

·传统医学与康复·

针刺结合姿势控制训练对缺血性脑卒中患者康复疗效的影响

林 滨¹ 俞征宙¹ 陈岚榕¹ 林宇凡¹ 李中元¹

编者按:研究传统中医药学方法在脑卒中康复中的作用,始终是一个国内外的热门课题,但国内很少进行随机对照的盲法研究。本文的工作虽然进行了随机对照性的设计,也采用了较为合理的评价指标(FMA 和 MBI),但研究设计中缺少单纯康复训练组,即应设计为 A 组、A+B 组、B 组。所以,提倡研究者在不违背医学伦理学原则的前提下,尽可能完善实验设计,以便得出对临床更具指导意义的结论。

摘要 目的:探讨针刺结合姿势控制训练对缺血性脑卒中患者运动功能及日常生活能力的影响。**方法:**将 68 例缺血性脑卒中患者随机分为针刺结合康复训练组(治疗组)和单纯针刺组(对照组),采用 Fugl-Meyer 运动功能评分法(FMA)和修订 Barthel 指数(MBI)进行治疗前后的功能评定。**结果:**治疗 28 天后,两组患者的 FMA 评分有明显提高,但治疗组提高的幅度明显大于对照组($P<0.01$)。治疗组 MBI 治疗前后有显著提高,对照组治疗前后 MBI 比较差异无显著性意义($P>0.05$)。**结论:**针刺结合姿势控制训练能更有效地提高患者的运动功能。

关键词 缺血性脑卒中;针灸疗法;运动疗法;姿势控制训练

中图分类号:R493,R245.31, R741 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2006)-02-0172-02

脑卒中的康复日益受到人们的重视,中国传统针刺疗法结合现代康复治疗有可能明显改善脑卒中患者的状况,使相当一部分患者实现生活自理,重返社会。近几年,我们采取针刺结合姿势控制训练方法治疗缺血性脑卒中偏瘫患者,取得了满意的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2003 年 1 月—2004 年 5 月在我科住院的缺血性脑卒中患者中随机选取 68 例。纳入标准:①脑血栓形成、脑栓塞和腔隙性脑梗死患者,诊断标准参照 1986 年中华医学会第二次全国脑血管病学术会议第三次修订的《各类脑血管疾病诊断与要点》^[1],经 CT 或 MRI 确诊;②符合中医中风中经络;③年龄 <75 岁。排除标准:①脑卒中急性期伴有意识障碍者;②完全失语或有明显智力障碍者;③患有严重心、肺、肝、肾疾病与骨关节疾病者。

68 例患者随机分为治疗组(针刺结合康复训练)和对照组(单纯针刺治疗)各 34 例。治疗组男 19 例,女 15 例;年龄 63.12 ± 15.23 岁;病程平均 (2.3 ± 4.57) 个月。对照组男 16 例,女 18 例;年龄 61.35 ± 14.62 岁;病程平均 (2.5 ± 6.14) 个月。两组患者的年龄、病史、病程、治疗前的 FMA 和 MBI 积分(表 1)等差异无显著性意义($P>0.05$),具可比性。

1.2 方法

针刺治疗:两组患者取穴相同,软瘫期为:健侧头皮运动区、患侧肩髃、手五里、曲池、手三里、合谷透三间、腕骨;痉挛期为:健侧头皮运动区、患侧巨骨透肩髃、肩贞、消泺、天井、外关、后溪透三间。进针得气后接 G6805-II 型电针治疗仪,采用连续波,强度以患者能耐受为度,留针 30min,每天治疗 1 次。

姿势控制训练:治疗组除 1 天接受 1 次针刺治疗外,分别于上、下午由康复治疗师对患者进行姿势控制训练,主要

内容有:①对患侧肢体输入正常的运动模式;②姿势维持:对患侧上、下肢的各种姿势的控制,如伸肘下的屈肩控制、伸髋下的屈膝控制等;对患者躯干及四肢关键点的控制,使患者保持坐位、双下肢站立、健侧下肢站立及患侧下肢站立的姿势控制;③变换姿势训练:翻身、卧位-坐位、坐位-站立等转移动作的练习。以上训练 45min/次。

1.3 疗效评定

分别于治疗前及治疗后 14d 和 28d 对两组患者进行运动功能及 ADL 评价。采用 Fugl-Meyer 运动功能评分法(Fugl-Meyer assessment, FMA)评定运动功能,日常生活活动能力采用修订的 Barthel 指数(modified Barthel index, MBI)评定。

1.4 统计学分析

采用 SPSS10.0 统计软件对同组治疗前后数据、组间数据进行 t 检验。

2 结果

见表 1。治疗后,两组患者的 FMA 评分与治疗前比较明显提高($P<0.01$),但治疗组提高的幅度明显大于对照组($P<0.01$);MBI 评分的提高分数治疗组高于对照组,两组比较差异有非常显著性意义($P<0.01$)。对照组治疗前后 MBI 比较差异无显著性意义($P>0.05$)。

3 讨论

脑卒中患者在软瘫期,瘫痪肢体的肌张力下降,反射减弱或消失,不能维持自主性活动,可根据“治痿独取阳明”的针灸理论,通过针刺患肢阳经之穴,以达到“扶正驱邪”之目的^[2]。在痉挛期,脑卒中患者主要表现为联合反应、共同运动、

