

针刺配合早期运动疗法在脑卒中偏瘫肢体恢复中的效应

陈增力¹ 李新营¹ 齐 鹏¹ 齐国威¹

1 对象与方法

1.1 对象

入选病例全部为本院神经内科病房收治的脑卒中患者。并经CT或MRI确诊为脑梗死或脑出血,均为首次发病。脑梗死患者早期介入电针及运动疗法。脑出血患者病情需稳定后接受治疗。随机分为两组,治疗组运用针刺配合运动疗法治疗(90例),其中男52例,女38例;年龄45—70岁;脑梗死62例,脑出血28例。对照组运用针刺治疗(90例),其中男50例,女40例;年龄50—72岁,其中脑梗死68例,脑出血22例。两组患者的性别、年龄、病程、日常生活能力评分经统计学分析差异无显著性($P>0.05$)。治疗前后均进行肢体运动功能及ADL评价。

1.2 方法

针刺治疗:主要采用电针配头针。头针首选足运感区、运动区;电针分为两期:弛缓期选取阳明经穴为主;外关、合谷、手三里、曲池、肩髃、足三里、丰隆、太冲、解溪等。痉挛期分为只屈不伸和只伸不屈,前者属“阳缓而阴急”,选穴:外关、后溪、曲池、合谷、阳陵泉、昆仑;后者为“阴缓而阳急”,选穴:尺泽、内关、太陵、劳宫、阴陵泉、三阴交、太溪。辩证加减:肝阳暴亢配风池、太冲,痰热腑实者配丰隆、天枢,气虚血瘀者配百会、血海、气海,阴虚阳亢者配太溪、太冲,参照脑卒中病辩证分型标准^[1]。针刺得气后接G6805电针仪,采用断续波,强度以耐受为度。1次/每日,40min/每次,10d为1疗程,连续治疗4个疗程。

运动疗法分为被动运动和主动运动两种。被动运动:①患肢摆放良肢位,患侧肩部下方置枕,肘伸展,腕背伸,手指伸直,患侧下肢伸展,大腿外侧置枕以防外旋,同时防止诱发和加重伸肌痉挛;②患肢由枕头在前方垫起上举100°,肘伸展位,医生与患者肢体由上而下行肩关节后旋、前旋,掌指及指间关节挤压、屈伸,下肢屈髋、屈膝;③定期复换位体,一般1次/1h,关节被动活动有近向远端,3—4次/d。主动运动:以感觉性刺激(Rood法)为主;诱发联合反应和共同运动,卧位时训练翻身,坐位训练躯干平衡,然后再训练穿衣、梳洗及扶床时做肩上架、弯腰等动作。若患者处于痉挛期,则采用抗痉挛方法,包括抗痉挛模式“桥式”运动,桥式运动是一种选择性

伸髋,同时屈膝,有助于打破下肢的伸肌共同运动。患者仰卧位,双膝屈曲立在床上,嘱患者将臀部从床上抬起,尽可能保持骨盆呈水平位。刚开始练习时,患者可能因患侧伸髋肌群力量弱而使重心偏向健侧。应从患侧伸入到臀下部,拍打患侧臀部,促进伸髋。“Bobath”握手,上举过头,克服因下肢运动用力产生同侧联合反应,患者为了抗重力而用力,容易产生痉挛,运动感觉不好的患者常因用力而使肌力、肌张力占优势的肌群得以强化,反复刺激中枢性瘫痪的肌肉,使其收缩,向中枢输入皮肤感觉、运动觉和本体感觉的信息冲动,通过使临近完好的神经元功能重建或较低的中枢神经系统部分代偿、轴突长牙等,从而促进中枢运动控制功能的恢复和正常运动模式的重建^[2]。同时根据运动再学习疗法(motor relearning programme, MRP)为了最大限制地发挥“运动再学习”的优势,需要让患者进行足够的重复性活动,使重组中的大脑皮质通过深刻的体验来学习和储存正确的运动模式^[3]。使患者理解正常运动的运动学和动力学知识,掌握MRP,强调患者的主动康复意识,反馈纠正不必要的肢体和肌肉代偿。对照组只进行常规针刺治疗。两组患者均以4个疗程为观察治疗时间,治疗结束后均进行患肢功能及ADL评定。

1.3 疗效评定

在治疗的前一天进行首次评定,4个疗程后进行末次评定,采用国际通用的临床神经功能缺损程度评分(the Canadian neurological scale,CNS),简氏Fugl-Meyer (Fugl-Meyer assesment,FMA)运动功能评价法,改良Barthel指数(modified Barthel index,MBI)分别评定患者的临床神经功能和ADL能力^[4],比较两组功能改善情况。

1.4 统计学分析

采用SPSS10.0统计软件,治疗前、后两组数据均采用 t 检验,测定数据以均数±标准差表示。

2 结果

见表1。通过对两组治疗前后CNS、FMA、MBI得分比较,我们发现治疗组CNS、FMA、MBI得分均高于对照组($P<0.05$)尤其MBI得分明显高于单纯针刺组,说明针刺配合早期康复能有效地提高患者的日常生活能力。

