

针刺联合康复训练治疗脑梗死偏瘫临床研究

陆春光 李颖骥 覃正壮 谭秀芬 蔡恕一

(广西贵港市中医医院 贵港 537100)

摘要:目的:观察针刺疗法结合康复训练对脑梗死后偏瘫患者的临床疗效。方法:选择本院 150 例生命体征稳定、神经病学体征不再进展的急性脑梗死患者,随机分为针刺组、康复组、针刺康复组各 50 例,分别采用针刺治疗、康复训练治疗、针刺联合康复治疗,治疗 6 周后比较三组临床疗效及梗死灶体积、中风评分、神经功能缺损程度积分指标改善情况。结果:针刺康复组总有效率 98%,高于针刺组 84%及康复组 82%;在缩小梗死灶体积、降低中风评分和神经缺损程度积分方面,针刺康复组显著优于针刺组、康复组($P<0.05$)。结论:针刺联合康复训练能有效改善脑梗死后神经功能缺损程度,疗效显著,可作为脑梗死偏瘫较佳疗法。

关键词:脑梗死;偏瘫;针刺治疗;康复训练

中图分类号:R 743.33

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.008

脑梗死是一种严重危害中老年人健康的常见病、多发病,也是发病率高、死亡率高及致残率高的疾病。随着医学科学的发展,对脑梗死的诊断、抢救水平不断提高,其死亡率已大幅度下降,但致残率仍明显上升,我国致残率大于 80%,幸存者留下不同程度的后遗症,如某些大脑功能障碍、心理障碍,最常见的还是运动功能障碍—偏瘫。笔者选择我院脑病科 2008 年元月~2010 年 6 月脑梗死住院患者 150 例,开展针刺联合康复治疗脑偏瘫患者临床研究,取得显著的疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选择我院脑梗死患者 150 例为研究对象,按简单随机化分为针刺组、康复组、针刺康复组各 50 例。根据脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分法评分标准^[1],将三组患者病情程度分为轻型(0~15 分)、中型(16~30 分)和重型(31~45 分)。梗死灶面积分为大面积梗死(梗死区域超过 1 个脑叶,横断面 ≥ 5 cm)、中面积梗死(梗死区域 ≤ 1 个脑叶,横断面 3.1~5 cm)、小面积梗死(梗死区域 <1 个脑叶,横断面 <3 cm)。治疗前各组在性别、年龄、病情、梗死灶面积、病程等方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 三组患者一般情况比较 ($\bar{X}\pm S$) 例

组别	n	男	女	年龄(岁)	病程(d)	梗死灶			病情		
						大	中	小	轻	中	重
针刺康复组	50	29	21	56.63 $\pm$ 8.26	3.67 $\pm$ 2.03	5	25	20	19	24	7
针刺组	50	27	23	57.65 $\pm$ 9.21	3.85 $\pm$ 2.17	6	21	23	19	25	6
康复组	50	30	20	56.05 $\pm$ 8.15	3.65 $\pm$ 2.42	5	23	22	18	27	5

1.2 诊断标准 中医诊断标准:参照国家中医药管理局脑病急症协作组“中风病诊断与疗效评定标准”^[2],西医诊断标准:参照全国第四届脑血管病学学术会议修订的“各类脑血管疾病诊断要点”中“动脉粥样硬化性血栓脑梗塞诊断标准”^[3]拟定。

1.3 纳入标准 符合上述中西医诊断标准的急性脑梗死患者,经头颅 CT 或 MRI 诊断确诊,年龄 <85 岁,初次发病,病情 1 周内,神志清楚且病情稳定。

1.4 排除标准 年龄 >85 岁;经检查证实由脑肿

瘤、脑外伤、脑寄生虫、代谢障碍、风湿性心脏病、冠心病及其他心脏病合并心房纤颤引起脑梗死者;严重的精神障碍、痴呆者;合并严重肺、肝、肾、造血系统和内分泌系统疾病者;有关节病变及严重影响机体运动功能者。

