

•临床研究•

头穴丛刺结合康复治疗急性脑梗死患者运动功能障碍的临床观察

唐强 朱冬梅 刘景隆 张立国 王艳 徐波克

[摘要] 目的 探讨头穴丛刺结合康复对急性脑梗死患者运动功能障碍的康复治疗作用。方法 采用 Fugl-Meyer 运动功能评分法、改良的巴氏指数评分法、神经功能缺损程度评分法及临床疗效为指标,临床对比观察了头穴丛刺结合康复技术法(简称针康法)、康复法、头穴丛刺法对患者运动功能、日常生活能力的改善情况。结果 针康法对脑梗死患者运动功能的恢复和日常生活能力的提高都有明显的促进作用,其疗效优于头针组及康复组($P<0.01$, $P<0.05$);总有效率达 97.14%。另外,针康法对纠正足下垂、足内翻、减少肩关节半脱位、肩手综合症、关节挛缩、误用综合症及预防异常运动模式的出现有一定作用。结论 针康法能够有效的提高急性脑梗死患者的生活质量。

[关键词] 脑梗死;头针;康复;运动功能

Effects of cluster needling of scalp point combined with rehabilitation techniques on movement disturbance after acute cerebral infarction
TANG Qiang, ZHU Dong-mei, LIU Jing-long, et al. The No.2 Hospital Affiliated to Heilongjiang's Traditional Chinese Medicine University, Harbin 150001, Heilongjiang, China

[Abstract] Objective To explore the effect of cluster needling of scalp point combined with rehabilitation techniques on acute cerebral infarction patient's movement disturbance. Methods Fugl-Meyer Measure, Barthel Index, Nerve function disturbance and clinical effect assessment methods were used to assess the motion function and daily living activity of cluster needling of scalp point group, rehabilitation group and cluster needling of scalp point combined with rehabilitation group. Results The motion function and daily living activity of the cluster needling of scalp point combined with rehabilitation group patients were superior to cluster needling of scalp point group patients and rehabilitation group patients ($P<0.01$, $P<0.05$). The total effective rate can reach to 97.14%. Otherwise, cluster needling of scalp point combined with rehabilitation could also prevent food drop or inversion, subluxation of acromioclavicular joint, shoulder hand syndrome, contracture of joint, mistake-use syndrome and abnormal motor mode. Conclusion The cluster needling of scalp point combined with rehabilitation can improve the patients' living quality effectively.

[Key words] cerebral infarction; scalp acupuncture; rehabilitation; motion function

中图分类号:R743.32 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2004)11-0697-02

[本文著录格式] 唐强,朱冬梅,刘景隆,等.头穴丛刺结合康复治疗急性脑梗死患者运动功能障碍的临床观察[J].中国康复理论与实践,2004,10(11):697-698.

肢体瘫痪是脑卒中患者最主要的后遗症^[1]。本研究旨在把中医学的针刺方法与现代康复技术有机结合,积极开展中西医结合治疗脑卒中的有效性和优化方案的选择^[2-3],建立一种融合两套康复理论体系的康复方法^[4]。现报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象 2002 年 3 月—2003 年 8 月在哈尔滨医科大学附属第一医院和黑龙江省康复医院神经内科住院的动脉粥样硬化性血栓性脑梗死患者 212 例。诊断标准符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议制定的诊断标准^[5]和国家中医药管理局脑病急症科研协作组制订的《中风病诊断和疗效评定标准》。

1.2 纳入标准 符合中医中风病诊断标准和西医颈内动脉系统脑梗死;发病在 15 d 之内;年龄 18 - 75 岁;所有患者均经过头部 CT 或 MRI 证实;意识清楚或意识障碍较轻,病情基本稳定;临床神经功能缺损程度评分 ≥ 10 分;病情虽较重,但经处理达到上述标准者。

作者单位:1.150001 黑龙江哈尔滨市,黑龙江中医药大学附属二院康复科(唐强、朱冬梅、徐波克)2.150001 黑龙江哈尔滨市,黑龙江省康复医院神经内科(刘景隆、张立国)。作者简介:唐强(1963-),男,四川大竹县人,教授,博士后,博士生导师,研究方向:神经康复。

