

文章编号: 1005-0957 (2024) 02-0124-05

· 专题研究 ·

头针久留针配合分期电针治疗卒中的疗效观察

贾湘芸, 陈蕾

(南充市中医医院, 南充 637000)

【摘要】 目的 观察头针久留针配合分期电针治疗卒中的临床疗效及其对患者神经功能、步行能力及肢体运动功能的影响。方法 将 88 例卒中患者随机分为治疗组和对照组, 每组 44 例。两组均予基础治疗, 治疗组采用头针久留针配合分期电针治疗, 对照组采用头针久留针配合常规电针治疗。比较两组治疗前后美国国立卫生院卒中量表(National Institutes of Health stroke scale, NIHSS)评分、神经功能缺损评分量表(neurological functional deficit scores, NFDS)评分、Holden 步行功能分类量表(Holden functional ambulation category, Holden-FAC)分级、Fugl-Meyer 运动功能评定量表评分及改良 Barthel 指数(modified Barthel index, MBI)评分的变化情况, 比较两组临床疗效。结果 两组治疗后 NIHSS 评分及 NFDS 评分较同组治疗前均显著下降, Fugl-Meyer 运动功能评定量表评分及 MBI 评分均显著上升, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组治疗后 NIHSS 评分及 NFDS 评分均明显低于对照组, Fugl-Meyer 运动功能评定量表评分及 MBI 评分明显高于对照组, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。两组治疗后 Holden-FAC 分级与同组治疗前比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组治疗后 Holden-FAC 分级与对照组比较, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组总有效率为 95.5%, 明显高于对照组的 72.7%, 两组比较差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论 在基础治疗上, 头针久留针配合分期电针治疗卒中疗效确切, 能改善患者神经功能、步行能力及肢体运动功能。

【关键词】 针刺疗法; 头针; 电针; 留针; 中风后遗症; 偏瘫; 神经功能; 肢体运动功能

【中图分类号】 R246.6 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2023.13.0018

Therapeutic observation of scalp acupuncture with sustained needle retaining combined with staged electroacupuncture for stroke JIA Xiangyun, CHEN Lei. Nanchong Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nanchong 637000, China

[Abstract] **Objective** To observe the clinical efficacy of scalp acupuncture with sustained needle retaining combined with staged electroacupuncture in treating stroke and its effects on the patient's neurological function, walking ability, and limb motor function. **Method** Eighty-eight stroke patients were randomized into a treatment group and a control group, with 44 cases in each group. Basic treatments were offered to both groups. The treatment group was prescribed scalp acupuncture with sustained needle retaining plus staged electroacupuncture, and the control group received scalp acupuncture with sustained needle retaining plus conventional electroacupuncture. Before and after the treatment, the National Institutes of Health stroke scale (NIHSS) score, neurological functional deficit scores (NFDS), Holden functional ambulation category scale (Holden-FAC) score, Fugl-Meyer assessment score of motor function, and modified Barthel index (MBI) score were compared. The clinical efficacy was also compared between the two groups. **Result** The two groups both had decreases in the NIHSS score and NFDS and increases in the Fugl-Meyer assessment and MBI scores after the treatment, showing statistical significance ($P < 0.05$). After the treatment, the NIHSS score and NFDS were lower in the treatment group than in the control group, and the Fugl-Meyer assessment and MBI scores were higher in the treatment group than in the control group, presenting statistical significance ($P < 0.05$). The Holden-FAC grading changed significantly in both groups after the treatment ($P < 0.05$).

作者简介: 贾湘芸(1983—), 女, 副主任医师, Email: 532556551@qq.com

and the between-group difference in the Holden-FAC grading was statistically significant ($P < 0.05$). The total effective rate was 95.5% in the treatment group, higher than 72.7% in the control group, and the between-group difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Based on the basic treatment, scalp acupuncture with sustained needle retaining plus staged electroacupuncture is effective in treating stroke; this approach can improve the patient's neurological function, walking ability, and limb motor function.

