴法结合康复训练治疗1个

**〔收稿日期〕**2016-04-03

**〔基金项目〕**湖南省中医药管理局一般课题(2015132)。

**〔作者简介〕**张娟,女,硕士,主治医师,研究方向:针灸治疗疾病机制的研究。

月、2个月、3个月后的运动功能和神经功能缺损评分的比较,探讨四海之腧穴法配合康复训练对脑梗死恢复期患者的临床疗效的影响,现将结果汇报如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

病例来源于2015年1月至2016年1月在本院针灸科和中风科门诊和住院部就诊的脑梗死恢复期患者60例,按随机数字表法分为治疗组和对照组,每组各30例,60例患者中,女性28例,男性32例;年龄50~79岁,2组病人在性别、年龄、病程方面差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。见表1。研究人员在每位患者进行治疗之前均对其进行详细的告知,并同时签订知情同意书。

表1 两组患者性别、年龄、病程比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别  | n  | 性别(女/男) | 年龄(岁)       | 病程(d)       |
|-----|----|---------|-------------|-------------|
| 治疗组 | 30 | 14/16   | 63.43±13.32 | 81.35±63.43 |
| 对照组 | 30 | 14/16   | 64.31±14.82 | 82.52±62.38 |

### 1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 符合国家中医药管理局脑病急症科研协作组制定的《中风病诊断和疗效评定标准》(试行)<sup>[2]</sup>和1995年中华医学会第4次全国脑血管病学术会议第3次修订的《各类脑血管病诊断要点》<sup>[3]</sup>脑血栓形成的诊断要点<sup>[3]</sup>。且符合以下条件:(1)处于恢复期,发病时间为15 d~6个月;(2)脑梗死经过头部CT或MRI等检查证实;(3)生命体征平稳者;(4)意识清醒,愿意并能接受针灸治疗者。

1.2.2 排除标准 (1)处于脑梗死急性期或后遗症期的患者;(2)昏迷或者精神病患者;(3)房颤或合并有非常严重的心血管、肝肺肾、造血系统和内分泌系统等严重原发病的患者。

1.2.3 病例终止治疗退出标准 (1)病情迅速恶化或出现严重并发症需要采取紧急处理措施的患者,应终止试验;(2)受试者在临床试验的过程中拒绝再继续进行临床试验。

### 1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 (1)基础治疗:将血压控制在正常范围,使血糖保持在正常范围,必要时应用降血糖

药,根据血脂水平酌情选用降血脂药物,抗血小板聚集等其它对症治疗。(2)康复训练:主要是依照人民卫生出版社卫生部规划教材《康复医学》所制定<sup>[4]</sup>,如:床上良肢位摆放;关节的被动活动,防止关节变形和挛缩;床上翻身训练、起坐训练;半桥抬臀运动;神经肌肉促进技术如利用联合反应、共同运动、感觉刺激(拍打、挤压)等诱发主动运动。(3)主穴:选取四海输注体表的穴位,包括哑门、气冲、百会、风府、人迎、大椎、上巨虚、足三里、大杼、下巨虚。针法:常规皮肤消毒,百会平刺0.5~0.8寸,人迎、气冲避开动脉直刺0.5寸,大椎、大杼直刺0.5寸,风府、哑门朝下颌方向缓慢刺入0.5~1寸,足三里、下巨虚、上巨虚直刺1~1.5寸;在主基础上随症取穴,如言语不利,加金津、玉液、廉泉;口角歪斜,加地仓、颊车;足内翻,取丘墟、照海;辨证配穴:肝阳暴亢者加太冲、太溪,痰热腑实者加丰隆、内庭;气虚血瘀者加气海、血海;风痰阻络者加风池、丰隆;阴虚风动者加太溪、风池;操作以得气为度,并按体质需要行补虚泻实手法。针刺时均要求有胀、酸、重、麻感,并根据体质盛衰不同分别予以补虚泻实手法,留针30 min,日1次,1个月为1疗程,连续治疗3个疗程。

