

脑卒中早期应用电针治疗对偏瘫患者运动功能的影响

张辉, 李立

[摘要] 目的 探讨配合电针治疗的早期康复对脑卒中偏瘫患者运动功能的影响。方法 将 98 例患者分成治疗组和对照组, 每组 49 例, 患者均在常规神经内科药物治疗基础上进行早期康复, 治疗组同时配合电针治疗, 疗程为 2 个月。采用 Fugl-Meyer 评分评定患者运动功能。结果 治疗后两组 Fugl-Meyer 评分均有提高, 治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。结论 结合电针的早期康复治疗有利于促进偏瘫患者的运动功能恢复。

[关键词] 脑卒中; 偏瘫; 电针; 运动功能

Effect of Early Electroacupuncture on Locomotion of Hemiplegia Patients after Stroke ZHANG Hui, LI Li. Department of Rehabilitation, Shengjing Hospital of China Medical University, Shenyang 110004, Liaoning, China

Abstract: **Objective** To explore the effect of early rehabilitation with electroacupuncture on locomotion in hemiplegia patients after stroke in early stage. **Methods** 98 patients were randomly divided into treatment and control group. Both groups were given early rehabilitation. Patients in treatment group were given electroacupuncture in addition. **Results** The scores of Fugl-Meyer Assessment increased significantly in both groups after treatment, and were improved in treatment group compared that of control group. **Conclusion** Electroacupuncture can facilitate the improvement of locomotion in hemiplegia patients after stroke.

Key words: stroke; hemiplegia; electroacupuncture; locomotion

[中图分类号] R743.3 [文献标识码] A [文章编号] 1006-9771(2008)09-0824-02

[本文著录格式] 张辉, 李立. 脑卒中早期应用电针治疗对偏瘫患者运动功能的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2008, 14(9): 824-825.

脑卒中是中老年人的常见病, 多发病, 存活患者 80% 存在不同程度的机体功能障碍, 最常见的是运动功能障碍偏瘫。大量基础及临床研究表明, 脑卒中后脑功能的恢复在前 3 个月, 特别是最初的 4 周最快, 康复介入得越早, 患者的功能恢复和整体疗效越好^[1]。针刺是我国传统医学中治疗脑卒中后偏瘫的重要手段, 本文旨在观察脑卒中后配合电针的早期康复治疗对偏瘫患者运动功能的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2004 年 5 月~2007 年 12 月我院神经内科住院急性脑卒中患者, 入选标准: ①诊断符合 1995 年全国第四次脑血管病会议制定诊断标准^[2]; ②首次发病; ③发病经头颅 CT 或 MRI 明确诊断; ④无严重的心、肝、肾等疾病; ⑤无认知功能障碍; ⑥病情平稳后第 3 天。98 例入选患者分为治疗组和对照组。治疗组 49 例, 男 26 例, 女 23 例; 年龄 45~76 岁, 平均 (51.49 ± 8.35) 岁; 左侧偏瘫 28 例, 右侧 21 例; 脑出血 18 例, 脑梗死 31 例。对照组 49 例, 男 24 例, 女 25 例; 年龄 46~75 岁, 平均 (54.73 ± 6.75) 岁; 左侧偏瘫 25 例, 右侧 24 例; 脑出血 21 例, 脑梗死 28 例。两组患者

的年龄、性别、发病部位(均为左或右侧基底节区)、病情严重程度等比较无显著性差异 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 入院患者常规接受神经内科药物治疗, 待神经症状、生命体征平稳后 72 h 即开始运动疗法康复。治疗组在此基础上加电针治疗。

1.2.1 运动疗法 主要采用 Bobath 技术、PNF 技术和日常生活活动能力训练等。具体内容包括: ①患侧肢体各关节被动运动; ②翻身练习; ③搭桥练习; ④患侧肢体随意运动促进; ⑤坐位训练; ⑥坐-站立训练; ⑦日常生活活动能力(ADL)训练。每周 5 d, 每天 2 次, 每次 40 min。同时注意床上良肢位摆放; 定时变换体位。

1.2.2 电针疗法 选用体针, 采用巨刺法: 健侧穴位交替进行, 健侧多以阳经为主, 选穴以特定穴为主: 阳池、外关、曲池、合谷。针刺在良肢位^[3]下进行, 患侧结合 Brunnstrom 康复理论, 按软瘫期与痉挛期分别在拮抗肌、主动肌上加减穴位。软瘫期选用极泉、尺泽、大陵、内关、伏兔、阴陵泉、解溪、申脉; 痉挛期选用肩髃、曲池、手三里、外关、合谷、后溪、委中、承山、血海、阳陵泉、三阴交、照海。局部皮肤消毒后用 30 号 2.5 寸毫针直刺 1~1.5 寸, 施以平补平泻, 提插捻转进针得气后, 采用华佗 SDe-II 型电麻仪, 疏密波, 频率为 10~15 Hz, 电流强度以患者能耐受为度, 留针 20 min, 每天 1 次, 每周 5 d, 2 周为 1 个疗程, 观察 2 个月。

作者单位: 中国医科大学盛京医院康复科, 辽宁沈阳市 110004。作者简介: 张辉(1973-), 女, 河北栾县人, 硕士, 主治医师, 主要研究方向: 神经康复。

