

针刺在亚急性期中风治疗中的作用

挪威 Sunnaas 康复医院

Susanne Sallstrom, Astrid Kjendahl*,

Per Egil Østen, Johan Kvalvik Stanghelle

摘要 本文探讨中风康复治疗配合针刺对亚急性期中风患者的运动功能、ADL 和 QOL 的影响。选择亚急性期中风患者 45 例，随机分为对照组（21 人）和针刺治疗组（24 人）。治疗前后的运动功能评估用 MAS 方法，ADL 评分用 Sunnaas ADL 指数，QOL 评价用 NHP 方法。所有患者都接受物理疗法、作业疗法等常规康复训练，针刺治疗组除和对照组一样常规康复训练外，还用头针疗法。两组患者的运动功能、ADL 均有所提高，针刺组提高更显著；但只有针刺组患者 QOL 有显著提高。结果表明，针刺治疗在亚急性期中风患者的康复治疗中有效。

关键词 ADL；针刺；运动功能；中风；QOL；康复

1 引言

中国有很多用针刺治疗中风患者后遗症的报导。然而世界上不少针刺研究是针对脑溢血的急性期^[1-5]，接受针刺治疗患者的运动功能、平衡能力、ADL 的改善均较对照组有显著提高并减少患者的住院时间。

到 Sunnaas 康复医院就医的中风患者多为发病后一个月的患者。在那里，患者接受了全面多科协作的适合每个患者的康复治疗。本研究的目的是探讨针刺对改善亚急性期中风患者的运动功能、日常生活活动（ADL）、生活质量（QOL）的疗效是否可靠。

2 方法

共 49 名患者，均为首次发病。所有患者都志愿接受针刺治疗，并可随时提出终

止针刺治疗。科研设计通过奥斯陆地区医学研究委员会审定。

开始治疗的时间为发病后 15—71 天（平均 40 天），蛛网膜下腔出血、伴有完全性失语及其它重症合并症的患者除外。

患者随机分为两组，一组为对照组，另一组为针刺治疗组。

有 4 人中途终止治疗，每组两名，其中两名患者死亡（一名死于肺炎，一名死于心肌梗塞），一名患者因怕疼痛而提出终止针刺治疗，一名患者出院无法进行继续观察。

45 名患者中有 35 名为脑梗塞，10 名为脑出血，他们在两组中平均分配，其中合并高血压、冠心病、糖尿病等或有吸烟、肥胖、酗酒、忧郁等危险因素者，在两组中也平均分配。

• 联系地址：
Astrid Kjendahl
Sunnaas Rehabilitation Hospital
1450 Nesoddtangen
Norway
Fax: 66912576
Tel: 66969000
收稿日期：1995—10—09

所有进入 Sunnaas 康复医院的中风患者都进行了神经心理筛选 (NPG) 以确定有无失语症、失用症及认知障碍。NPG 包括认知功能, 如一般定向、手的运动速度、视觉和词语记忆、识别及回忆、注意力、语言技能、视觉空间、视觉结构功能和失用测试^[6-7]。在我们的治疗中或许针刺治疗组在认知障碍方面的改善更为突出, 因有失语症者针刺组占 14 人, 对照组仅 8 人; 有失用症者针刺组占 12 人, 对照组仅 4 人; 有失认症者针刺组占 12 人, 对照组仅 7 人。

在实验开始前, 所有患者都进行运动功能、ADL 和 QOL 检查, 6 周以后复查。

运动功能评估用 MAS 方法 (Motor Assessment Scale)^[8-9]。MAS 方法包括 8 项运动功能: 在床上翻身、起坐、站立、行走、坐位平衡、上肢活动、腕及手指活动。每项分为 0—6 分, 总分为 0—48 分, 48 分为正常。实施方法是由针灸治疗师给患者录像, 由不知患者分组情况的物理治疗师根据重放的录像资料予以评分。

ADL 评分用 Sunnaas ADL 指数^[10]。该标准包括 12 项: 吃饭、自制力、穿脱衣服、刷牙洗脸、洗澡、做饭、室内活动、排便、转移、家务劳动、户外运动和社会交往等, 每项 3 分。0 分为需要完全辅助, 36 分为完全独立。

42 名患者进行了 QOL 评价 (有 3 名患者因患有完全性失语症而被排除在观察之外, 其中 2 名在针刺组, 一名在对照组), 评价方法用 NHP (Nottingham Health Profile) 方法^[11]。后者是问卷式调查表, 可测定患者的社会 and 个体残疾程度。NHP I 包括 38 个“是非”题, 其内容包括精力、疼痛、情绪反应、睡眠、社会地位、

身体活动等。NHP II 包括 7 个“是非”题, 其内容包括职业、家务劳动、社会生活、家庭生活、性生活、娱乐及假日生活方面的问题。每个表格用 0 至 100 分来记录。分数越高表明存在的问题越多。

