

# 醒脑开窍针刺法联合股直肌神经入肌点推拿点按疗法 治疗中风后偏瘫的临床效果

黄舒碧

常德市第一中医医院 湖南 常德 415000

**摘要**：目的：探析醒脑开窍针刺法联合股直肌神经入肌点推拿点按疗法治疗中风后偏瘫的临床效果。方法：从2022年01月到2024年05月间，在我院住院治疗的，病发为中风后偏瘫的患者中，筛选出104例，用抽签法的方式，分成对照组和研究组，52例/组。对照组接受常规治疗，而研究组则基于对照组，加用醒脑开窍针刺法联合股直肌神经入肌点推拿点按疗法，就两组的治疗总有效率、运动功能康复指标、神经功能康复指标和日常生活能力展开比较。结果：与对照组相比，研究组的治疗总有效率、上肢和下肢的FMA评分、ASIA、AEMG、ADL评分更高，NIHSS得分更低（ $P < 0.05$ ）。结论：在中风后偏瘫的患者中，应用醒脑开窍针刺法联合股直肌神经入肌点推拿点按疗法可取得令人满意的效果，可以促进神经功能的恢复，改善运动功能，进而提升生活自理能力，建议临床推广。

**关键词**：醒脑开窍针刺法；股直肌神经入肌点推拿点按疗法；中风；偏瘫；效果

中风又称为脑卒中，是临床常见的急性的脑血管的疾病，具有起病急、进展快、病情重等特点，如果没有及时治疗，可直接造成患者的死亡。在医疗技术高速发展的今天，该病的病死率已经大幅度的下降，但即便是经过治疗，仍有部分患者由于神经细胞的受损，而遗留偏瘫，患者的生活自理能力下降，增加了家庭的负担。因此，针对此类患者，寻找积极、有效的干预措施，恢复正常的自理能力，是当前临床亟需解决的问题。营养神经药物、功能锻炼等方式是以往临床治疗该病的主要手段<sup>[1]</sup>，虽然有一定的效果，但还不能到达让患者和家属十分满意的程度。随着中医特色技术的逐渐普及，使用该方法治疗取收获了较好的效果，能较好地修复神经功能，促进运动功能的康复<sup>[2]</sup>。为研究醒脑开窍针刺法+股直肌神经入肌点推拿点按疗法联合治疗的临床效果，本文择取104例中风后发生偏瘫的患者展开观察，如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 基线资料

本次研究纳入患者的数量是104例，均取自2022.01~2024.05，纳入的对象是在我院住院治疗的，中风后发生偏瘫的患者。将所有的患者，分成对照组和研究组（方法：抽签法、数量：1:1），对照组纳入52例，其中男性38例、女性14例，年龄的区间54-79岁、平均年龄结果（ $63.28 \pm 5.04$ ）岁，病程的范围在1-3个月以内、平均病程结果（ $2.07 \pm 0.16$ ）个月，左侧偏瘫24例、右侧偏瘫28例；研究组的例数与对照组相同，男女分别是37例、15例，年龄的区间是52-78岁、年龄的平均值是（ $63.05 \pm 5.01$ ）岁，病程范围不超出1-3个月的范围、病程的平均结果是（ $2.04 \pm 0.15$ ）个月，左侧偏瘫23例、右侧偏瘫29例。对比两组患者的基线资料，差异不明显（ $P > 0.05$ ），可比。纳入标准：（1）首次发病，且符合脑卒中的诊断标准<sup>[3]</sup>；（2）CT、MRI等检查后证实为中风；（3）病后一侧的肢体

出现瘫痪；（4）临床收集到的资料完整。排除标准：（1）并发有认知功能障碍；（2）蛛网膜下腔出血，接受开颅手术；（3）可逆性局部神经功能缺损、短暂性脑缺血；（4）颅部肿瘤、外伤等疾病引发的中风；（5）合并其他重要脏器的原发病；（6）精神类疾病；（7）免疫、血液系统疾病。

### 1.2 方法

对照组实施常规的治疗手段，即西药、康复训练。研究组基于对照组，使用醒脑开窍针刺法联合股直肌神经入肌点推拿点按疗法。（1）醒脑开窍针刺法：主穴选择内关穴、三阴交穴、水沟穴，辅穴是极泉穴、委中穴、尺泽穴，治疗时患者处于仰卧位，在水沟穴实施斜刺，其余的穴位行直刺，得气后行提插补法，留针时间是30min，每日行1次。（2）股直肌的神经入肌点的推拿点按疗法：患者保持在仰卧位，医师先寻找股直肌神经的入肌点的准确位置，把髂前上棘当作是起点，髌骨上缘的中点处当作是止点，在两点之间作直线，随后分成5个等分，在距离髂前上棘端的第2-3段中，找到目标的位置，用大拇指的桡侧指间关节，进行点按，操作按照《推拿学》的手法进行，1次30min，1日1次，点按的强度以患者能耐受为宜。4周1个疗程，两组均连续治疗2个疗程。

