

## 功能训练联合针灸早期介入对脑卒中患者生存质量的影响\*

王伟敦<sup>1</sup> 丁自勤<sup>1</sup> 陈慧珍<sup>1</sup> 乔亚琴<sup>1</sup>

## 摘要

**目的:**观察早期介入针灸配合功能训练对脑卒中患者生存质量(QOL)的影响。

**方法:**将121例急性期脑卒中患者随机分为治疗组(61例)与对照组(60例),两组均使用常规基础治疗与功能训练,治疗组加针灸治疗,每日1次,10天1疗程,共3个疗程。分别于治疗前、治疗结束时及治疗后3个月进行脑卒中患者生存质量评分(SS-QOL)。

**结果:**治疗结束时和治疗后3个月,两组患者SS-QOL评分各方面均有改善,与治疗前比较差异有显著性意义( $P < 0.05$ );治疗组提高较明显,与对照组比较差异有显著性意义。治疗1个月及治疗后3个月两组生理、社会、环境、心理评分均有不同程度改善,除治疗1个月心理评分外其余评分与治疗前比较差异均有显著性意义( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ );组间比较显示,治疗后3个月治疗组生理、心理、环境评分与对照组比较差异均有显著性意义( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ )。

**结论:**功能训练与针灸联合治疗早期介入可以从多方面改善脑卒中患者的生存质量。

**关键词** 脑卒中;功能训练;针灸;早期介入;生存质量

**中图分类号:**R743.3,R493 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2012)-02-0147-03

脑卒中是最常见的神经系统疾病,流行病学调查显示,全国每年新发脑卒中约200万人,而75%脑血管病存活患者存在不同程度的伤残<sup>[1]</sup>。随着医学的发展,脑卒中的存活率逐渐升高,但随之而来的生存质量问题逐渐得到重视,患者日常生活和工作能力、最大程度回归社会等方面的改善或恢复成为了现阶段研究的重点。研究表明,康复的早期介入对患者的伤残程度减轻有重要作用,而且脑卒中的早期康复是安全的,而在发病14d以内开始康复治疗显著<sup>[2]</sup>。现阶段研究多集中在患者伤残程度及肢体功能恢复等方面,而本研究采用针刺与功能训练联合治疗,对脑卒中患者进行早期干预,对患者生存质量(quality of life, QOL)改善情况进行观察,从而评价针灸与功能训练对患者生存质量的影响。

## 1 资料与方法

## 1.1 研究对象

2009年5月—2011年5月,在我院病房及门诊的脑卒中患者121例。纳入标准:①西医诊断:参照全国第四次脑血管病学术会议制定的诊断标准<sup>[3]</sup>;②中医诊断:参照2002年《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[4]</sup>;③发病14d以内,经临床及CT和(或)MRI证实为新发脑卒中患者;④年龄40岁以上、80岁以下,男女均可;⑤第一次发病或既往有脑卒中病史但无后遗症者;⑥患者生命体征平稳,神志恢复正常者;⑦患

者或家属知情同意接受本临床试验者。排除标准:①经CT证实,脑血管畸形异常引起的脑卒中患者;②脑卒中开颅手术患者;③检查证实由脑肿瘤、脑外伤、脑寄生虫病、代谢障碍、风湿性心脏病、冠心病及其他心脏合并房颤引起的脑梗死患者;④妊娠或哺乳期妇女;⑤凡不符合纳入标准,未按规定治疗,服用对疗效结果判定有影响的其他药品,或资料不全等影响疗效或安全性判定者。⑥合并有肝、肾、造血系统和内分泌系统等严重原发性疾病,精神病患者。

病例剔除、脱落及中止试验标准:①纳入后发现不符合纳入标准、或未按试验方案规定治疗的病例,予以剔除;②纳入病例发生严重不良事件、出现并发症不宜继续接受试验,自行退出或未完成整个疗程而影响疗效或安全性判断的病例,视为脱落;③临床试验中出现严重不良反应者、并发症、或病情迅速恶化者应中止试验。

使用SPSS18.0统计软件进行病例数估计,并将121例患者随机分为治疗组61例与对照组60例。无失访及死亡病例,纳入患者中单纯皮质损害者83例,皮质下受损者21例,皮质及皮质下均受损者17例。两组患者一般情况基线比较见表1。经Ridit分析,两组患者基线水平比较差异无显著性意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 治疗方法

两组患者均采用基础治疗:包括调控血压、血糖、抗感

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2012.02.012

\*基金项目:上海市黄浦区科委资助项目[(2009)HGG-16]

