

头部围针对偏瘫的康复效果观察

李惠兰 张皓 马立新

[摘要] 目的 探讨头部围针结合体针在偏瘫康复中的作用。方法 90 例患者分为头部围针体针结合康复组(实验组)、焦氏头针体针结合康复组(对照组 1)、及康复组(对照组 2)。判定标准为上田敏功能评价、日常生活活动能力(ADL)评定;头部围针组还进行汉密尔顿抑郁量表治疗前后评定。结果 3 组治疗前后功能评分有显著性差异,组间比较实验组 ADL 及下肢功能的恢复优于其他两组,上肢功能恢复无显著性差异。实验组治疗前后抑郁量表评分有显著性差异。结论 头部围针是有效的疗法之一。

[关键词] 头部围针;偏瘫;运动功能;日常生活活动能力(ADL);康复

Effect of surrounding acupuncture on scalp on hemiplegia LI Hui-lan, ZHANG Hao, MA Li-xin. Department of Traditional Chinese Medicine, Beijing Charity Hospital, Beijing 100068, China

[Abstract] Objective To investigate the effect of surrounding-acupuncture on scalp on hemiplegia. Methods 90 patients were divided into three groups. First group were treated with surrounding-acupuncture on scalp, second group with traditional scalp-acupuncture, the third group was control group. ADL and Mannal Function Test (MFT) were used to evaluate the function pre- and post treatment. Results There were no significant differences among the three groups on ADL and MFT at beginning, that were improved significantly after treatment. However, the first group improved more significantly than that of the other two groups for ADL and low limb MFT. The first group showed significantly improvement for Hamilton Rating Scale for Depression pre- and post treatment. Conclusion The surrounding-acupuncture on scalp is effective method for hemiplegia.

[Key words] surrounding-acupuncture on scalp; hemiplegia; activity of daily living; rehabilitation

中图分类号:R743, R246.6 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2005)07-0524-02

[本文著录格式] 李惠兰,张皓,马立新.头部围针对偏瘫的康复效果观察[J].中国康复理论与实践,2005,11(7):524-525.

针刺作为脑卒中后偏瘫患者的主要治疗方法之一被广泛用于临床。然而近几年其有效性正面临着一些质疑^[1-2]。本文初步观察几种治疗方法的康复效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选用中国康复研究中心住院偏瘫患者共 90 例。入组标准:①确诊为脑出血、脑梗死及脑外伤,均经 CT 或 MRI 证实;②年龄 15~75 岁;③发病 3 个月内,生命体征平稳,神经症状不再发展;④遗留肢体功能障碍。排除极重度脑卒中及病情变化的患者。随机分为头部围针+体针+康复组 35 例(实验组),男性 30 例,女性 5 例;平均年龄(54.54±11.39)岁,平均病程(112.32±56.33) d;脑梗死 16 例,脑出血 16 例,脑外伤 3 例。焦氏头针+体针+康复组 22 例(对照组 1),男性 14 例,女性 8 例;平均年龄(55.86±12.46)岁,平均病程(110.33±58.43) d;脑梗死 13 例,脑出血 8 例,脑外伤 1 例。单纯康复组 33 例(对照组 2),男性 25 例,女性 8 例;平均年龄(54.82±15.40)岁,平均病程(117.59±59.97) d;脑梗死 16 例,脑出血 14 例,脑外伤 3 例。患者均为右利手。组间性别、年龄、病程及病种无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 实验组采用头部围针+体针+康复,

对照组 1 采用焦氏头针+体针+康复,对照组 2 采用单纯康复疗法。每次治疗 30 min,每周治疗 5 次,20 次为 1 个疗程。

1.2.1 头部围针 根据 CT 或 MRI 检查确定病灶中心,之后确定头皮上距离病灶中心最近的一点,以该点为圆心,划一直径 3~4 cm 的圆,在圆周向圆心方向沿皮刺 4~6 针,沿头皮刺入帽状肌下,行捻转 1 min,捻转频律以患者耐受为度^[3]。留针 30 min,起针前再次行针 1 min。如果病灶较大,则选择距离病灶边缘最近的头皮部位作为圆心即可针刺。行针期间可行康复训练。