2 治疗方法

三组患者均接受中西医结合常规药物治疗,包括解除脑水肿、溶栓、抗血小板聚集、抗凝、降纤、脑保护、改善血液循环、控制感染及对症处理、治疗并发疾病等治疗。

2.1 针刺组 在药物治疗的基础上加针刺,针刺采用头体针并用方法。

2.1.1 头针 参照中国针灸学会制定的《头皮针的标准线》取穴。患者仰卧,取顶中线,病灶侧的顶颞前斜线和顶颞后斜线。常规消毒后,采用 28 号 1.5 寸毫针,按上述穴区两针对刺或接力刺,针头与头皮呈 15~30° 角快速刺入头皮下,当针尖抵达帽状腱膜下层时,使针头与头皮平行继续进针 0.5~1.5 寸,运针捻转 200 次/min,捻转 2 min,间隔 10 min 运针 1 次,留针 30~45 min,每日 1 次,每周治疗 5 次,连续治疗 6 周。

2.1.2 体针 上肢取患侧肩髃、臑会、消泺、手三里、四渎、八邪(掌骨缝间)、内关、合谷,下肢取患侧殷门、委中、足三里、阳陵泉、丘墟、足临泣。选用 1.5~3.0 寸毫针,常规消毒,常规进针,行提插、捻转手法,间隔 10 min 行针 1 次,留针 30 min。手三里、四渎、足三里、阳陵泉加电连续波,频率 10Hz,输出量以患者能忍受为度,可见患者手及足背屈的震动模式。每周 5 次,连续治疗 6 周。

2.2 康复组 采用整体康复治疗,以 Bobael 疗法、运动再学习为主的综合康复训练。主要包括良肢位的摆放,床上系列功能训练,翻身和起坐训练,坐位、扶站、站立的三级平衡训练,以纠正划圈步态为主要目的的步行训练,肩、肘、腕关节功能活动的示例训练,手指功能和精细活动的功能康复训练等。

根据不同的患者偏瘫情况制定不同的训练计划,尽可能让患者做主动运动,对不能主动运动的患者要求对偏瘫肢体进行意念运动。康复训练时间为 45 min,每日 1 次,每周治疗 5 次,连续治疗 6 周。

2.3 针刺康复组 采用针刺组及康复组治疗方法,每周治疗 5 次,连续治疗 6 周。

3 疗效观察

3.1 观察方法 观察比较三组疗效及治疗后梗死灶范围、神经系统缺损程度积分^[4]、中风积分^[5]的变化。

3.2 疗效评定标准

3.2.1 中医疗效标准 参照 1995 年国家中医药管理局脑病急症协作组“中风病诊断与疗效评定标准^[2]”拟定。对患者的临床症状进行评分,疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%,基本恢复≥80%,显著进步 56%~80%,进步 11%~56%,无变化<11%或病情加重。

3.2.2 临床神经功能缺损程度 痊愈为功能缺损评分降低 91%~100%,病残程度为 0 级;显著进步为功能缺损评分降低 46%~90%,病残程度为 1~3 级;进步为功能缺损评分降低 18%~45%;无变化为功能缺损评分降低≤17%;恶化为功能缺损评分增加 18%以上。

3.3 统计学方法 采用 SPSS12.0 统计软件。计量资料以($\bar{X} \pm S$)表示,采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验。

3.4 治疗结果

3.4.1 三组临床疗效比较 见表 2。针刺康复组的愈显率及总有效率均高于针刺组及康复组 ($P<0.05$),表明针刺康复组疗效优于针刺组及康复组。

表 2 三组患者疗效比较 例						
组别	n	痊愈	显著进步	进步	无效	愈显率(%)
针刺康复组	50	19	19	11	1	76*
针刺组	50	12	13	17	8	50
康复组	50	13	14	14	9	54