1 山东省滨州市人民医院康复科,256610

作者简介:陈增力,男,主治医师; 收稿日期:2009-02-27

表 1 治疗组与对照组治疗前后 CNS、FMA、BMI 的比较 (x±s)

组别	CNS		FMA		MBI	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	23.59±9.25	15.17±6.89	30.96±23.50	58.60±24.54	32.38±22.07	66.57±20.43
对照组	22.46±7.46	17.60±6.39	30.83±23.27	43.68±25.67	30.07±17.06	52.07±15.68

治疗后与治疗前两组各项数据比较 P<0.05

3 讨论

通过针刺这种特殊的外周感觉出入方式,调整神经反射环路中各个神经元的兴奋性,实现大脑皮质的功能重组和功能代偿,电针能快速增加脑缺血区的局部血流量,缩小梗死面积,抑制兴奋性氨基酸毒性,从而保护神经功能^[9]。早期康复治疗有助于改善脑卒中患者受损的功能,减轻残疾程度,提高生存质量。为了避免过早的主动活动使得原发的神经病学疾患加重,影响受损功能的改善,通常主张在生命体征稳定 48h 后,原发神经病学疾患无加重或有改善的情况下开始进行康复治疗^[6]。

近年来,偏瘫康复治疗的核心大多是以促进技术结合功能锻炼。由于脑卒中患者不可逆的中枢运动神经损伤及病灶和水肿带来运动神经元的不完全损伤。针刺配合分期运动疗法在促进患肢功能恢复及提高 ADL 指数方面,优于单纯针刺治疗。

脑卒中损伤后,中枢神经系统结构和功能上具有代偿和重组功能。而脑功能可塑性和可重组性是康复治疗的基础。脑的可塑性是指神经的修饰能力,这种修饰能力是短期功能改变和长期结构改变的统一体。病灶周围突触的长时间增强,存活神经元组织发芽,在卒中后数周内形成新的突触。一侧大脑半球卒中的患者,功能重组改变了初级感觉和运动皮质在大脑半球间的对称性^[7]。中枢神经系统具有高度的可塑性和功能重组的原理是国内外康复界一致公认的神经系统疾病恢复的重要理论依据。尽早地进行康复治疗,可促进相关神经细胞轴突的再生,树突发芽,形成新的突触,使这些突触建立起接近正常功能的新网络,实现中枢神经系统功能的重新组合,同时抑制异常的低位中枢控制的运动,使其突触处于受抑制的多阈值状态,从而改善患肢功能。康复治疗可通过相关区域的神经网络重塑和功能重建,也包括认知功能的重建与代偿,新的神经元环路的重建以及损伤后神经递质活性的重建,远离损伤部位功能抑制的释放和正常皮质代谢减退的恢复^[8]。同时让患者主动积极参与康复,提高患侧肢体的活动能力,引导患者按照正常的运动模式,最大限度地恢复其运动功能,提高 ADL 能力。此外,适当增加运动训练次

数,可以促进大脑功能的重组,加快重获运动作业能力,增加反馈信息量,强化正确的运动模式,更好地对运动控制^[9]。针刺配合运动疗法治疗脑卒中偏瘫肢体功能的恢复可能在于刺激运动通路上的神经元,调节其兴奋性,提高肌力,促进随意、自主的分离运动的出现,促进偏瘫肢体的恢复,且针刺配合分期运动疗法介入的时间越早,疗效越好,其恢复机制可能与脑的可塑性有关。

正规早期康复治疗不但可导致大脑皮质功能区“模式整合”的完成,在运动过程中协调性地得到了锻炼,肌肉和关节的运动反过来又向中枢神经系统提供了大量的本体运动及皮肤感觉的冲动输入,从而发挥促进作用,有效防止失用综合征的产生,并发症减少,免疫力增强,患者康复质量明显提高^[10]。

参考文献

[1] 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994. 24.

[2] 王文清,勾丽洁,杨晓莲. 强制性使用运动疗法对脑卒中偏瘫患者肢体运动功能的影响[J].中国康复医学杂志,2007,22(11):1007.

[3] 陈兆聪,黄真.“运动再学习”疗法在脑卒中康复治疗中的应用[J].中国康复医学杂志,2007,22(11):1054.

[4] 王茂斌,偏瘫的现代评分与治疗[M]. 第 1 版.北京,华夏出版社, 1990. 87.

[5] 姚利民, 针刺配合康复治疗对脑卒中早期患者功能恢复的影响 [J].中国康复医学杂志,2007, 22(4):361.

[6] 岳寿伟,康复医学临床手册[M]. 第 1 版.北京,人民卫生出版社, 2008, 161.

[7] 张艳明,宗为群.卒中后脑的可塑性及功能重组的研究进展[J].中国康复医学杂志,2007,22(8):759.

[8] 吴毅,贾杰. 脑卒中康复治疗基础与临床研究的新进展[J]. 中国康复医学杂志,2008,23(7):587.

[9] 陈炳,Matteo Paci,章国伟,等.强化运动治疗在脑卒中后偏瘫患者中的运动与临床研究 [J]. 中国康复医学杂志, 2005,20(1): 51—52.

[10] 庞思思,陈喜志,罗华. 早期康复教育介入对急性脑卒中患者功能恢复的影响[J]. 中国康复医学杂志,2008,23(6):547.