[Key words] Acupuncture therapy; Scalp acupuncture; Electroacupuncture; Needle retaining; Post-stroke sequelae; Hemiplegia; Neurological function; Limb motor function

卒中又称“中风”“脑血管意外”，是因脑部血管突然破裂或阻塞导致血液不能入脑而引起的急性脑血管疾病。该病主要包括脑出血、脑梗死及蛛网膜下腔出血等症型，具有高发病率、高死亡率和高致残率的特点^[1-2]。脑部血液循环障碍导致脑组织缺血、缺氧而出现一系列神经功能缺损综合征为该病基本病理机制。约 70% 卒中患者会出现运动功能障碍，而步行能力及肢体运动功能与患者日常生活息息相关，且口眼歪斜、肢体麻木、言语不利等神经功能损伤症状亦严重影响患者生活质量^[3-4]。卒中患者步行能力、肢体运动功能及神经功能的恢复一直是临床康复工作的重点。目前，西医主要运用神经营养药物及康复训练进行治疗，但

部分药物对患者可能产生程度不一的不良反应^[5]。本研究将西医 Brunstrom 分期理论与中医经络学说相结合，运用头针久留针配合分期电针对卒中患者进行治疗，观察其临床疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择 2019 年 8 月至 2020 年 8 月在南充市中医医院接受康复治疗的卒中患者 88 例，用随机数字表法分为治疗组和对照组，每组 44 例。两组患者性别、年龄、病程、卒中类型、发病部位及偏瘫部位比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。详见表 1 和表 2。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别/例		年龄/岁			病程/d			卒中类型/例	
		男	女	最小	最大	平均 ($\bar{x} \pm s$)	最短	最长	平均 ($\bar{x} \pm s$)	脑梗死	脑出血
治疗组	44	24	20	40	75	58 ± 7	35	53	44.47 ± 9.31	28	16
对照组	44	22	22	41	71	57 ± 7	36	54	45.23 ± 9.52	29	15

表 2 两组发病部位及偏瘫部位比较 单位:例

组别	例数	发病部位				偏瘫部位	
		基底节	丘脑	顶叶	额叶	左侧	右侧
治疗组	44	29	4	7	4	21	23
对照组	44	30	4	6	4	22	22

1.2 诊断标准

符合《各类脑血管疾病诊断要点(1995)》^[6]《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[7]中有关卒中的中西医相关诊断标准，并经 CT、MRI 等影像检查确诊；首次发病，且发病时间 1~3 个月；患者生命体征平稳，病情稳定；病变部位位于大脑一侧半球，且偏瘫存在一侧肢体；参考王一茸等^[8]的研究，将年龄范围设定在 40~75 岁(卒中发病高峰期)；患者拥有基本交流能力，无晕针反应，且签署知情同意书。

1.3 排除标准

非首次中风或病情加重者；因脑肿瘤、脑外伤等非

脑血管疾病而引发偏瘫者；急性期或严重昏迷者；发病前肢体残疾已存在瘫痪者；合并房颤、风湿性关节炎者；心脏、肾脏、肝脏合并严重器质性病变，或血液系统、免疫系统存在基础性疾病者。

2 治疗方法

2.1 基础治疗

两组均给予卒中 II 级预防，依据患者具体情况给予降压、改善循环、扩张血管、清除氧自由基、改善脑代谢、平衡电解质及营养神经等基础治疗。当患者生命体征平稳后，帮助患者进行肢体内旋、外伸、肌肉牵拉等训练；当患者肌力得到一定程度恢复后，可对其进行起坐、翻身、平衡等训练。以上训练每次 30 min，每日 1 次，共治疗 8 周。

2.2 治疗组

头针取脑部病灶侧运动区和足运感区。体针取穴

根据 Brunnstrom 分期, I ~ II 期(弛缓期)上肢取肩髃、曲池、手三里和外关穴,下肢取解溪、足三里、三阴交、丰隆、梁丘和髌关穴;III ~ IV 期(痉挛期)上肢取肩髃、臂臑、天井、手三里和外关穴,下肢取足三里、阳陵泉、梁丘、髌关和肘内翻穴(胫骨旁开 2 寸与外踝尖上 3 寸交界处)。穴位皮肤常规消毒后,采用华佗牌 0.25 mm × 40 mm 一次性毫针(苏州医疗用品厂有限公司生产)进行针刺,头针要求针身与皮肤表面呈 15° 角刺入,刺入深度由患者身材决定,运用捻转法行针,行针速度为 200 捻/min,行针时间为单次 10 min,分 3 次行针(共 30 min)。体针各穴针刺得气后,迟缓期取曲池与手三里穴及足三里与解溪穴,痉挛期取手三里和天井穴以及肘内翻和足三里穴连接电针治疗仪,采用疏波,频率 2 Hz,刺激强度与刺激时间以肌肉节律性收缩为宜。头针静留针 8 h,电针留针 30 min。每日 1 次,连续治疗 5 d 后休息 2 d,共治疗 8 周。

