

• 临床研究 •

分期针刺配合康复训练对急性脑卒中的早期康复

刘悦 凌方明 章小平 龙目恒

[摘要] 目的 探讨分期针刺配合康复训练对急性脑卒中早期康复的疗效。方法 采用随机法将急性脑卒中患者 120 例分为针刺加康复训练治疗组、常规康复训练对照组,每组 60 例。治疗前后行临床神经功能缺损评分、FMA 与 MBI 评分。结果 治疗组临床神经功能缺损评分、简式 Fugl-Meyer 运动功能评分与修订的巴氏指数评分改善程度明显好于对照组,治疗组基本治愈和显著进步的占 75%,对照组 41.7%,2 组间具有高度显著性差异($P < 0.01$)。对照组出现肩手综合征 4 例,治疗组无。治疗组行走时伴偏瘫步态者少于对照组。结论 针灸与康复训练结合对脑卒中早期康复疗效明显。

[关键词] 脑卒中;针灸;康复

Early rehabilitation of acute stroke with acupuncture LIU Yue, LING Fang-ming, ZHANG Xiao-ping, et al. The 2nd Hospital of Traditional Chinese Medicine of Guangzhou, Guangzhou 510095, Guangdong, China

[Abstract] Objective To study the effect of the early rehabilitation of acute stroke with acupuncture added to rehabilitational training. Methods 120 patients with acute stroke were divided into 2 groups with 60 cases each: the acupuncture group, in which the patients were accepted acupuncture added to rehabilitational training, and the control group, in which the patients were accepted the rehabilitational training only. All the patients were evaluated with Clinical Nervous Functional Deficiency (CNFD), Fugl-Meyer Assessment (FMA) and Modified Barthel Index (MBI). Results The scales of CNFD, FMA and MBI of the patients in the acupuncture group was increased significantly than that of the control group. The rate of cure and significantly improvement in the acupuncture group was 75%, while that of the control group was 41.7% ($P < 0.01$). Conclusions Acupuncture compared with the rehabilitational training is effective on the rehabilitation of patients with stroke.

[Key words] stroke; acupuncture; rehabilitation

中图分类号: R743, R246.6 文献标识码: A 文章编号: 1006-9771(2002)11-0689-02

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2000 年 1 月—2001 年 12 月在我院中风病区住院的急性脑卒中患者 120 例。入选标准: ①生命体征平稳; ②昏迷量表(Glasgove coma scale, GCS)评分 ≥ 9 分; ③FMA(Fugl-Meyer Assessment)的上下肢的运动总分 ≤ 50 分。排除标准: ①既往有脑卒中史; ②短暂性脑缺血发作、可逆性缺血性神经障碍、蛛网膜下腔出血; ③发病前有影响功能恢复的神经或肌肉骨骼疾病; ④有严重的合并症。全部病例均经临床检查和 CT 或 MRI 检查,符合 1995 年全国脑血管病会议诊断标准^[1],其中脑出血 46 例,脑梗死 74 例,采用单盲法分为针刺+康复训练治疗组和康复训练对照组,治疗组 60 例,男性 38 例、女性 22 例,年龄 47—79 岁,平均(63.8 \pm 6.4)岁;脑出血 23 例、脑梗死 37 例。对照组 60 例,男性 37 例、女性 23 例,年龄 48—79 岁,平均(62.5 \pm 7.1)岁;脑出血 25 例、脑梗死 35 例。经统计学处理,两组患者在病种、性别及年龄方面无显著性差异。

1.2 评定指标: ①临床神经功能缺损程度评分采用 1995 年全国第四届脑血管病会议制定的评分方法,基本治愈:神经功能缺损积分减少 90%以上,病残程度 0

级;显著进步:神经功能缺损积分减少 46%—89%;病残程度 1—3 级;进步:神经功能缺损积分减少 18%—45%;无变化:神经功能缺损积分增加或减少不足 18%;恶化:神经功能缺损积分增加 18%以上。②简式 Fugl-Meyer 运动功能(Fugl-Meyer Assessment, FMA)评分^[2]:正常 100 分,小于 50 分为严重运动功能障碍,50—84 分为明显运动功能障碍,85—95 分为中度运动功能障碍,96—99 分为轻度运动功能障碍;③日常生活活动能力(ADL)采用修订的巴氏指数(Modified Barthel Index, MBI)评定^[2]:100 分正常,75—95 分为轻度功能缺陷,50—70 分为中度功能缺陷,25—45 分为严重功能缺陷,0—20 分为极严重功能缺陷。2 组患者均在治疗前及治疗(30 \pm 1)d 后分别进行评分,由针灸康复科同一医师进行。

1.3 治疗方法 神经学症状不再进展后 48h 开始。治疗组: ①头针治疗:选用双侧足运感区、偏瘫对侧的运动区及感觉区,30 号 1.5 寸毫针,以捻转补泻手法,频率 200 次/min 持续 1 分钟,留针,间歇 10 分钟重复捻转; ②电针治疗:弛缓阶段上肢以阴经穴为主,选用极泉、尺泽、青灵、曲泽、内关,下肢以阳经穴为主,选用环跳、伏兔、足三里、阳陵泉、解溪。痉挛阶段取上肢阳经穴,选用肩髃、臂臑、消泺、曲池、支正、外关,下肢取阴经穴,选用髀关、阴包、箕门、委中、阴陵泉、三阴交。均采用 30 号 1.5 寸毫针,捻转提插手法,得气后患肢

