

本文引用:郎显兵.通督调神、平衡阴阳针刺法对脑卒中后遗症患者肢体运动及语言能力的影响[J].湖南中医药大学学报,2017,37(5):519-522.

## 通督调神、平衡阴阳针刺法对脑卒中后遗症患者 肢体运动及语言能力的影响

郎显兵

(北京市顺义区医院中医科,北京 101300)

**〔摘要〕**目的 探讨通督调神、平衡阴阳针刺法对脑卒中后遗症患者肢体运动及语言能力的影响。方法 随机数字表法将96例脑卒中后遗症患者分为对照组与观察组,各48例,对照组采取综合康复训练干预,观察组在对照组基础上加以通督调神、平衡阴阳针法治疗,均干预4周,比较两组神经功能缺损临床疗效、治疗前后FMA评分、语言功能评分、改良Barthel指数及HAMD评分。结果 观察组治疗后神经功能缺损恢复总有效率93.75%,显著高于对照组的79.17% ( $P<0.05$ )。与治疗前比较,两组治疗后FMA评分、改良Barthel指数、语言功能评分(阅读能力、书写能力、听理解能力、复述能力)均显著上升,HAMD评分显著下降,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ );观察组治疗后上述指标评分均明显优于对照组,差异有显著统计学意义 ( $P<0.01$ )。结论 通督调神、平衡阴阳针刺法能有效促进脑卒中患者神经功能缺损恢复,改善患者肢体运动功能及语言能力,提高其生活质量。

**〔关键词〕** 脑卒中;针刺;通督调神;阴阳平衡;肢体运动;语言能力;百会;大椎;神庭

**〔中图分类号〕**R245.3;R743

**〔文献标识码〕**B

**〔文章编号〕**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2017.05.015

### Effect of Tongdu Tiaoshen and Balance of Yin-Yang Acupuncture Therapy on Body Movement and Language Ability of Stroke Patients with Sequelae

LANG Xianbing

(Beijing Shunyi District Hospital, Beijing 101300, China)

**〔Abstract〕 Objective** To explore the effect of Tongdu Tiaoshen and balance of Yin-Yang acupuncture therapy on body movement and language ability of stroke patients with sequelae. **Methods** 96 cases of stroke patients with sequelae were randomly divided into the control group and the observation group, 48 cases in each group. The control group was given comprehensive rehabilitation training intervention. On the basis, the observation group was additionally given Tongdu Tiaoshen and balance of Yin-Yang acupuncture therapy. Both of the two groups were intervened for 4 weeks. The clinical curative effect on neurological impairment, FMA scores, language ability scores, modified Barthel index and HAMD scores before and after treatment were compared between the two groups. **Results** After treatment, the total effective rate of recovery from neurological impairment in the observation group (93.75%) was significantly higher than that in the control group (79.17%) ( $P<0.05$ ). After treatment, FMA scores, modified Barthel Index and language abilities scores (reading ability, writing ability, listening comprehension ability, retelling ability) of the two groups were significantly higher than those before treatment, while HAMD scores were significantly lower ( $P<0.05$ ). The scores mentioned above in the observation group after treatment were significantly better than those in the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Tongdu Tiaoshen and balance of Yin-Yang acupuncture therapy could effectively promote the recovery of stroke patients from neurological impairment, improve the motor function of the limbs, language ability, and the quality of life.

**〔Keywords〕** stroke; acupuncture; smooting Du meridian and adjusting spirit; balance of Yin-Yang; body movement; language ability; Baihui point; Dazhui point; Shenting point

**〔收稿日期〕**2016-07-22

**〔作者简介〕**郎显兵,男,主治医师,研究方向:针灸治疗脑卒中。E-mail:1197267513@qq.com。

脑卒中后易遗留失语、偏瘫、肢体运动功能异常等后遗症,致残率较高,严重影响患者生活质量<sup>[1]</sup>。现代医学治疗脑卒中后遗症以西药、康复训练为主,虽有一定的疗效,但受患者体质、后遗症严重程度等多种因素影响,整体效果不是很理想<sup>[2]</sup>。脑卒中后遗症在中医上属于“中风”范畴,主要表现为半身不遂、言语不利或肢体受限等;中医认为中风发病在脑,根本在于阴阳失衡,气血不足、经络闭塞导致肢体运动功能异常或失语,治疗以通络醒脑、阴阳平衡为主。针刺作为中医常用疗法之一,具有多样化、操作简单的特点,在脑卒中治疗中应用较多<sup>[3-4]</sup>。本研究针对脑卒中后遗症特点,采取通督调神、平衡阴阳针刺法治疗脑卒中后遗症,探讨其对患者肢体运动能力及语言能力的影响。现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择本院2013年2月~2016年1月收治的住院脑卒中后遗症患者96例,其中男60例,女36例,年龄平均(56.58±10.26)岁;其中脑梗死69例,脑出血27例。随机数字表格法将患者分为对照组与观察组,各48例。对比两组患者临床资料,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性(见表1)。本研究经院伦理委员会批准,患者签订知情同意书。