1.3 排除标准 短暂性脑缺血发作、可逆性神经功能缺损(RIND)等;经检查证实由脑肿瘤、脑外伤、脑寄生虫病、代谢障碍及其他心脏病合并房颤,引起脑梗死者;75 岁以上、妊娠或哺乳期妇女;合并有肝、肾、造血系统和内分泌系统等严重原发性疾病、精神病患者。

1.4 一般资料 分组及各组一般资料见表 1。经统计学处理,各组无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

表 1 各组一般资料比较

组别	例数	男	女	年龄 (a)	病程 (d)	病灶侧		病情		
						左	右	轻	中	重
针康组	35	19	16	60.80	1.60	20	15	6	26	3
头针组	35	18	17	61.80	1.44	21	14	9	23	3
康复组	35	19	16	63.40	1.72	18	17	4	29	2
对照组	35	20	15	59.36	1.68	19	16	6	27	2

1.5 方法

1.5.1 评定方法 患肢运动功能评定采用简化 Fugl-Meyer 运动功能评分法;日常生活能力(ADL)的评定采用改良的巴氏指数;疗效评定根据全国第 4 次脑血管病会议(1995)的标准,采用神经功能缺损评分的减少及病残程度进行评定。各组治疗前及治疗 4 周后由同一人进行评定。

1.5.2 治疗方法 头针:采用于氏头部腧穴七区划分法,取顶区、顶前区。用直径 0.40 mm、长 50 mm 毫针,常规消毒后,按上述穴区向前或后透刺,针体与皮肤呈 15°至帽状腱膜下,深约 40 mm。针后捻转,200 次/min,每根针捻转 1 min,留针 6 h。留针期间,开始

每隔 30 min 捻转 1 次,重复 2 次,然后每隔 2 h 捻转 1 次,直至出针,每日 1 次。

康复方法:按照 Bobath 为主的方法循序渐进进行肢体功能训练^[4]。

常规药物治疗:溶栓、抗凝、降纤、脑保护治疗。

各组患者均接受神经科常规药物治疗。康复组加用康复方法;头针组加用头针;针康组联合应用头针和康复方法。

1.5.3 统计方法 应用 SPSS 10.0 统计软件进行统计学处理。

2 结果

各组疗效见表 1。经 Ridit 分析,与对照组比较,针康组及头针组、康复组均有非常显著性差异($P < 0.01$)。

表 1 各组患者疗效比较(例)

组别	例数	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化	总有效率(%)
针康组	35	8	20	6	1	0	97.14 ^a
头针组	35	6	22	5	1	1	94.29 ^a
康复组	35	4	17	9	5	0	85.71 ^b
对照组	35	1	13	11	4	6	71.43

注:与对照组相比,a: $P < 0.01$,b: $P < 0.05$ 。

各组治疗前后评定情况见表 2。经 t 检验,各组

表 2 各组治疗前后评分比较

组别	例数	Fugl-Meyer		ADL		神经功能缺损	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针康组	35	27.63 ± 11.30	76.57 ± 8.50 ^{a,b,c}	37.00 ± 14.50	79.14 ± 14.27 ^{a,b,c}	18.91 ± 4.61	6.11 ± 5.47 ^{a,d,e}
头针组	35	27.37 ± 10.56	67.37 ± 14.04 ^a	36.86 ± 12.84	70.00 ± 11.25 ^a	19.31 ± 5.29	9.51 ± 5.98 ^a
康复组	35	29.69 ± 10.42	66.71 ± 7.14 ^a	37.29 ± 13.02	70.29 ± 8.31 ^a	19.94 ± 3.96	9.46 ± 4.90 ^a
对照组	35	28.54 ± 12.40	54.29 ± 16.21	35.86 ± 13.91	55.71 ± 22.53	19.86 ± 4.80	14.46 ± 7.79

注:与对照组相比,a: $P < 0.01$;与头针组相比,b: $P < 0.01$;d: $P < 0.05$;与康复组相比,c: $P < 0.01$;e: $P < 0.05$ 。

表 3 并发症出现比较(例)