### 1.3 观察指标

1.3.1 比较两组的临床疗效：治疗1个疗程后进行评价，等级分成基本痊愈[美国国立卫生院的神经功能缺损评分(NIHSS评分)降分:90%-100%，病残程度:0级]、显著好转(NIHSS评分降低:46%-<90%，病残程度:1-3级)、好转(NIHSS评分减少:18%-<46%)、无变化(NIHSS评分的结果降低、上升:<18%)、恶化(NIHSS评分的结果上升: $\geq 18\%$ )，治疗的总有效率 =  $\frac{\text{基本痊愈} + \text{显著好转} + \text{好转}}{\text{本组总例数}} * 100\%$ 。

1.3.2 比较两组的运动功能康复情况：康复指标

分为运动功能评分量表、肢体运动功能情况，评价时间是治疗前、治疗后，其中运动功能评分量表由美国脊髓损伤协会（ASIA）拟定，主要评价部位是对5组双侧下肢的关键肌群，使用徒手肌力测评，满分是50分，得分越高，运动的功能越好。肢体运动功能情况：用《简化Fugl-meyer运动评分量表》（FMA）评价，上肢、下肢分别是0-66分、0-34分，得分越高、肢体的功能越好。

1.3.3 比较两组的神经功能康复情况：包括神经功能缺损评分、股直肌平均肌电值（AEMG），其中神经功能缺损情况的评价量表使用NIHSS评分，评价项目有10项，评价时间：治疗前、治疗结束之后的24h内，总体的评分范围是0-42分，得分越高，神经功能的缺损程度越重。AEMG的测量用表面肌电仪（德长医疗、UMI-SE-I）进行，检查时，患者处于平卧的状态，将下肢充分地暴露出来，对皮肤展开消毒之后，在股直肌的肌腹处贴上电极片，叮嘱患者行屈膝、伸膝动作，同时测量AEMG，测量时间分别是治疗前、治疗结束后，并进行记录。

1.3.4 比较两组的日常生活能力：使用《日常生活活动能力评定量表》（ADL评分）评价患者的生活质量，评价时间是治疗前、治疗后的24h以内，量表共有10

个项目，总分是0-100分，得分越高、生活的质量越好。

#### 1.4 统计学处理

统计学处理的软件是SPSS 24.0，计量、计数结果的表达方式是“ $\bar{x} \pm s$ ”、“%”，检验方法用t值检验、 $\chi^2$ 检验；结果 $P < 0.05$ 表示对比的结果有统计学层面的意义。

## 2 结果

### 2.1 比较两组的临床疗效

研究组的治疗总有效率高于对照组（ $P < 0.05$ ）。详情见表1：

### 2.2 比较两组的运动功能康复情况

两组治疗前的ASIA评分及上肢、下肢的FMA评分的结果比较，均未表现出明显的差异性（ $P > 0.05$ ），治疗后治疗组的上述评分结果均高于对照组同期的数值（ $P < 0.05$ ）。详见表2：

### 2.3 比较两组的神经功能康复情况

两组治疗前的NIHSS评分、AEMG的结果比较，均未表现出明显的差异性（ $P > 0.05$ ），与对照组治疗后的数值相比，治疗组治疗后的NIHSS评分明显偏低，AEMG明显上升（ $P < 0.05$ ）。详见表3：

### 2.4 比较两组的ADL评分

表1：比较两组的临床疗效 [n(%)]

| 组别       | 例数 | 基本痊愈      | 显著好转      | 好转        | 无变化      | 恶化      | 总有效       |
|----------|----|-----------|-----------|-----------|----------|---------|-----------|
| 研究组      | 52 | 16(30.77) | 21(40.38) | 13(25.00) | 2(3.85)  | 0(0.00) | 50(96.15) |
| 对照组      | 52 | 7(13.46)  | 17(32.69) | 19(36.54) | 8(15.38) | 1(1.92) | 43(82.69) |
| $\chi^2$ | -  | -         | -         | -         | -        | -       | 4.981     |
| P        | -  | -         | -         | -         | -        | -       | 0.026     |

表2：比较两组的运动功能康复情况（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

| 组别  | 例数 | ASIA 评分    |            | 上肢 FMA 评分  |            | 下肢 FMA 评分  |            |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|     |    | 治疗前        | 治疗后        | 治疗前        | 治疗后        | 治疗前        | 治疗后        |
| 治疗组 | 52 | 25.73±2.24 | 38.26±3.49 | 35.51±3.22 | 47.82±4.45 | 13.24±1.19 | 24.67±2.13 |
| 对照组 | 52 | 25.59±2.22 | 32.43±2.91 | 35.39±3.20 | 43.79±3.04 | 13.39±1.22 | 20.24±1.99 |
| t   | -  | 0.320      | 9.252      | 0.191      | 5.392      | 0.635      | 10.959     |
| P   | -  | 0.750      | 0.000      | 0.849      | 0.000      | 0.527      | 0.000      |