注:与针刺组及康复组比较,* $P<0.05$ 。

3.4.2 三组治疗前后梗死灶变化及有关评分比较 见表 3。结果表明,三组梗死灶治疗后均有缩小($P<0.05$),但针刺康复组缩小更为显著($P<0.01$);针刺康复组治疗后中风评分降低($P<0.05$),而针刺组及康复组治疗后改变不明显($P>0.05$);三组治疗后神经功能缺损程度积分均明显降低($P<0.05$),但针刺康复组降低更为明显($P<0.01$)。

表 3 三组治疗前后梗死灶及相关评分比较 ($\bar{X} \pm S$)			
组别	治疗	梗死灶(cm^2)	神经功能缺损程度积分(分)
针刺组	治疗前	8.25±2.18	14.45±7.15
	治疗后	4.30±1.25**△	6.25±4.13**△
针刺组	治疗前	8.38±2.20	15.05±7.03
	治疗后	6.23±2.32*	9.53±4.65*
康复组	治疗前	8.19±2.12	15.55±7.35
	治疗后	6.25±2.51 *	8.87±5.02*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与针刺组及康复组比较,△ P

<0.05。

4 讨论

脑梗死偏瘫的治疗是医学界重大的课题,受到众多医务工作者的重视。针刺治疗脑梗死偏瘫疗效得到认可,临床研究证实针刺能扩张血管,促进脑血管侧支循环的建立,改善脑及肢体的微循环,增加病损组织的血氧供应,提高新陈代谢,并能激活神经细胞,从而使上下运动神经元的功能恢复^[6]。中医学认为“头者,精明之府。”头部乃脏腑和经络之气血汇聚之处,跨越督脉、足少阳、足太阳三条阳经,从头到足,纵贯全身,具有通调一身阳气的功能。配合头针可直接作用于大脑皮层,增强改善该区域大脑皮层的血液循环,恢复脑细胞兴奋性,从而促进肢体功能的恢复。一般认为在脑梗死偏瘫的治疗中,6 h 内是抢救脑细胞死亡的关键,72 h 内是抢救缺血半暗区的关键,1 星期内是争取建立半暗区侧支循环的关键。脑梗死偏瘫患者,脑和神经损伤已经形成,损失功能状态基本存在,可恢复性相对较差,这是脑梗死偏瘫功能恢复效果较差、速度慢的主要原因,但此时运用针刺及时治疗对功能恢复仍有意义。康复训练是应用医学科学及其有关技术,使脑梗死偏瘫患者的潜在能力和残存能力得到充分发挥。康复训练介入脑梗死治疗的时机,WHO 定为发病后 48 h,只要患者生命体征稳定,意识清楚,神经系统体征不再进展即可进行早期康复训练,并且是安全有效的。不同时期的脑梗死偏瘫患者的康复训练各有侧重,如早期除配合抢救治疗和严密观察病情外,重点是做好预防性康复,如良肢位的摆放、体位变换、被动关节活动;恢复期的重点是促进主动性康复,以功能训练为主;后遗症期应以注意维持和适应性康复指导为主。

本研究结果显示,针刺治疗和康复训练治疗脑梗死偏瘫患者均有一定的疗效,而针刺联合康复训练治疗,使神经功能缺损康复临床效果明显优于单纯针刺治疗和单纯康复治疗。针刺联合康复训练治疗显示出其独特的优势和疗效,值得进一步探讨。

参考文献

[1] 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,1996.11-20
[2] 国家中医药管理局脑病急症协作组.中风病诊断与疗效评定标准[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):55
[3] 全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管疾病诊断要点[J].中国实用内科杂志,1999,17(5):312-314
[4] 陈清棠.脑卒中患者神经功能缺损程度评分标准[J].中国实用内科杂志,1999,17(5):312
[5] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第一辑)[S].1993.122
[6] 唐强.针刺治疗脑梗死作用机理的研究进展[J].针灸临床杂志,2004,21(7):55

(收稿日期:2010-12-31)