1.3.2 对照组 (1)本组予以常规针刺法,选取:肩髃、合谷、曲池、外关、环跳、足三里、阴市、风市、阳陵泉、昆仑、悬钟、解溪。毫针刺,以局部酸麻胀痛为度,采用平补平泻法,留针30 min,日1次,1个月为1疗程,连续治疗3个疗程。(2)基础治疗、康复训练及配穴选取同治疗组。

### 1.4 观察指标与方法

1.4.1 采用四肢简化 Fugl-Meyer 量表<sup>[5]</sup>评定患者瘫痪肢体的运动功能 该评分因其量化而被国际公认,分为上肢、下肢两个部分。上肢分为33项,每一项有3个等级,最高为2分,能够充分完成,最低为0分,不能做某个动作,总分66分;下肢包括7大项,总分34分。上下肢总计最高为100分,最低为0分,分数越高则说明肢体运动功能越好。此评分可以从肢体精细运动、粗大运动、协调性、肢体反射状况等多方面评价患者肢体功能的恢复情况。分别于治疗前、治疗1个月后、治疗2个月后、治疗3个月后记录 Fugl-Meyer 评分值。

1.4.2 采用美国国立卫生研究院脑卒中量表(national institute of health stroke scale, NIHSS) 评定患者神经功能缺损情况 两组分别在治疗前、治疗 1 个月后、治疗 2 个月后、治疗 3 个月后各评价患者的 NIHSS 评分。

### 1.5 统计学方法

所有数据均采用 SPASS 16.0 统计软件包进行分析处理,以“ $\bar{x}\pm s$ ”表示计量资料,两组间均数比较采用  $t$  检验,组内治疗前后比较用配对  $t$  检验, $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组治疗前后上肢简化 Fugl-meyer 的比较

2 组治疗前组间评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。2 组治疗 1 个月、2 个月、3 个月后上肢 Fugl-meyer 评分均较治疗前差异有统计学意义( $P<0.05$  或  $P<0.01$ )。治疗后各时间点组间两两比较,治疗组上肢 Fugl-meyer 评分明显优于对照组( $P<0.05$  或  $P<0.01$ )。尤以治疗组治疗 3 个月后疗效为最佳( $P<0.01$ )。见表 2。

表 2 两组治疗前后上肢简化 Fugl-meyer 的比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

| 组别  | $n$ | 治疗前        | 治疗 1 个月后                 | 治疗 2 个月后                 | 治疗 3 个月后                   |
|-----|-----|------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 治疗组 | 30  | 10.27±5.36 | 20.55±6.54 <sup>▲●</sup> | 38.32±5.21 <sup>▲●</sup> | 47.42±7.46 <sup>▲▲●●</sup> |
| 对照组 | 30  | 10.72±6.23 | 15.61±5.89 <sup>▲</sup>  | 25.78±6.13 <sup>▲</sup>  | 32.61±5.58 <sup>▲</sup>    |

注:与本组治疗前比较  $\Delta P<0.05$ ,  $\Delta\Delta P<0.01$ ; 与对照组比较  $\bullet P<0.05$ ,  $\bullet\bullet P<0.01$ 。

### 2.2 两组治疗前后下肢简化 Fugl-meyer 的比较

2 组治疗前组间评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。2 组治疗 1 个月、2 个月、3 个月后下肢 Fugl-meyer 评分均较治疗前差异有统计学意义( $P<0.05$  或  $P<0.01$ )。治疗后各时间点组间两两比较,治疗组下肢 Fugl-meyer 评分组间明显优于对照组( $P<0.05$  或  $P<0.01$ )。尤以治疗组治疗 3 个月后疗效为最佳( $P<0.01$ )。见表 3。

