

早期针刺疗法在脑卒中偏瘫患者运动功能康复中的应用

虞美慧¹, 何园园²

(1. 浙江省温州市中心医院, 浙江 温州 325000; 2. 温州医科大学附属第二医院, 浙江 温州 325003)

脑卒中是一种发病率高、致残率高的疾病, 严重威胁着人类的生命与健康, 我国每年脑血管疾病新发患者数为 130 万 ~ 150 万, 死亡近 100 万, 存活的患者为 500 万 ~ 600 万^[1], 其中多数丧失劳动能力。有研究^[2]表明, 在脑卒中存活的患者中, 积极的康复治疗可使 90% 的患者恢复步行和生活自理能力, 并且康复治疗越早, 功能恢复越好。本文报道对 100 例脑卒中偏瘫患者用早期针刺疗法进行康复治疗的效果。

1 对象与方法

1.1 对象选择

2012 年 1 月至 12 月, 在浙江省温州市中心医院

康复科住院治疗的脑卒中患者 100 例。入选标准: ①入院时经 MRI 或 CT 确诊为脑梗死或脑出血, 意识清醒, 愿交流合作; ②首次发病年龄 34 ~ 82 岁, 存在明显的偏瘫肢体运动功能障碍。患者生命体征稳定, 无严重合并症, 如心肌梗死、心力衰竭、肝肾功能不全、消化道出血、重度痴呆等, 均在发病后及时接受神经科常规药物治疗。患者知情同意。排除针刺禁忌证(如局部水疱、皮肤破损等)。按同一时期住院先后顺序编号, 单号分至针刺 1 组, 双号分至针刺 2 组, 每组各 50 例。两组比较, 除针刺 1 组病程较针刺 2 组长外($t=2.71, P<0.05$), 其余一般资料差异无统计学意义($P>0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者一般资料

组别	例数	性别		年龄 (岁)	发病类型		偏瘫肢体		病程 (d)
		男(例)	女(例)		脑梗死(例)	脑出血(例)	左(例)	右(例)	
针刺 1 组	50	32	18	63 ± 2.8	34	16	28	22	14.2 ± 3.3
针刺 2 组	50	30	20	62 ± 5.7	31	19	26	24	12.2 ± 4.2

1.2 治疗方法

患者生命体征平稳、意识清楚、神经系统症状不再进展 48 h 后进行康复训练。在此基础上针刺 1 组在发病 14 d 内开始进行针刺治疗, 针刺 2 组在发病 15 ~ 30 d 内开始进行针刺治疗及护理。

1.2.1 常规康复治疗 首先依据 Brunnstrom 偏瘫功能恢复分期及评定标准, 评定患者所属的分期, 制定训练内容包括正确的卧位、坐位、床上活动、床与轮椅之间的转移, 患侧下肢负重、站立运动、站立训练, 患侧下肢选择性运动活动、坐位和立位平衡反应再学习, 步行功能再学习。两组患者均由专业治疗师进行一对一康复治疗, 每天 1 次, 每次 45 min, 1 个月为一疗程。两组均接受以 Bobath 技术为主的神经肌肉促进技术和运动再学习疗法, 具体应用反射抑制模式、控制关键点、本体感觉和皮肤感觉刺激等治疗训练。

1.2.2 针刺疗法 局部皮肤消毒后选用 30 号 1.5 寸不锈钢毫针进行针刺治疗, 软瘫期取穴以传统三阴经配穴法为主, 施捻转手法, 以患者感局部酸、麻、胀、重至整个肢体为度。健、患侧穴位交替针刺, 上肢取肩髃、曲池、外关、合谷; 下肢取环跳、脾关、伏兔、足三里、丰隆、悬钟、解溪等穴。

痉挛期以针刺夹脊穴为主, 患者取俯卧位或侧卧位, 针尖朝向脊柱方向, 进针倾斜 30° ~ 45°, 治疗每天 1 次, 每次 30 min, 10 天为一疗程, 休息 1 ~ 2 天后, 进行下一疗程, 3 个疗程结束后进行疗效评定。

1.3 康复效果评定

采用 Fugl - Meyer 运动功能评分 (Fugl - Meyer Assessment, FMA) 评定运动功能; 用改良 Barthel 指数 (Modified Barthel Index, MBI) 评定日常生活活动能力。康复治疗前评定 1 次, 治疗 6 周后再评定 1 次, 所有评定均由主管医师、康复治疗师和责任护士共同评价, 记录关节疼痛、肢体活动情况。

作者简介: 虞美慧 (1979—), 女, 主管护师, 学士。

1.4 统计学分析

两组间计量资料比较采用两独立样本 t 检验, 治疗前后比较采用成组 t 检验, 计数资料比较采用两独立样本率的卡方检验, 所有数据均采用 SPSS 17.0 软件进行统计学处理。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后运动功能评分比较