表1 两组患者临床资料比较 (n=48,例)

组别	性别 (男/女)	年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$ )	疾病类型 (脑梗死/脑出血)	Ashworth 评分 (1+级/2级/3级/4级)
观察组	31/17	56.62±10.01	35/13	3/8/22/15
对照组	29/19	56.47±10.32	34/14	4/9/24/11
$\chi^2/t$	0.178	0.052	0.052	0.904
$P$	0.673	0.959	0.820	0.824

### 1.2 病例选择标准

1.2.1 纳入标准 (1)符合《中国脑血管疾病分类2015》<sup>[5]</sup>脑卒中后遗症相关诊断标准, MRI 或 CT 检查证实; (2)中医诊断依据《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》<sup>[6]</sup>, 改良 Ashworth 判定瘫痪肢体肌张力0级以上, 4级及以下; (3)年龄40~75岁; (4)知情并签订本研究方案治疗同意书。

1.2.2 排除标准 (1)肝肾功能严重障碍、恶性肿瘤; (2)既往肢体运动损伤史; (3)因认知障碍及其他原因不能配合干预者; (4)生命体征不稳定者; (5)年龄80岁以上者。

### 1.3 治疗方法

所有患者均接受抗血小板聚集、血糖控制、电解质紊乱纠正等常规内科治疗,同时接受活血化瘀药物干预,如复方当归注射液、香丹注射液或中药汤剂等。

1.3.1 对照组 此外对照组加以综合康复训练干预,主要包括: (1)运动康复训练。待患者病情稳定后开展,初期先进行被动运动,如肩关节屈伸、旋转,肘关节屈伸,踝关节背屈等,活动幅度以患者可耐受为宜,幅度从小至大,关节活动通常先大关节活动,后小关节;随后慢慢向主动运动转变,遵循循序渐进原则; (2)语言康复训练。由专业语言训练师指导开展,以文字阅读、理解及表达能力为主,1次/d, 30 min/次;同时还需进行口唇运动、软腭抬高、舌运动训练,其中口唇运动包括吹蜡烛、鼓腮等内容,15 min/次, 5次/d,软腭抬高以张大口、叹气为主; (3)日常生活活动能力训练。以患者情况量力而行,不同阶段训练内容不同,主要包括进食、穿衣、脱衣、如厕、洗漱等内容。康复训练6次/周,连续干预4周。

1.3.2 观察组 在对照组基础上加以通督调神、平衡阴阳针刺法治疗,选择百会、大椎、风府、神庭、神道、水沟为主穴,配穴依据中医辨证原则选择:肝气郁结者添加曲泉、膻中、期门穴;肝肾不足者添加三阴交、太溪、肝俞、肾俞穴;风痰阻络者添加丰隆穴;气虚血瘀者添加血海穴。选择患肢穴位针刺,酒精常规消毒需针刺穴位,使用0.25 mm×25 mm一次性毫针刺主穴,百会、神庭穴采取平刺方式,水沟穴斜刺,大椎、神道穴直刺,等等。主穴针刺后选择捻转手法。配穴则选择0.30 mm×40 mm毫针进行,采取虚补实泻法。各穴位得气后留针40 min。1次/d, 4次/周,连续干预4周。

### 1.4 观察指标

治疗前、治疗4周后评价各指标。(1)神经功能缺损临床疗效<sup>[7]</sup>: ①基本痊愈:神经功能缺损评分减少90%以上; ②显著进步:神经功能缺损评分减少46%~90%; ③进步:神经功能缺损评分减少18%~45%; ④未愈:神经功能缺损评分减少18%以下或增加。总有效率=100%-未愈率; (2)Fugl-Meyer 评分法(FMA)评价患者运动功能,满分100分,分数越高表明运动功能越好; (3)语言功能评分,主要包括阅读能力、书写能力、听理解能力及复述能力,各100分,分数越高表示越好<sup>[8]</sup>; (4)改良 Barthel 指数评价患者日常生活活动能力,良:评分60以上,中:评分41~60分,差:评分40分以下,分数越高表明日常生活