所有患者都进行常规康复治疗, 6 周内所有治疗都由负责该患者的物理治疗师予以记录。

针刺组患者除常规康复治疗外每周针刺 3—4 次, 每次留针 30 分钟。

针刺治疗是由受过中医培训并为挪威针灸学会会员的物理治疗师进行, 针刺治疗方案是由中国康复研究中心的中医师帮助制定的。

针刺治疗用体针和头针。体针选穴为局部选穴及辨证施针, 一般针患侧。头针用高频电针, 体针不用电针或用 2—4 Hz 的低频电针。

3 统计方法

统计方法是依据 Windows version 610 SAS 进行的。两组的参数比较用协方差分析。组内比较用 Wilcoxon 氏符号等级检验来进行, 性别和左右大脑半球作为协变量, 治疗前各参数作为治疗后进行比较的基准。其具体方法是治疗前各参数除以治疗后第二次评估时的相应参数。治疗前后的 MAS 分数用对数转换分析。ADL 参数用相关分析。所有统计结果以 $P < 0.05$ 为有意义。

4 结果

两组患者的住院时间无显著差异。只有一名患者提前出院。

表 1 表明, 两组患者接受康复训练的总量无显著差异。

治疗前两组的运动功能和 ADL、QOL 评价无显著差异。

表 1 在六周中患者接受的康复治疗的总量

康复治疗	针刺组 ($\bar{X} \pm SD$)	对照组 ($\bar{X} \pm SD$)
物理疗法	71.8 (18.7)	76.0 (23.8)
作业疗法	25.1 (12.0)	25.1 (10.2)
语言疗法	18.3 (13.2)	16.5 (17.1)

治疗前后两组的运动功能 (MAS 方法)、ADL 和 QOL 的改变如图 1—3。治疗前后两组的 MAS 及 ADL 评分均有明显改善, 但针刺组与对照组比较有显著性差异。

两组治疗前后 QOL 的变化如表 2, 针刺组患者情绪反应、疼痛、身体运动、精力都有显著的改善, 而对照组只有身体运动的改善, 但睡眠情况变得更差。

如治疗前所估计的那样, 治疗前后 NPH II 没有明显变化。所有患者治疗前后都有显著差异, $P=0.0001$; 针刺组差异大于观察组, 其治疗前后比较, $P=0.003$; 两组间 $P=0.002$ 。

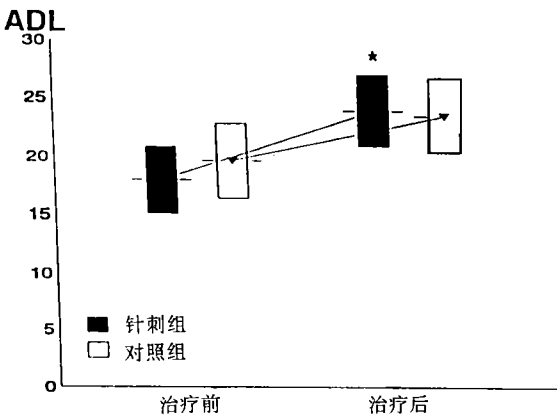


图 2 治疗前后 ADL 评分的变化
所有患者治疗前后都有显著差异, $P=0.0001$; 针刺组优于对照组, 两组间比较, $P=0.02$ 。

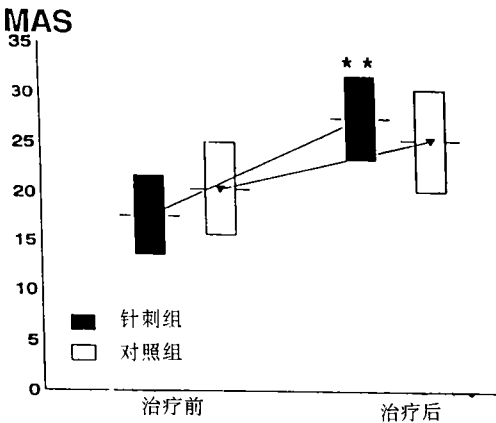


图 1 治疗前后 MAS 评分的变化
所有患者治疗前后都有显著性差异, $P=0.0001$; 针刺组优于对照组, $P=0.003$; 两组间 $P=0.002$ 。