组别	例数	肩关节半脱位	肩手综合症	足下垂	足内翻	关节挛缩	误用综合症
针康组	35	2	2	4	6	0	4
头针组	35	8	6	8	10	4	12
康复组	35	4	4	6	8	2	6
对照组	35	12	10	20	18	8	18

3 讨论

有关资料表明,针灸医学与康复医学在适应症上有着相同的疾病谱,在治疗方法和科学理论上存在着极强的互补性^[6],且治疗的切入时机也相同^[7-8],这就为针灸技术与康复技术结合治疗脑梗死患者运动功能障碍提供了可行性。

针灸治疗对促进患者受损功能的恢复起到了积极的作用,但针灸治疗往往容易以发展肌力为重点,由此强化了共同运动、联合反应而导致了“误用综合征”的出现^[9]。而康复治疗恰恰弥补了传统针灸在神经康复学上的不足,通过向肌肉和关节输入正常的运动模式来打破脑卒中引起的肢体异常运动模式,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,从而发挥易化作用,导致大脑皮质运动区“运动定型”的完成,从而促使正常功能模式的形成,并使患者的协调性也得到训练^[10],有效地防止误用综合征的产生,避免了肢体痉挛,使患者的运动尽可能地达到协调和

脑梗死患侧简化 Fugl-Meyer 运动功能评分、ADL 及临床神经功能缺损程度治疗前后比较,均有非常显著性差异($P < 0.01$);治疗后与对照组比较,针康组、头针组及康复组均有非常显著性差异($P < 0.01$),Fugl-Meyer 运动功能评分、ADL 针康组明显优于头针组及康复组($P < 0.01$),临床神经功能缺损程度针康组优于头针组及康复组($P < 0.05$)。

治疗 4 周末并发症出现比较见表 3。由于样本数较少我们没做统计学处理,但从中我们发现一些潜在的趋势:①肩关节半脱位:与对照组相比,针康组及康复组均有明显改善,针康组疗效显著,头针组与对照组比较疗效相似;②肩手综合症:与对照组相比,针康组明显改善,康复组也有改善,头针组与对照组比较疗效相似;③足下垂:各组与对照组相比,针康组、头针组及康复组均有明显改善;④足内翻:与对照组相比,针康组、头针组及康复组均有明显改善;⑤关节挛缩:与对照组相比,针康组、康复组明显改善;⑥误用综合症:与对照组相比,针康组及康复组均有明显改善,头针组也有改善。以上数据说明说明针康法对早期脑梗死患者异常运动模式可能有很好的抑制作用。

随意,从而提高生活质量和自理程度。

参考文献

- [1]王德生.缺血性脑血管疾病的现代认识[M].哈尔滨:黑龙江科学技术出版社,1998.
- [2]唐强,王德生.头穴丛刺结合易化技术对脑卒中患者运动功能的研究[J].中国康复理论与实践,2001,7(2):71-72.
- [3]唐强,张慧敏,王艳.针灸结合康复治疗脑卒中的研究进展[J].针刺研究,2002,27(4):302-307.
- [4]张文生,张丽慧.中风偏瘫中医康复原则探讨[J].中国康复医学杂志,2001,16(3):182-183.
- [5]中华神经科学会.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J].中华神经科杂志,1996,2(6):381-382.
- [6]郭泽新,王润生.治疗中风偏瘫需要针灸与康复医学的结合[J].中国针灸,2002,(4):268-269.
- [7]唐强,郭艳芹,田晓彦,等.头穴丛刺留针法治疗急性脑梗塞的临床观察[J].中国针灸,2001,17(11):57-58.
- [8]朱建国,袁栋才,潘殿聊,等.早期实施结合促通技术对偏瘫患者运动功能及能力的影响[J].中国康复学杂志,1998,13(6):261-263.
- [9]章薇,刘任立,赵艳玲,等.针刺协调肌张力平衡治疗脑卒中痉挛性瘫痪 64 例临床观察[J].湖南中医学报,2001,7(9):464.
- [10]王艳,吕晓星,李晶.头穴结合康复对脑卒中患者上肢运动功能的影响[J].中国康复理论与实践,2002,8(7):440-441.

(收稿日期:2004-09-13)