活动能力越强;(5)汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评价患者抑郁状况,8分及以上表示存在抑郁症状,分数越高表明症状越严重。

### 1.5 统计学方法

应用 SPSS 18.0 统计软件处理数据,计数资料以%表示,行 $\chi^2$ 检验;计量资料以“ $\bar{x}\pm s$ ”表示,行 $t$ 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 治疗后神经功能缺损疗效

观察组治疗4周后神经功能缺损恢复总有效率93.75%,对照组总有效率79.17%,两组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表2。

表2 两组治疗4周后神经功能缺损疗效比较 [n(%)]

组别	n	基本痊愈	显著进步	进步	未愈	总有效
观察组	48	17(35.42)	21(43.75)	7(14.58)	3(6.25)	45(93.75)*
对照组	48	10(20.83)	12(25.00)	16(33.33)	10(20.83)	38(79.17)
$\chi^2$						4.360
P						0.037

注:与对照组比较,\* $P<0.05$ 。

### 2.2 治疗前后 FMA 评分、改良 Barthel 指数变化

治疗前两组 FMA 评分、改良 Barthel 指数比较

差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 治疗后两组 FMA 评分、Barthel 指数较治疗前均明显上升 ( $P<0.05$ ), 且观察组上升幅度明显大于对照组, 差异有显著统计学意义 ( $P<0.01$ )。见表3。

表3 两组治疗前后 FMA 评分、改良 Barthel 指数比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	n	FMA 评分		改良 Barthel 指数	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	48	20.54±8.35	70.15±10.34*##	40.15±13.26	78.90±12.16*##
对照组	48	21.17±9.16	50.68±10.52*	41.22±14.15	62.42±15.50*
t		0.352	9.145	0.382	5.796
P		0.726	<0.001	0.703	<0.001

注:与同组治疗前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组比较,## $P<0.01$ 。

### 2.3 治疗前后语言功能评分变化

治疗前两组阅读能力、书写能力、听理解能力、复述能力评分比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 治疗后两组上述指标评分较治疗前均明显上升 ( $P<0.05$ ), 且观察组上升幅度明显大于对照组 ( $P<0.01$ )。见表4。

### 2.4 治疗前后 HAMD 评分变化

治疗前两组 HAMD 评分比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 治疗后两组 HAMD 评分较治疗前均明显下降 ( $P<0.05$ ), 观察组治疗后 HAMD 评分明显低于对照组 ( $P<0.01$ )。见表5。

表4 两组治疗前后语言功能评分比较

( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	n	阅读能力		书写能力		听理解能力		复述能力	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	48	20.27±3.60	70.34±5.21*##	17.33±3.15	58.87±4.25*##	20.36±2.74	64.18±3.70*##	13.78±3.04	52.69±3.14*##
对照组	48	20.00±3.62	60.29±4.80*	17.18±3.24	49.10±4.16*	19.92±3.00	56.17±3.10*	14.02±2.73	44.70±3.75*
t		0.366	9.829	0.230	11.382	0.750	11.497	0.407	11.318
P		0.715	<0.001	0.819	<0.001	0.455	<0.001	0.685	<0.001

注:与同组治疗前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较,## $P<0.01$ 。

表5 两组治疗前后 HAMD 评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	48	24.12±10.13	10.05±5.17*##
对照组	48	23.89±10.15	16.50±5.34*
t		0.111	6.012
P		0.912	<0.001

注:与同组治疗前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较,## $P<0.01$ 。

## 3 讨论

近年来脑卒中病死率虽有所下降,但多数患者仍遗留不同程度后遗症,包括失语症、偏瘫、肢体障碍等,给患者身心造成巨大的伤害。早期康复训练作为脑卒中后遗症干预重要手段,以被动运动为主

要方式,受患者依从性、情绪(抑郁)<sup>[9]</sup>等多种因素影响,可能制约其疗效。

《本草纲目》中记载“脑为元神之府”,认为大脑在很大程度上关系到经络气体活动;脑功能与五脏六腑密切相关,其中心、肾最为相关,心主神明,肾藏精,精生髓,髓充脑,为此有“脑源于肾”一说。对此本研究观察组患者除了给予综合康复训练外,还加以通督调神、平衡阴阳针刺治疗。主穴包括百会、大椎、风府、水沟等穴位。百会为督脉、手足少阳经、足太阳膀胱经交会穴位,针刺之可醒脑开窍、提升阳气;大椎为手足三阳经脉气交会点,针刺之发挥调解六阳经脉气作用;风府为督脉、阳维脉、足太阳交会点,适