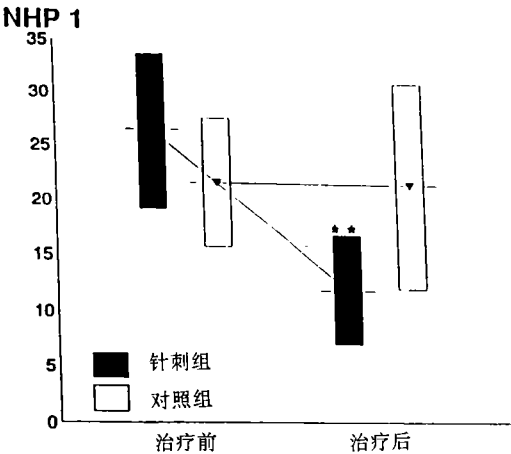


图 3 治疗后 NPH I 的变化

仅针刺组治疗前后有显著差异, $P=0.002$, 两组间比较也有统计学意义, $P=0.009$ 。

表 2 用 NHP I 评估治疗前后 QOL 的变化

	治疗前 ($\bar{X} \pm SD$)	治疗后 ($\bar{X} \pm SD$)	组内差异	组间差异
情绪反应				
针刺组	15.3 (18.6)	6.0 (11.4)	($P=0.02$)	
对照组	9.6 (11.2)	13.4 (21.4)		
睡眠				
针刺组	28.5 (35.4)	13.3 (17.9)		($P=0.004$)
对照组	24.6 (29.4)	36.2 (34.3)	($P=0.02$)	
精力				
针刺组	15.1 (25.8)	5.1 (13.2)		($P=0.006$)
对照组	2.4 (7.3)	12.0 (29.9)		
疼痛				
针刺组	19.5 (22.6)	6.9 (10.4)	($P=0.004$)	
对照组	16.5 (20.3)	13.1 (16.6)		
身体运动				
针刺组	71.3 (23.0)	30.8 (27.6)	($P=0.0001$)	
对照组	60.3 (22.8)	39.6 (30.4)	($P=0.006$)	
社会生活				
针刺组	9.2 (21.5)	9.8 (23.7)		
对照组	16.8 (20.1)	15.3 (24.1)		

5 讨论

我们课题的设想是受瑞典针刺治疗急性期中风患者的报告启发而产生的^[4-5]。研究结果表明,针刺治疗是对亚急性期中风患者各种康复疗法的补充。同时能被受过中医针灸训练的人完全理解并可应用于临床。

本项研究的目的是确定在综合康复训练的基础上加上针刺治疗是否对中风恢复更有效。我们并未对对照组患者实行安慰治疗(假针刺),因为这样的安慰治疗毕

竟也是一种针刺,也可能对疗效发生影响。

中风后功能重建的研究表明,脑的功能重组包括对侧额叶区的代谢活跃是值得重视的^[17]。因此,现代脑病学主张对损伤及脑疾病后应当使用更有效、目标更明确的治疗方法。我们的研究结果表明,针刺治疗很有必要用于康复潜力很大的亚急性期中风患者。

(许健鹏代译,李建军校,本刊有所删节)

6 参考文献

- 1 Chen Y, Fang Y. 108 cases of hemiplegia caused by stroke. The relationship between CT scan results, clinical finding and the effect of acupuncture treatment. *Acupunct Electr Res*, 1990, 15: 9—17.
- 2 Hu HH et al. A randomized controlled trial on the treatment for acute partial ischemic stroke with acupuncture. *Neuroepidemiology*, 1993, 12: 106—13.
- 3 Li et al. Clinical observations on acupuncture therapy for cerebral hemorrhage. *J Tradit Chin Med*, 1989, 9: 9—13
- 4 Johansson K, Lindgren I, Widner H, Wiklund I, Johansson B. Can sensory stimulation improve the functional outcome in stroke patients? *Neurology*, 1993, 43: 2189—92.
- 5 Magnusson M, Johansson K, Johansson B. Sensory stimulation promotes normalization of postural control after stroke. *Stroke*, 1994, 6: 1176—80.
- 6 Reinvang I, Sundet K. The validity of functional assessment with neuropsychological tests in aphasic stroke patients. *Scand J Psychology*, 1985, 26: 208—18
- 7 Sundet K, Finset A, Reinvang I. Neuropsychological predictors in stroke rehabilitation. *J Clin Exp Neuropsychology*, 1988, 10: 363—79.
- 8 Carr J, Shepherd R, Nordholm L, Lynne D. Investigation of a new motor assessment scale for stroke patients. *Physical Therapy*, 1985, 65: 175—80.
- 9 Dean C, Mackey F. Motor assessment scale scores as a measure of rehabilitation outcome following stroke. *Australilan Physiotherapy*, 1992, 38: 31—35.
- 10 Vardeberg K, Kolsrud M, Laberg T. The Sunnaas Index of ADL. *World Federation of Occupational Therapy Bulletin*, 1991, 24: 30—35.
- 11 Hunt SM, McKenna SP, Backett J, Williams J, Papp E. A. Quantative approach to perceived health status: a validation study. *J Epidemiology and Communitive Health*, 1980, 34: 281—86.
- 12 Cheng X ed. *Chinese Acupuncture and Moxibustion*. Beijing: Foreign Languages Press, 1987.
- 13 Maciocia G. *The practise of Chinese Medicine*. Edinburgh, London, Melburne, New York: Churchill Livingstone, 1994.
- 14 *Scalp Needling Therapy*. Hong Kong: Medicine and health Publishing Co, 1975.
- 15 Wyller TB. Rehabilitation of stroke patients—does it have an effect?. *J Nor Med Ass*, 1995, 115: 1743—7.
- 16 Lewith G, Vincent C. On the evaluation of the clinical effects of acupuncture: a problem re-assessed and a framework for future research. *Pain Forum*, 1995 (in press).
- 17 Johansson B. Has sensory stimulation a role in stroke rehabilitation? *Scand J Rehab Med*, 1993, Suppl 29: 87—96.