1.2.2 体针 患者出现联合反应之前采用巨刺法:上肢取肩髃、臂臑、曲池、手三里、外关、内关等;下肢取环跳、风市、髀关、伏兔、血海、梁丘、足三里、阳陵泉等。患肢痉挛于拮抗肌取穴:上肢屈肌痉挛取患肢的天井、清冷渊、消冻、臑会、中渚、三阳络、外关、支沟;腕、指屈曲则取阳池、中渚。每次选 2~3 穴,交替使用。下肢伸肌痉挛取患肢的殷门、委中、委阳、合阳、承山、承筋。每次取 2~3 穴。

1.2.3 康复训练 根据患者的康复评定结果施以不同的康复项目。3 组均在康复科室由治疗师进行。

1.2.4 焦氏头针 刺激区大部分是大脑皮层功能定位的对应皮区,快速进针,捻转 200/min

1.3 疗效判定

1.3.1 日常生活能力(ADL)评定 采用我院以 Bobath 指数为基础,根据中国人生活习惯改制的“生活能力量表”于治疗前后进行评定。

作者单位:1.100068 北京市,北京博爱医院中医科(李惠兰);2.100068 北京市,北京博爱医院神经内科(张皓);3.100700 北京市,北京中医药大学附属东直门医院(马立新)。作者简介:李惠兰(1959-),女,北京市人,副主任医师,主要研究方向:神经内科疾病的中西医结合治疗。

1.3.2 运动功能 采用上田敏评定法于治疗前后进行评定。

1.3.3 抑郁状态 采用汉密尔顿抑郁量表进行评定。本评定只在实验组进行,其余两组接受评定的不超过 10 例,无法进行统计学检验。

1.4 统计学方法 使用 SPSS 10.0 软件进行统计学分析,对 ADL 及上田敏功能评定进行组内治疗前后疗效配对 *t* 检验及组间疗效方差分析。

2 结果

ADL 及上下肢功能评分治疗前 3 组间均无显著性差异(*P* > 0.05);各组内 ADL 及上下肢功能评分治疗前、后均有显著性差异(*P* < 0.05);治疗后,实验组的 ADL 及下肢功能评分优于其他两组(*P* < 0.05),但上肢功能各组间比较无显著性差异(*P* > 0.05)。见表 1 ~ 表 3。

表 1 各组 ADL 评分比较

组别	治疗前	治疗后	<i>P</i>
实验组	29.83 ± 15.87	55.77 ± 21.39	< 0.01
对照组 1	31.45 ± 15.17	41.57 ± 19.31 ^a	< 0.01
对照组 2	32.00 ± 22.22	43.57 ± 25.23 ^a	< 0.01
<i>F</i>	0.127	3.646	
<i>P</i>	> 0.05	< 0.05	

注 :^a :与实验组比较, *P* < 0.05。

表 2 各组上田敏上肢评分比较

组别	治疗前	治疗后	<i>P</i>
实验组	3.09 ± 1.90	5.00 ± 2.77	< 0.01
对照组 1	2.73 ± 1.67	3.77 ± 2.25	< 0.01
对照组 2	3.85 ± 2.25	4.94 ± 2.46	< 0.01
<i>F</i> 值	2.37	1.858	
<i>P</i> 值	> 0.05	> 0.05	

表 3 各组上田敏下肢评分比较

组别	治疗前	治疗后	<i>P</i>
实验组	3.86 ± 1.78	6.46 ± 2.54	< 0.01
对照组 1	3.95 ± 1.46	4.86 ± 1.81 ^a	< 0.05
对照组 2	3.88 ± 1.32	5.03 ± 1.26 ^a	< 0.01
<i>F</i> 值	5.987	4.822	
<i>P</i> 值	> 0.05	< 0.05	