用于伤风、半身不遂等各种风证;水沟即人中,属于督脉、手足阳明经交会点,主要功效为开窍醒神。可见针刺督脉诸穴具有通督调神、调解阴阳、补益肾气功效,阴阳各经通络、肾气增多而上行,让元气充盛,生髓而填脑海,滋养元神以促进神经功能恢复<sup>[10]</sup>。现代医学研究表明针刺能有效改善患者血液流变学,加快局部脑组织血流速度,有利于脑组织细胞恢复。这是本研究观察组治疗4周后神经功能缺损恢复总有效率明显高于对照组的原因。

运动功能及语言功能方面,本研究结果显示相比单纯综合康复训练,联合通督调神、平衡阴阳针刺治疗能明显改善脑卒中患者运动功能及语言功能,原因可能包括:(1)除了选择水沟、大椎、百会、风府主穴发挥醒脑通神、平衡阴阳功效外,同时根据不同中医辨证选择配穴,对症干预以促进患者运动失语症症状改善;(2)针刺督脉诸穴能有效促进局部血液循环,促使脑血流量增多,有利于其功能恢复<sup>[11-12]</sup>;(3)针刺能有效促进脑电活动改善,刺激脑语言功能、运动功能恢复正常<sup>[13]</sup>。本研究结果显示两组治疗前HAMD评分均在8分以上,表示脑卒中患者存在抑郁症状,这与脑卒中后遗症(如偏瘫、失语)密切相关;观察组经通督调神、平衡阴阳针刺治疗后HAMD评分明显下降,表明针刺疗法能明显改善患者抑郁症状,除了与患者运动功能、语言功能改善有关外,针刺本身具有醒脑调神功效,最终显著提高患者日常生活活动能力,改善其生活质量。但由于脑卒中后遗症多且各有偏倚,为此针刺时须根据患者情况选择相应穴位,以对症用针。

综上所述,通督调神、平衡阴阳针刺法能明显改善脑卒中患者神经功能缺损症状,促进其运动及语

言功能恢复,同时能显著提高患者日常生活活动能力,最终改善患者生活质量。

#### 参考文献:

- [1] 刘华利,汪建英,陶英,等.中药熏洗对急性脑卒中患者肢体功能恢复疗效分析[J].西部医学,2011,23(9):1724-1725,1728.
- [2] 林强,陈安亮,程凯,等.针刺疗法对脑卒中患者的运动功能、平衡功能及日常生活活动能力的影响[J].中国康复医学杂志,2015,30(9):898-901,906.
- [3] 楚佳梅,包烨华,朱敏.天柱傍针刺结合平衡区电针对脑卒中患者站立平衡功能的影响[J].针刺研究,2015,40(6):474-478.
- [4] 李守刚,丁志进,周克,等.头、体针配合康复训练治疗脑卒中后遗症临床研究[J].实用临床医药杂志,2014,18(8):87-88,90.
- [5] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国脑血管疾病分类2015[J].中华神经科杂志,2017,50(3):168-171.
- [6] 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.
- [7] 中华医学会全国第4次脑血管病学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准[J].中华神经科杂志,1996,29(6):381.
- [8] 高素荣.失语症[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1993:137.
- [9] Dafer RM, Rao M, Shareef A, et al. Post-stroke depression[J]. Top Stroke Rehabil, 2008, 15(1): 13-21.
- [10] 周璐,谢辉,陈锐,等.牵张训练配合“平衡阴阳”电针法治疗脑卒中痉挛期足内翻的临床观察[J].湖南中医药大学学报,2013,33(11):90-92,97.
- [11] 张红岩,李佩芳.通督调神针刺法治疗缺血性脑卒中后痉挛性瘫痪的临床观察[J].四川中医,2012,30(9):123-125.
- [12] 祁玉军,沈娟.针刺结合康复训练治疗脑卒中后足下垂疗效观察[J].中国针灸,2016,36(7):679-682.
- [13] 王欣.针刺拮抗肌为主治疗脑卒中痉挛性瘫痪临床研究[J].国际中医中药杂志,2016,38(8):709-712.

(本文编辑 匡静之)