表 3 两组治疗前后下肢简化 Fugl-meyer 的比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

| 组别  | $n$ | 治疗前        | 治疗 1 个月后                 | 治疗 2 个月后                  | 治疗 3 个月后                   |
|-----|-----|------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 治疗组 | 30  | 15.59±6.36 | 19.55±5.84 <sup>▲●</sup> | 25.89±5.11 <sup>▲▲●</sup> | 29.78±4.46 <sup>▲▲●●</sup> |
| 对照组 | 30  | 14.95±7.31 | 18.61±6.89 <sup>▲</sup>  | 21.78±4.73 <sup>▲</sup>   | 23.31±5.58 <sup>▲</sup>    |

注:与本组治疗前比较  $\Delta P<0.05$ ,  $\Delta\Delta P<0.01$ ; 与对照组比较  $\bullet P<0.05$ ,  $\bullet\bullet P<0.01$ 。

### 2.3 两组治疗前后 NIHSS 评分的比较

2 组治疗前组间评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。2 组治疗 1 个月后、2 个月后、3 个月后 NIHSS 评分均较治疗前差异有统计学意义( $P<0.05$  或  $P<0.01$ )。治疗后各时间点组间两两比较,治疗组 NIHSS 评分组间明显优于对照组( $P<0.05$  或  $P<0.01$ )。尤以治疗组治疗 3 个月后疗效为最佳( $P<0.01$ )。见表 4。

表 4 两组治疗前后 NIHSS 评分的比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

| 组别  | $n$ | 治疗前        | 治疗 1 个月后                | 治疗 2 个月后                 | 治疗 3 个月后                  |
|-----|-----|------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 治疗组 | 30  | 12.47±2.53 | 8.61±2.89 <sup>▲●</sup> | 5.78±1.13 <sup>▲▲●</sup> | 2.28±1.06 <sup>▲▲●●</sup> |
| 对照组 | 30  | 12.59±2.31 | 10.55±2.26 <sup>▲</sup> | 9.23±2.11 <sup>▲</sup>   | 8.31±1.58 <sup>▲</sup>    |

注:与本组治疗前比较  $\Delta P<0.05$ ,  $\Delta\Delta P<0.01$ ; 与对照组比较  $\bullet P<0.05$ ,  $\bullet\bullet P<0.01$ 。

## 3 讨论

脑梗死为临床常见脑血管疾病,随着生活水平的逐渐提高,其发病率、致残率、病死率高,严重威胁患者的生命健康,影响了患者的生活质量,给患者、家庭和社会带来了很大的影响。在本病的常规治疗中,西药应用比较广泛,但其作用靶点较单一,很难达到综合调理的效果,因此,探寻一种长效性、多靶点、副作用少的综合治疗方案,是当前临床工作中亟待解决的重要课题。

针灸治疗脑梗死的作用已广为人知,及时而正确的针灸治疗对脑梗死的恢复大有裨益。中医认为,缺血性中风因脑脉痹阻致气血不能上行濡养脑髓,脑髓受损,病位在脑,故针灸治疗除了传统的辨证取穴之外,更应该注重对病位的思考,理当从脑论治,脑乃奇恒之腑,无明确的专属经络。脑为四海之髓海,为元神之府,是神气的本源,脏腑经络活动的主宰,水谷之海是血海、气海生化之源,血海、气海充足才可填髓益精,四海之间相互联系、相互影响。四海之膻取穴法即是在研习内经经典中医理论的基础上,借鉴和吸收现代医学的内容,选取四海输注在体表的膻穴,治疗脑梗塞的一种针灸治疗方法。四海输注体表之膻穴包括髓海之百会、风府,血海之大杼、上巨虚、下巨虚,气海之哑门、大椎、人迎,水谷之海的气冲、足三里,其中百会、风府醒脑调神,大杼、上巨虚、下巨虚穴可调理气血、疏通经络,足三里、气冲