注 :^a :与实验组比较, *P* < 0.05。

实验组治疗前汉密尔顿抑郁量表评分(9.4 ± 5.77),治疗后(6.54 ± 5.14), *P* < 0.01。

3 讨论

有较多文献报道针刺对脑卒中偏瘫具有较好的临床疗效^[4-5]。本观察中 3 种治疗方法均为有效的治疗方法,但头部围针似乎更为有效。

头针取穴理论主要有焦氏头针分区法、国际化头针分区法和传统头穴透刺法。这些分区方法都有一定的局限性,如认知障碍是偏瘫患者较常见的合并症,焦氏头针取穴就有局限。所以我们选用距离病灶最近的头皮部位作为刺激区的头部围针法。头部围针的选穴符合局部取穴原则,结合 CT、MRI 影象,定位比较准确。

有临床研究表明,头部围刺治疗急性期脑血管病疗效好于头针治疗组,并观察到患者血中肾上腺素和去甲肾上腺素含量的改变^[6]。还有学者观察到,经 MRI 定位的围针对脑卒中患者血液流变学多项指标均有改善作用,优于传统头针组^[7]。

头部围针对脑卒中后的高级脑功能障碍有改善作用。有文献报道,头部围针较单纯西医康复疗法对脑血管病出现的认知障碍较有明显的改善作用^[8]。由头颅 CT 定位的围针对提高多发性梗死性痴呆患者的生存质量有一定作用^[9]。本文的初步结果显示,头部围针可能对脑卒中后抑郁症的治疗有一定的临床价值。

本次观察结果显示实验组在改善上肢功能方面与另两组无显著性差异。一方面也许是该法治疗的局限性,另外仔细观察数据,不难看出对照组 1 上肢功能评分偏低,说明该组患者处于联合反应期患者多或痉挛期的患者较少,体针及头针的治疗牵涉到异常运动模式的机率要少。该两项是康复过程中对康复效果影响最大的因素。因此该结果尚不能完全否定头部围针对上肢功能康复的作用。

偏瘫康复是一个全面的康复。本研究由于时间限制没有进行随访长期。有报道认为,使用醒脑开窍法进行 6 个月随访,针刺组死亡/残障率及死亡/远期住院率均稍低于非针刺组,但无显著性差异^[2]。挪威康复中心研究结果显示,针刺组在 ADL 和生活质量的改善方面与非针刺组有显著性差异;一年后随访,两组仍有显著性差异^[10]。

[参考文献]

[1] Sze FKH, Wong Eric, Xiang Y, et al. Does acupuncture have additional value to standard poststroke motor rehabilitation[J]? Stroke, 2002, 33: 186 - 194.

[2] 曾宪容, 刘鸣. 针刺治疗急性缺血性脑卒中的随机对照预试验[J]. 中华神经科杂志, 2003, 36(4): 247 - 250.

[3] 许健鹏, 肖淑杰, 陈之罡. 头部围针的定位方法[J]. 针灸临床杂志, 2001, 17(5): 1.

[4] 王伯清, 赵建华, 张咏梅. 头体针治疗脑卒中临床观察[J]. 中国康复理论与实践, 2004, 10(8): 490 - 491.

[5] 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.

[6] 李艳慧, 李旅萍. 病灶定位围针治疗缺血性中风的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2004, 21(5): 376 - 378.

[7] 江钢辉, 李艳慧, 黄勇, 等. 头颅磁共振成像定位围针对中风偏瘫患者血液流变学的影响[J]. 针刺研究, 2004, 29(1): 63 - 68.

[8] 许健鹏, 肖淑杰, 郭华珍. 头部围针加体针治疗偏瘫认知障碍的临床观察[J]. 中国康复理论与实践, 2002, 18(10): 4.

[9] 伦新, 荣莉, 杨文辉. 头颅 CT 定位围针对多发梗塞性痴呆患者生存质量的影响[J]. 针刺研究, 2004, 29(2): 149 - 152.

[10] Kjendahl A, Sallstrom S, Osten PE, et al. A one year follow-up study on the effects of acupuncture in the treatment of stroke patients in the subacute stage: a randomized, controlled study[J]. Clin Rehabil, 1997, 11(3): 192 - 200.

(收稿日期 : 2005-04-20)