2.3 对照组

头针取穴、操作同治疗组。体针上肢取合谷、外关、手三里、手五里、曲池和肩髃穴,下肢取太冲、昆仑、解溪、三阴交、丰隆、足三里、梁丘、血海、风市和髌关穴。各穴针刺得气后,取曲池和手三里穴以及足三里和解溪穴连接电针治疗仪,采用疏波,频率 2 Hz,刺激强度与刺激时间以肌肉节律性收缩为宜,留针 30 min。每日 1 次,连续治疗 5 d 后休息 2 d,共治疗 8 周。

3 治疗效果

3.1 观察指标

3.1.1 神经功能

两组治疗前后分别采用美国国立卫生院卒中量表(National Institutes of Health stroke scale, NIHSS)和神经功能缺损评分量表(neurological functional deficit scores, NFDS)评估患者神经功能。NIHSS 共 15 个项目,总分 42 分,21~42 分代表重度卒中,15~20 分代表中-重度卒中,5~14 分代表中度卒中,1~4 分代表轻度卒中,0~1 分为正常或近乎正常。NFDS 共 7 个条目,总分 45 分,0~15 分为轻度神经缺损,16~30 分为中度神经缺损,31~45 分为重度神经缺损。

3.1.2 步行能力及肢体功能

两组治疗前后分别采用 Holden 步行功能分类量

表(Holden functional ambulation category, Holden-FAC)、Fugl-Meyer 运动功能评定量表评估患者步行能力及肢体功能。Holden-FAC 共分 6 个等级,患者步行安全性及稳定性越高则等级越高。Fugl-Meyer 量表下肢部分共 17 个条目,各条目采用 0~2 分的 3 级评分制,总分 34 分,得分与运动功能成正比。

3.1.3 生活能力

两组治疗前后分别采用改良 Barthel 指数(modified Barthel index, MBI)评估患者生活能力。MBI 量表共 10 个项目,各项目采用 1~5 分的 5 级评分制,独立能力与评分成正比。

3.2 疗效标准^[9]

痊愈:肢体功能恢复,生活可以自理。

显效:肢体功能改善明显,生活基本独立,可提一般重量物品。

有效:肌力增加 2 级,肢体功能有所提升。

无效:各项症状均未改善。

3.3 统计学方法

所有数据采用 SPSS22.0 软件进行统计分析。符合正态分布的计量资料以均数 ± 标准差表示,比较采用独立样本 *t* 检验或重复测量方差分析;计数资料以百分率表示,比较采用卡方检验;等级资料比较采用 Mann-Whitney 检验。以 *P* < 0.05 表示差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 两组治疗前后 NIHSS 评分及 NFDS 评分比较

由表 3 可见,两组治疗前 NIHSS 评分及 NFDS 评分比较,差异均无统计学意义(*P* > 0.05)。两组治疗后 NIHSS 评分及 NFDS 评分较同组治疗前均显著下降,差异均具有统计学意义(*P* < 0.05)。治疗组治疗后 NIHSS 评分及 NFDS 评分均明显低于对照组,差异均具有统计学意义(*P* < 0.05)。

表 3 两组治疗前后 NIHSS 评分及 NFDS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

		单位:分		
组别	例数	时间	NIHSS 评分	NFDS 评分
治疗组	44	治疗前	14.44 ± 2.24	18.58 ± 3.60
		治疗后	8.51 ± 1.12 ¹⁾²⁾	9.03 ± 1.52 ¹⁾²⁾
对照组	44	治疗前	13.99 ± 2.02	17.23 ± 3.55
		治疗后	10.62 ± 1.25 ¹⁾	12.85 ± 2.06 ¹⁾