表3：比较两组的运动功能康复情况（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

| 组别  | 例数 | NIHSS 评分   |            | AEMG       |            |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|
|     |    | 治疗前        | 治疗后        | 治疗前        | 治疗后        |
| 治疗组 | 52 | 20.41±1.70 | 9.18±0.88  | 38.49±3.51 | 78.13±7.48 |
| 对照组 | 52 | 20.33±1.68 | 12.05±1.07 | 38.35±3.48 | 71.60±6.83 |
| t   | -  | 0.241      | 14.939     | 0.204      | 4.649      |
| P   | -  | 0.810      | 0.000      | 0.839      | 0.000      |

两组治疗前的ADL评分的结果比较,均衡性比较好( $P > 0.05$ ),治疗后,治疗组的得分结果比对照组的同期有明显上升( $P < 0.05$ )。详见表4:

表4: 对比两组的ADL评分( $\bar{x} \pm s$ ,分)

| 组别  | 例数 | 治疗前        | 治疗后        |
|-----|----|------------|------------|
| 治疗组 | 52 | 41.25±3.89 | 70.82±6.75 |
| 对照组 | 52 | 41.37±3.92 | 64.19±6.08 |
| t   | -  | 0.157      | 5.263      |
| P   | -  | 0.876      | 0.000      |

### 3 讨论

中风是脑部的供血异常,脑组织缺血、缺氧,导致的脑细胞坏死的疾病,一般可分为缺血性、出血性,在发病之后,由于患者的中枢神经的功能发生损伤,影响到脑部神经对运动功能的控制,故而出现偏瘫,患者的自理能力下降,进而造成家庭的生活质量也有所下降。因此,针对中风后发生偏瘫的患者,应该以修复神经的损伤、加强运动的能力的恢复为主。以往,西药与康复训练相结合的方式使用后,收获的效果一直有限。中医理论认为,中风后发生的偏瘫应该纳入到“痿症”、“筋病”等范畴,病因是痰、瘀,脾胃虚弱,水液失运,故

生痰湿;血瘀气机不畅,大脑失去濡养,发为偏瘫,治以开窍醒脑、活血化瘀、疏通经络<sup>[4]</sup>。

本次研究显示,和对照组的结果相比,研究组的治疗的总有效率、ASIA、AEMG、ADL、FMA评分都更高,NIHSS评分更低( $P < 0.05$ )。提示应用醒脑开窍针刺法联合股直肌神经入肌点推拿点按疗法在治疗中风后偏瘫患者中的效果更佳,患者的神经修复质量更高,促进了肢体的运动功能、生活能力的康复。主要原因醒脑开窍针刺中所选的内关穴能疏通筋脉、三阴交穴能安神、水沟穴醒神开窍、极泉穴活血通络、委中穴舒筋通络、尺泽穴舒筋止痛<sup>[5]</sup>,诸穴共用可以有效地调气活血、醒脑开窍、疏通经络,对改善患者的肌力,恢复肢体功能具有积极的作用。股直肌神经入肌点的推拿点按疗法则是把推拿中的点按法,作用到股直肌的神经入肌点的部位,可以有效地恢复神经对股直肌的支配,使股直肌的感觉、运动能力都得到明显的提高<sup>[6]</sup>。两者合用能发挥出协同增效的作用,同时作用于中枢神经系统、周围神经系统,大大提升了康复效果。

综上所述,在中风后发生偏瘫的患者之中,应用醒脑开窍针刺法与股直肌神经入肌点的推拿点按联合的方法后,可得到确切的效果,可以加强神经功能的修复,从而改善肢体的功能、生活的能力,建议采纳。

### 参考文献:

[1] 朱会斌,刘志华,陈豪,等.补阳还五汤联合醒脑开窍针刺对中风偏瘫患者认知功能和肢体功能的影响[J].中医学报,2024,39(08):1776-1780.

[2] 杨勇,邢英茹,田飞,等.温针灸配合股直肌神经入肌点推拿点按疗法对中风偏瘫患者下肢运动功能障碍和生活质量的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(13):82-86.

[3] 邵金徽,马进.针灸推拿治疗中风偏瘫的研究[J].医学理论与实践,2023,36(02):213-215.

[4] 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.中国各类主要脑血管病诊断要点

2019[J].中华神经科杂志,2019,52(9):710-715.

[5] 吴霞,王寅.醒脑开窍针刺法联合补阳还五汤治疗中风偏瘫的临床效果及对患者脑血流状态、神经及运动功能的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(14):121-125.

[6] 熊国平.醒脑开窍针刺法联合康复训练治疗中风偏瘫临床观察[J].实用中医药杂志,2023,39(06):1208-1210.

[7] 李子康,张静,陈彩容.中风后偏瘫患者行针灸推拿联合康复训练治疗的效果分析[J].中外医疗,2023,42(10):189-193+198.