穴位接通 G6805-II 电针仪,连续波型,强度为患者能耐受的最大强度,留针 20 分钟,每天 1 次,每周治疗 5 天;③康复训练:采用 Bobath 法^[3]和运动再学习法(motor relearning programme, MRP)^[4]等内容相结合进行训练,主要包括:正确的卧位、坐位、垫上活动,床与轮椅之间的转移,患侧下肢负重的立位练习,患侧下肢立位时的选择性活动,坐位和立位的平衡反应再学习,步行功能再学习等,训练中穿插 ADL 的训练,包括穿、脱衣服,使用餐具、个人卫生、淋浴、用厕等,分步骤循序渐进,因人而异,对不同情况选用合适的促进技术处理,选择合适的运动量。每天 1 次,每次 40 分钟,每周 5 天。对照组:采用与治疗组相同的康复训练。2 组患者常规药物治疗及对症处理方法相同。

2 结果

治疗前临床神经功能缺损评分、FMA 与 MBI 评分在治疗组与对照组之间的差异无显著性($P > 0.05$)。治疗后对照组此 3 项指标与治疗前相比均有明显改善($P < 0.05$),但其改善程度明显小于治疗组($P < 0.01$)。见表 1。临床疗效评定 2 组有效率分别为 100%、91.7%,无显著性差异。治疗组基本治愈和显著进步的占 75%,对照组 41.7%,2 组差异明显($P < 0.01$)。见表 2。对照组出现肩手综合征 4 例,治疗组无。治疗组行走时伴偏瘫步态者(髋关节外旋、外展划圈)少于对照组。

表 1 2 组患者治疗前后神经功能缺损、FMA 及 MBI 评分比较

评定指标		治疗组	对照组	P 值
临床神经功	治疗前	23.73 ±6.14	23.63 ±8.32	> 0.05
能缺损评分	治疗后	13.71 ±7.16	17.84 ±7.65	< 0.01
FMA 评分	治疗前	40.34 ±21.78	41.17 ±25.71	> 0.05
	治疗后	68.35 ±23.39	51.46 ±22.58	< 0.01
MBI 评分	治疗前	32.82 ±17.4	33.02 ±12.48	> 0.05
	治疗后	78.84 ±25.31	56.65 ±26.53	< 0.01

表 2 2 组患者临床疗效评定(%)

组别	基本治愈	显著进步	进步	无变化
治疗组(60)	9(15%)	36(60%)	15(25%)	0(0%)
对照组(60)	1(1.7%)	24(40%)	30(50%)	5(8.3%)

3 讨论

根据康复理论,脑卒中后中枢神经系统在结构上或功能上具有可塑性。头针可促进脑血管侧枝循环的建立,快速缓解血管痉挛,使脑血管扩张,阻力减低,脑血流量增加,改善病灶周围脑细胞的缺血,挽救坏死灶周围功能受损的缺血组织,促使部分“休克”神经细胞的功能恢复。根据现代康复医学理论,我们改变了体针“治痿独取阳明”的传统做法,在软瘫期上肢取阴经穴,下肢取阳经穴为主,力图诱发偏瘫侧上肢屈肌,下肢伸肌肌张力增加,促发共同运动;在痉挛期则取上

肢阳经经穴,下肢阴经经穴,电针拮抗肌以提高拮抗肌的肌力,抑制痉挛,使痉挛肌与拮抗肌受到交替刺激,纠正异常运动模式。同时配合经典康复训练协调主动肌群和拮抗肌群,有效地缓解痉挛,减少和防止废用、误用和过用综合征的产生。

关于脑卒中早期康复的开始时间问题,目前争论较多。大多数观点认为,脑卒中后康复应尽早开始。一般认为脑卒中发病以后 1 个月以内开始康复即为早期康复,而 WHO 推荐的康复训练开始时间为生命体征稳定,神经系统症状不再发展以后 48h^[5]。早期康复的安全性是每个医生都非常关心的问题,也为患者和家庭所关注。在针灸治疗和康复训练过程中应积极处理各种危险因素,根据病情变化及时调整康复治疗内容,本研究无 1 例患者因病情加重而停止康复治疗,因此我们认为早期康复是安全的。同时我们也观察到,主动活动需患者主动完成或配合,对血压和脉搏有一定影响,且康复训练受患者精神状态、理解能力、神经功能缺损程度及医嘱执行能力等因素影响,针刺治疗在患者病情稳定,生命体征平稳,无严重并发症时即可进行^[6],同时针刺对患者血压和脉搏有双向良性调节作用,这也是治疗组疗效好于对照组的原因之一。

既往中医用肌力的恢复来评价偏瘫的治疗效果,这缺乏科学性。将现代康复学的功能评价的方法引入到中医康复方案中,符合中医康复学的发展。临床常用的针灸方法是以被动的形式恢复偏瘫的功能,这种康复方法较主动训练方法有一定局限性。因此,将现代康复中有关功能障碍的康复方法补充到中医康复方案中,并逐步与中医的针灸治疗相融合是对中医康复学的一种发展^[7]。

[参考文献]

- [1] 全国脑血管病会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经学杂志, 1996, 29(6): 379.
- [2] 缪鸿石, 朱镛连. 脑卒中的康复评定和治疗[M]. 北京: 华夏出版社, 1996. 24.
- [3] Bobath B. Adult Hemiplegia: Evaluation and Treatment[M]. 2nd ed. London: Heinemann Medical, 1978.
- [4] Carr JH, Sheperd RB. A Motor Relearning Programme for Stroke[M]. 2nd ed. London: Heinemann Medical, 1987. 23—29.
- [5] WHO Stroke 1989. Recommendation on stroke prevention, diagnosis and therapy[J]. Stroke, 1989, 20(10): 1407.
- [6] 刘悦, 凌方明. 针药综合治疗缺血性中风 50 例疗效观察[J]. 新中医, 2001, 33(34): 68.
- [7] 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, 3(16): 183.

(收稿日期: 2002-07-09 修回日期: 2002-08-08)