注:与同组治疗前比较 ¹⁾ *P* < 0.05;与对照组比较 ²⁾ *P* < 0.05。

3.4.2 两组治疗前后 Holden-FAC 分级比较

由表 4 可见, 两组治疗前 Holden-FAC 分级比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。两组治疗后 Holden-FAC 分级与同组治疗前比较, 差异均具有统计学意义 ($P<0.05$)。治疗组治疗后 Holden-FAC 分级与对照组比较, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。

3.4.3 两组治疗前后 Fugl-Meyer 运动功能评定量表评分比较

由表 5 可见, 两组治疗前 Fugl-Meyer 运动功能评定量表评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。两组治疗后 Fugl-Meyer 运动功能评定量表评分较同组治疗前均显著上升, 差异均具有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 4 两组治疗前后 Holden-FAC 分级比较

单位: 例

组别	例数	时间	0 级	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
治疗组	44	治疗前	9	15	6	14	0	0
		治疗后	1	1	2	10	20	10
对照组	44	治疗前	10	14	7	13	0	0
		治疗后	3	6	8	15	10	2

表 5 两组治疗前后 Fugl-Meyer 运动功能评定量表评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

单位: 分

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	44	13.83±1.63	28.48±2.54 ¹⁾²⁾
对照组	44	13.16±1.13	23.15±2.02 ¹⁾

注: 与同组治疗前比较 ¹⁾ $P<0.05$; 与对照组比较 ²⁾ $P<0.05$ 。

表 6 两组治疗前后 MBI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

单位: 分

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	44	39.86±7.30	65.53±8.75 ¹⁾²⁾
对照组	44	37.42±8.62	56.71±6.53 ¹⁾

注: 与同组治疗前比较 ¹⁾ $P<0.05$; 与对照组比较 ²⁾ $P<0.05$ 。

表 7 两组临床疗效比较

单位: 例

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	44	15	15	12	2	95.5 ¹⁾
对照组	44	9	10	13	12	72.7

注: 与对照组比较 ¹⁾ $P<0.05$ 。

4 讨论

卒中是一种急性脑血管疾病, 多发于 40 岁以上中

治疗组治疗后 Fugl-Meyer 运动功能评定量表评分明显高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。

3.4.4 两组治疗前后 MBI 评分比较

由表 6 可见, 两组治疗前 MBI 评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。两组治疗后 MBI 评分较同组治疗前均显著上升, 差异均具有统计学意义 ($P<0.05$)。治疗组治疗后 MBI 评分明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

3.4.5 两组临床疗效比较

由表 7 可见, 治疗组总有效率为 95.5%, 明显高于对照组的 72.7%, 两组比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。

老年男性人群^[10]。颈动脉外伤和狭窄, 或椎动脉硬化、增生、肥厚等血管病理性改变造成脑部血液循环障碍, 神经细胞因缺血和缺氧而发生变性、坏死、软化及萎缩是本病基本病理机制^[11-12]。西医治疗主要是建立侧支循环, 以控制颅内压、血压、血糖、抗凝、抗感染等方法为主^[13-14]。但部分患者急性期之后, 会出现肢体运动功能障碍等后遗症, 严重影响患者的生活质量^[15]。卒中属中医学“中风”范畴, “虚邪偏客于身”便会发为“偏枯”而出现一侧肢体偏废不用。“头者, 精明之府”“首为诸阳之会, 百脉之窍”, 说明脑为生命枢机, 主宰生命活动^[16]。临床表现在步行、运动及神经功能障碍, 但中医学治疗卒中多以头部穴位为核心。

头针可化瘀通络、醒脑开窍, 加速侧支循环建立及抑制神经细胞凋亡^[17-18]。头针联合镜像视觉反馈训练治疗卒中后认知功能障碍能较好地改善认知功能, 提示针刺头穴治疗卒中可改善预后^[19]。头针久留针是将普通留针时间延长至 6~24 h。分期电针是以 Brunstrom 分期理论为基础, 分为 I~II 期(弛缓期)、III~IV 期(痉挛期)和 V~VI 期(运动分离期及后遗症期)。分期电针联合头针久留针治疗可提升卒中患者下肢运动功能、步行能力和生活能力^[20]。与本研究结果一致。