健脾益胃,哑门、大椎、人迎益气活血,针刺四海上下输穴治疗脑梗死上能醒脑开窍、中能转运气血、下能强筋健骨,从而达到治脑调神的作用。临床研究表明<sup>[6-8]</sup>,此种方法治疗脑梗死,无论是急性期还是恢复期,都有较好的疗效。此外,随着现代康复医学的发展,康复训练在脑梗死治疗中的作用日益凸显,研究显示<sup>[9]</sup>,对脑梗死患者进行运动治疗等康复治疗方法可使病变细胞复活,可有效避免压疮、肌肉萎缩、深静脉血栓形成、关节挛缩等并发症的发生,改善患者运动及神经功能,使其生活质量得以显著提升。进一步研究证实,针刺结合康复训练治疗脑梗死有良好的协同作用,为目前国内外治疗该病的主要方法,较任何单一的治疗方法疗效更为显著<sup>[10-12]</sup>。本实验分别对脑梗死恢复期患者予以四海之膻取穴法针刺治疗结合现代康复训练、常规针刺法结合现代康复训练,并通过四肢简化 Fugl-Meyer 评分、NIHSS 评分量表评价患者治疗前神经功能缺损情况和肢体运动功能情况,以及治疗 1 个月、2 个月和 3 个月后的评分变化,以筛选出最佳治疗方案。实验结果显示,与治疗前相比,两组治疗 1 个月、2 个月和 3 个月后上下肢 Fugl-Meyer 评分、NIHSS 评分均有所改善( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ ),且治疗组各项指标均显著优于对照组,尤以治疗组治疗 3 个月后疗效为最佳( $P < 0.01$ ),由此说明通过四海之膻取穴法结合现代康复训练的长期治疗,能使患者的神经功能缺损情况以及运动功能都得到明显改善,提高了患者的生活质量,临床疗效肯定。

综上所述,四海之膻取穴法结合现代康复训练的综合治疗方案治疗脑梗死恢复期患者,可以明显

改善患者的神经功能缺损,促进患者肢体功能的恢复,提高患者的生活质量,值得临床推广。然而,本研究的观察时间为 2 年,目前尚未全部完成,后期研究将进一步探讨此种治疗方法对脑梗死恢复期的作用机制,以期将本研究的价值扩展到更广更深的领域,从而更好地为临床工作服务。

#### 参考文献:

- [1] 赵雅宁,郝正玮,李建民.下肢康复机器人训练改善缺血性脑卒中偏瘫患者下肢功能的临床效果研究[J].中国全科医学,2013,16(6):691-694.
- [2] 国家中医药管理局脑病急症协作组.中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
- [3] 全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管疾病诊断要点[S].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [4] 南登崑.康复医学[M].3版,北京:人民卫生出版社,2005.
- [5] 恽晓平.康复疗法评定学[M].北京:华夏出版社,2005:393-396.
- [6] 王应军.针刺四海之膻治疗中风恢复期 38 例疗效观察[J].湖南中医杂志,2015,31(4):87-89.
- [7] 阳期望,张东淑,王升旭.针刺四海之膻为主治疗急性缺血性中风 29 例[J].陕西中医,2011,32(2):206-208.
- [8] 王应军,张娟,刘海玲,等.四海之膻取穴法对脑梗塞恢复期患者血脂及凝血系统影响的研究[J].湖南中医药大学学报,2016,36(9):79-81.
- [9] 梁玉.早期康复训练对急性脑梗死患者功能恢复的影响[J].现代诊断与治疗,2015,26(21):4925-4926.
- [10] 张辽.醒脑开窍针法配合康复训练治疗脑梗塞后认知功能障碍的疗效观察[J].中国继续医学教育,2016,8(2):196-197.
- [11] 汤东,武文鹏,孙兴华.通经针法联合功能训练治疗脑梗死后肩-手综合征随机对照研究[J].针灸临床杂志,2016,32(1):26-29.
- [12] 白玮婧,张春红,张新亚,等.针刺与康复训练治疗脑中后共济失调[J].吉林中医药,2014,34(9):941-944.

(本文编辑 匡静之)