1.3 疗效评定 在治疗开始后第 3 天进行首次评定,治疗 7 周后进行末次评定,采用 Fugl-Meyer 评定(FMA)和改良 Barthel 指数(MBI)评定患者的运动功能和 ADL 能力。

1.4 统计学方法 所得数据以($\bar{x}\pm s$)表示。采用 SPSS 11.5 统计软件进行组间 t 检验。

2 结果

治疗前,两组 FMA、MBI 评分无显著性差异($P>0.05$),治疗后两组间有显著性差异($P<0.05$)。见表 1、表 2。

表 1 各组治疗前后 FMA 评分比较

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	49	9.63±4.88	30.61±9.81
对照组	49	9.88±4.90	23.57±8.87
P		>0.05	<0.05

表 2 各组治疗前后 MBI 评分比较

组别	例数	治疗组	治疗后
治疗组	49	25.82±10.48	34.29±8.35
对照组	49	26.22±10.44	30.61±9.50
P		>0.05	<0.05

3 讨论

脑卒中后由于高级中枢与低级中枢同时“休克”,出现单侧肢体的软瘫。软瘫期越长预后越差,所以尽快使低级中枢苏醒,诱发肌张力的产生是当务之急。脑卒中患者中枢神经系统在功能上有可塑性及再生能力,对瘫痪肌肉行针灸刺激治疗可通过脊髓反射中枢引起肌肉的伸屈反射,防止患肢因失去神经支配而造成肢体的废用,同时也可促进肢体运动神经功能的恢复^[4-5]。

针灸治疗脑卒中在我国有悠久的历史,已在大量的临床实验中得以验证。近年来基础研究表明,早期电针病灶对侧相当于人的手三里、外关、伏兔、足三里等穴位,可使因缺血受损的神经突触得到恢复^[6]。穆艳云等的研究显示,电针可以提高大鼠脑缺血再灌注区域纹状体抗氧化损伤的能力,提高纹状体神经元细胞的能量代谢能力,从而发挥对缺血再灌注纹状体损伤的保护作用^[7]。

本研究以调和气血,疏通经络为法,遵循“治萎独取阳明”理论。阳明为多气多血之经,针刺阳明经穴可

调气调血,促进周身血液循环,使肢体气血充盈。针刺原穴能使三焦元气通达,发挥其维护正气,抗御病邪的作用。针刺时选用巨刺法,针刺健侧可诱发患侧产生联合运动,尽早引出肢体动作;同时健患侧交替进行针刺治疗可避免长期针刺导致的一侧肌张力过高,协调整体肌肉肌力和肌张力^[8]。早期针刺治疗多选择主动肌穴位,注重强化上肢屈肌、下肢伸肌运动。针刺穴位刺激了皮内的触痛觉感受器,产生各种冲动,通过触痛觉传导束将冲动最后投射到大脑皮质中央后回,经各级神经中枢整合后由锥体系或锥体外系的运动传导路传出,支配相应的骨骼肌防止肌肉萎缩,抑制痉挛^[9]。

脉冲电流的持续刺激可加快局部血液循环,更能有效防止肌肉萎缩。低频脉冲电流刺激功能障碍的肢体或器官,以其产生的即时效应来代替或矫正已丧失的功能,并通过高级神经中枢的调整,促进功能重建^[10]。

我们在临床中还观察到,早期应用电针治疗后,由于肌张力的增高及血液循环的加速,患者肩痛、肩关节半脱位、肩-手综合征的发生率下降。

电针具有普通针刺和低频脉冲的双重优点。该方法具有疗效显著,操作简单,安全、经济、实用等优点,宜在脑卒中早期治疗中广泛使用。

[参考文献]

[1] Sherrill SR. Early intervention care in the acute stroke patient[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1986, 67: 319 - 321.

[2] 全国第四次脑血管病学术会议. 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, 29(16): 381 - 383.

[3] 燕铁斌. 现代康复治疗技术[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1994: 248 - 249, 309.

[4] 林滨, 丁德谦, 杨芳. 对脑卒中偏瘫本质的认识及其在针灸治疗中的指导作用[J]. 上海针灸杂志, 2003, 22(2): 36 - 37.

[5] 李忠仁. 针刺治疗中风病残上肢的经验介绍学[J]. 上海针灸杂志, 2000, 19(1): 4.

[6] 陈加俊, 韩雪梅, 石岩殊, 等. 大鼠脑梗死后突触的变化及针刺的影响[J]. 中国老年学杂志, 2004, 24(4): 333 - 335.

[7] 穆艳云, 李忠仁, 牛文民, 等. 电针对局灶性脑缺血再灌注大鼠纹状体线粒体 ATP 酶与总体抗氧化能力的影响[J]. 上海针灸杂志, 2007, 1: 42 - 44.

[8] 雷雷鸣. 从系统观论述中风偏瘫针灸治疗方案的优化组合[J]. 针灸临床杂志, 2003, 14(4): 3 - 4.

[9] 张仲锦. 康复治疗结合电针穴位刺激对脑卒中患者的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(10): 779.

[10] 王金田, 王德江, 杨善芸. 临床实用理疗学[M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1995: 3 - 4.