本研究结果显示, 头针久留针配合分期电针治疗

可改善卒中患者的神经功能、肢体能力、步行能力及生活能力,提高总有效率。可能是因为延长了留针时间,更能激发经气,提高神经冲动敏感性,加强局部血液循环;分期电针则能促进肌力恢复及提高瘫痪肌肉张力。在本研究中,针刺足三里与手三里穴可调和阴阳,通利关节,通络止痉;同时联合针刺内翻可纠正内翻等异常步态;再配合电针的疏波刺激可提高肌肉韧带张力。此外,分期治疗使治疗更具有针对性,有利于肢体运动功能及神经功能恢复。

综上所述,头针久留针配合分期电针治疗卒中疗效确切,能改善患者神经功能、步行能力及肢体运动功能,明显优于常规针刺治疗。

参考文献

- [1] 辛玉甫, 张晓鸽, 赵智伟, 等. 本体感觉神经肌肉促进疗法对脑卒中患者日常生活活动能力、平衡功能和步行能力的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2020, 42(12): 1071-1074.
- [2] 许荣梅, 张军鹏, 张雁儒, 等. PNF 拉伸训练联合穴位按摩对脑卒中偏瘫患者上肢功能恢复的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2021, 43(1): 34-36.
- [3] 韩茜茜, 徐宁, 王秀秀, 等. 强制性运动疗法联合重复经颅磁刺激对脑卒中患者上肢运动功能的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2020, 42(12): 1067-1071.
- [4] 荆静, 马艳平, 刘万林, 等. 正中神经电刺激治疗脑卒中后认知障碍的康复疗效及机制探讨[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2020, 42(3): 215-220.
- [5] 刘兰兰, 宋曼萍, 耿翊宁. 焦氏头针联合薄氏腹针对老年脑卒中患者 FMA 评分及平衡功能的影响[J]. 中国老年学杂志, 2020, 40(7): 1385-1387.
- [6] 各类脑血管疾病诊断要点(1995) [J]. 临床和实验医学杂志, 2013, 12(7): 559.
- [7] 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.
- [8] 王一茸, 蔡伟聪, 彭绩, 等. 深圳市 2008—2018 年脑卒中发病情况及其变化趋势[J]. 中华疾病控制杂志, 2021, 25(10): 1231-1234.
- [9] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 24.
- [10] 韩晴, 徐宁, 刘浩, 等. 基于 PETTLEP 模型的运动想象疗法对脑卒中患者下肢运动, 平衡与步行功能的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2021, 43(4): 336-339.
- [11] 张恺, 凌文杰. 综合康复干预对脑卒中偏瘫患者肢体功能恢复的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2020, 42(3): 249-251.
- [12] 张英, 廖维靖, 邹凡, 等. 功能性电刺激循环运动联合低频重复经颅磁刺激对脑卒中恢复后期患者上肢功能恢复的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2021, 43(2): 127-130.
- [13] 曾明, 马静梅, 顾旭东, 等. 吞咽动作观察疗法对脑卒中患者吞咽功能和功能性磁共振成像的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2021, 43(2): 116-121.
- [14] 张永祥, 邢波, 王强, 等. 静息态功能性磁共振成像下观察镜像疗法与动作观察疗法对脑卒中患者大脑可塑性的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2021, 43(4): 332-335.
- [15] 周敏亚, 俞坤强, 吴李秀, 等. 功能导向性训练对恢复期脑卒中患者平衡功能和日常生活活动能力的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2021, 43(4): 327-331.
- [16] 苏婷婷, 黄倩倩, 金韵, 等. 功能性电刺激同步踝足矫形器步态训练对脑卒中患者步行功能的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2020, 42(11): 1006-1010.
- [17] 崔志慧, 任惠明, 郭旭, 等. 躯干核心肌群肌内效贴联合常规康复治疗对脑卒中偏瘫患者下肢功能恢复的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2020, 42(1): 63-65.
- [18] 王中莉, 姚云海, 宫本明, 等. 重复经颅磁刺激对脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能及脑干听觉诱发电位的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2020, 42(5): 407-412.
- [19] 茅慧雯, 李艳, 陈妍, 等. 头皮针联合镜像视觉反馈训练治疗脑卒中后认知功能障碍[J]. 国际老年医学杂志, 2021, 42(6): 346-349.
- [20] 李丹丹, 王明选, 沈小程. 分期电针联合头穴久留针治疗对急性缺血性脑卒中患者下肢运动功能的影响[J]. 四川中医, 2021, 39(1): 191-193.

收稿日期2023-05-03