两组患者治疗后与治疗前比较, 上、下肢运动功能评分(FMA)有明显提高, 差异均有统计学意义($t = 2.473, t = 2.561, P$ 均 < 0.05 ; $t = 2.932, t = 3.015, P$ 均 < 0.05)。与针刺2组比较, 针刺1组治疗后上、下肢运动功能评分有明显提高, 差异均有统计学意义($t = 3.092, t = 2.992, P$ 均 < 0.05), 见表2。

表2 两组患者治疗前后运动功能评分($n = 50, \bar{x} \pm s$)

组别	运动功能	治疗前	治疗后
针刺1组	上肢	28.52 ± 7.52	38.66 ± 7.34
	下肢	18.17 ± 6.13	27.48 ± 5.41
针刺2组	上肢	29.86 ± 7.24	35.04 ± 4.25
	下肢	19.69 ± 4.21	23.32 ± 5.95

2.2 两组治疗前后 MBI 比较

针刺1组治疗前为 81.6 ± 7.6 , 治疗后为 95.1 ± 6.5 , 差异有统计学意义($t = 2.226, P < 0.05$); 针刺2组治疗前为 82.3 ± 6.9 , 治疗后为 91.3 ± 5.3 , 差异有统计学意义($t = 2.792, P < 0.05$)。针刺1组与2组比较, 治疗后 MBI 差异有统计学意义($t = 2.046, P < 0.05$)。

3 讨论

脑损伤后神经系统会发生适应性改变, 这依赖于自身对运动的体验^[3]。康复治疗可通过感觉输入刺激和反复学习强化等手段促进运动反应出现, 从而改善运动功能。患者如经过有效的治疗, 可重新掌握正确的运动模式, 这种积极的适应性改变称为脑的功能性重组。早期康复治疗可以加速患者脑侧支循环的建立, 促进病灶周围组织或健侧脑细胞的重组或代偿, 极大地发挥脑的可塑性^[3]。如同时早期应用针刺疗法对脑卒中患者进行干预, 能显著提高其日常生活能力及运动功能^[4-5]。并通过高级神经中枢的调整, 加速其功能重建和恢复。Zhang 等^[6]研究表明,

针刺结合康复训练对脑卒中患者早期神经功能损伤的改善作用及 MBI 的提高明显优于单纯康复治疗。本研究两组患者在3个疗程后 FMA 与 MBI 均明显高于治疗前($P < 0.05$)。

脑卒中康复的治疗应遵循疾病的发展规律, 分期治疗^[7], 本研究中无论功能康复训练还是针刺治疗, 均遵循了这个原则。脑卒中偏瘫的软瘫期相当于中医的“萎症”, 气血衰少, 肢体运动功能难以恢复。《内经》云: 治萎独取阳明, 故在软瘫期的治疗以手足阳明经穴为主, 鼓动肢体气血, 则易于肢体运动功能的恢复。而在痉挛期, 患者主要表现为上肢屈肌痉挛, 下肢伸肌痉挛的特征, 严重影响肢体的协调运动。其中医病机主要为肝肾阴虚、筋脉失养、阴阳失衡, 治疗关键是调和阴阳。夹脊穴位于督脉与膀胱经之间, 督脉与膀胱经皆挟脊而行。督脉有总督一身之阳气, 络一身之阴气, 调和阴阳, 调畅全身气血之功能, 对于调节五脏六腑之阴阳平衡有着重要作用。

脑卒中发病后应尽早介入针刺治疗, 与康复训练相结合, 从而提高脑卒中偏瘫患者的康复疗效。

4 参考文献

- [1] 张扬, 王亮. 青年缺血性脑卒中病因与危险因素的研究进展[J]. 中华脑血管病杂志, 2009, 3(4): 178-180.
- [2] 张小丽, 汪凤兰, 陈颖, 等. 系统康复护理干预方法对急性脑卒中患者运动功能的影响[J]. 中国老年学杂志, 2001, 31(6): 2219.
- [3] Cauraugh JH, Summers JJ. Neural plasticity and bilateral movements: a rehabilitation approach for chronic stroke[J]. Prog Neurobiol, 2005, 75(5): 309-320.
- [4] 王中华. 早期电针疗法对急性脑出血患者运动功能恢复的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(6): 554-555.
- [5] 刘洪慧, 张辉, 张学仕, 等. 脑卒中后早期应用电针治疗对偏瘫患者上肢运动功能的影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2009, 11(7): 157-158.
- [6] Zhang NX, Huang TQ, Liu GZ, et al. Effect of acupuncture and rehabilitation training on Barthel index in early-stage of stroke cases[J]. J Acupunct Tuina Sci, 2009, 7(3): 143-146.
- [7] 黄如训. 脑卒中康复治疗的基本观点和实施[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(6): 543-544.

(收稿日期: 2013-10-28)