1 福建中医学院附属第二人民医院,福建福州,350003

作者简介:林滨,女,副主任医师

收稿日期:2005-08-04

表 1 两组患者治疗前后 FMA、MBI 评分

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FMA		MBI		FMA 提高分数	MBI 提高分数
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后		
治疗组	34	38.3±28.71	69.8±5.4 ^①	34.3±5.21	59.8±5.12 ^①	31.5±4.15 ^②	25.5±4.15 ^②
对照组	34	39.15±26.13	58.93±4.16 ^①	34.5±9.13	38.3±8.16 ^③	19.78±1.26	3.8±4.56

①与治疗前比较, $P<0.01$; ②与对照组比较, $P<0.01$; ③与治疗前比较, $P>0.05$

紧张性反射、肌张力增高和痉挛, 但各肌群肌张力增高的程度不同, 上肢屈肌比伸肌张力高, 故此期针刺取穴重用了拮抗肌上腭穴, 调节了肌群间协调运动, 以促进和提高痉挛劣势侧肌张力, 对抗痉挛优势侧肌痉挛, 达到缓解痉挛, 平衡阴阳之目的^[3-4]。本研究结果显示, 针刺治疗对两组患者的运动功能方面均有较好的临床疗效, 但单纯的针刺治疗对患者的日常生活活动能力没有太大的影响, 可能是由于针刺治疗只是使患者处于被动地接受治疗的状态, 而结合姿势控制训练能够使患者变被动为主动, 积极地参与康复, 从而提高了瘫痪肢体的活动能力。

脑卒中患者的恢复应以能否建立随意和协调的正常运动模式为标准。要达到随意和协调的正常运动, 单靠药物治疗是不够的。现代康复理论认为, 脑卒中后, 脑皮质功能的重组可通过神经细胞突出再生、发芽来实现, 新的突出的产生, 其对神经冲动传导阈值的降低, 都依赖于运动信息的不断输入和强化。建立正确的运动模式, 持之以恒地进行有效的肢体训练可以调整神经反射环路各个运动神经元的兴奋性, 最终实现大脑皮质的“功能重组”^[5]。近年来, 一些实验研究显示, 运动训练可促进功能恢复的机制可能与增强了脑损伤后脑的可塑性变化有关。尽管皮质缺血或局灶性创伤性损伤可作为一种刺激引起脑的可塑性变化, 但适当的行为学训练可增强脑损伤后运动皮质的这种可塑性变化^[6]。

姿势控制训练可促进神经肌肉反应, 增强运动过程中肢

体的控制能力, 通过治疗师对患者躯干及四肢关键点的控制, 可以改善患者由于肌张力分布异常而导致的坐、站及行走中的异常姿势, 从而有利于引导患者按照正常的运动轨迹最大限度地恢复其运动功能, 提高生活自理能力。本研究治疗组患者采用针灸结合姿势控制训练疗效明显优于采用单纯针灸治疗的对照组患者 ($P<0.01$), 表明针灸结合姿势控制训练不失为一种改善缺血性脑卒中患者运动功能及日常生活活动能力的有效方法。

参考文献

- [1] 中华医学会. 各类脑血管疾病诊断要点 [J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6):379.
- [2] 王晓燕, 李静苗. 针灸配合康复治疗治疗脑血管意外后偏瘫临床观察[J]. 中国针灸, 2001, 21(12):373.
- [3] 商晓英, 刁凤英, 吴世杰. 急性脑卒中早期康复和针刺治疗的疗效分析[J]. 中国康复医学杂志, 2003, 18(2):108—109.
- [4] 郭元琦, 符文彬, 陈丽仪, 等. 分期整体针灸法对偏瘫患者运动功能恢复的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(4):290—291.
- [5] 缪鸿石, 南登昆, 等. 康复医学理论与实践[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000, 11.
- [6] 贾子善, 赵大为, 槐雅萍, 等. 运动训练对局灶性脑梗死大鼠梗死灶周围皮层 NCAM mRNA 表达的影响 [J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(7):502—503.

·传统医学与康复·

全麻下“三位四法”按摩治疗腰椎间盘突出症疗效观察

熊同学¹ 谭英源¹

腰椎间盘突出症常引起腰腿痛, 严重影响患者的工作和生活。目前临床治疗本病主要为非手术治疗和手术治疗两大类, 一般非手术治疗多选用按摩、针灸等治疗方法。近几年, 我们在临床上采用全麻下“三位四法”按摩治疗腰椎间盘突出症 49 例, 取得较为满意的治疗效果, 并设常规按摩组 45 例对照观察, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组共 94 例患者, 临床诊断为腰椎间盘突出症, 并经 CT 或 MIR 证实。采用随机数字表法分为全麻下“三位四法”

按摩治疗组与常规按摩对照组。治疗组 49 例, 男性 29 例, 女性 20 例; 发病年龄 26—59 岁, 平均 42.08 岁; 病程 0.1—72 个月, 平均 5.30 个月。对照组 45 例, 男 31 例, 女 14 例; 发病年龄 24—59 岁, 平均 40.87 岁; 病程 0.06—78 个月, 平均 5.24 个月。两组间在性别、年龄、病程上差异无显著性意义 ($P>0.05$)。

1.2 纳入标准

①符合国家中医药管理局 1995 年颁布的《中医病症诊

¹ 广东省清远市中医院康复科, 511500

作者简介: 熊同学, 男, 副主任医师

收稿日期: 2005-07-09