1 上海市黄浦区中心医院康复医学科,上海市四川中路109号,200002

作者简介:王伟敦,男,副主任医师;收稿日期:2011-09-14

表1 两组患者基线情况比较

	对照组(n=60)	治疗组(n=61)
男性/女性(例)	35/25	39/22
平均年龄(岁)	61(44—80)	58(44—78)
病程		
1—7d	15	17
8—14d	45	44
病变部位(例)		
左侧	25	30
右侧	35	31
卒中类型(例)		
脑梗死	53	53
脑出血	7	8
受损部位		
皮质及皮质下均损伤	9	8
单纯皮质损伤	41	42
皮质下损伤	10	11

染、预防应激性溃疡、脱水降颅压、改善脑供血及营养支持等对症治疗。对照组在常规治疗基础上采用功能训练;治疗组在常规治疗的基础上采用针灸结合功能训练。疗程结束后患者继续西医治疗,但停用针灸及功能训练。

**1.2.1 针灸治疗。**取穴:采用辨证论治、辨证施针,半身不遂者取其肩髃、曲池、手三里、外关、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、太冲、大椎、肾俞、昆仑、委中、三阴交、十二井穴等腧穴;口角歪斜者取地仓、颊车、合谷、太冲、人中、风池;言语不利者加廉泉、哑门、通里。

针刺方法:穴位及针具常规消毒后,用1.5寸毫针进入穴位0.5—1.5寸,行提插捻转手法,得气后留针30min,每10min行针1次,每日1次,10d为1疗程,每个疗程之间休息1d,共3个疗程。

**1.2.2 功能训练:**瘫痪肢体功能训练的程序是被动运动→辅助主动运动→主动运动在每次被动运动之前,先行按摩,手法要轻柔缓慢。发病后14d以内的急性期患者训练内容主要是良肢位、定时变换体位、关节被动活动、早期坐位及坐位平衡等。

操作方法:仰卧位,在肌肉丰厚处施以滚法,整个上肢及下肢施用拿揉法,每日1次,每次20min。肩胛胸廓关节施以上提下降被动运动,上肢肩关节、肘关节、腕关节及掌指、手指关节等,下肢髋关节、膝关节、踝关节等均视不同关节的运动方式,由上至下施以缓慢适度的屈伸、内收、外展及内外旋转等被动关节运动,每天一次。上肢健侧带动患侧上举运动,双手十指交叉,掌心相对,以健侧上肢带动患侧上肢运动,充分活动肩关节,肘关节;下肢进行抬臀训练,以双下肢屈髋、屈膝,双足支撑与床面,双手十指交叉置于胸前,进行抬臀训练,充分伸展髋关节,屈曲膝关节,上下肢训练均反复10次,每天训练2次。

以上功能锻炼每天一套,10d为1疗程,1个疗程后休息

1d,共3个疗程。

**1.3 疗效评定标准**

对所有患者分别与治疗前、治疗1个月及治疗后3个月进行特定脑卒中生存质量评分(stroke scale-quality of life, SS-QOL)<sup>[5]</sup>,包括12个领域:精力、家庭角色、言语、活动、情绪、个性、自理能力、社会角色、思维、上肢功能、视力、工作/劳动,共49项,从整体及生理、心理、社会、环境5个方面评价患者的生存质量。

**1.4 统计学分析**

采用SPSS18.0统计软件进行分析。计量资料符合正态分布用均数±标准差表示,组内比较用配对t检验,组间比较用两独立样本t检验;计数资料构成比用χ<sup>2</sup>检验,两组总有效率之间比较用非参数两样本率比较,检验水准α=0.05。

**2 结果**

**2.1 两组患者治疗前后的QOL总分比较**

见表2。治疗前后两组数据经t检验,组内比较显示,两组治疗1个月及3个月与治疗前比较差异均有显著性意义(P<0.05或P<0.01);组间比较显示,治疗1个月及3个月治疗组QOL评分与对照组比较差异均有显著性意义(P<0.05或P<0.01)。提示治疗1个月及3个月两组QOL评分均有明显改善,而治疗组改善较对照组明显。

**2.2 两组患者生理、心理、社会、环境评分比较**

两组患者生理、心理、社会、环境评分比较情况见表3。治疗前后两组数据经方差分析LSD检验,组内比较显示,两组治疗1个月及3个月生理、社会、环境评分与治疗前比较差异均有显著性(P<0.05或P<0.01),治疗后3个月心理评分与治疗前比较差异有显著性意义(P<0.05);组间比较经t检验显示,治疗后3个月治疗组生理、心理、环境评分与对照组比较差异均有显著性意义(P<0.05或P<0.01)。提示:治疗1个月及3个月两组生理、心理、社会、环境4组评分均有不同程度改善,治疗组在生理、心理及环境等方面改善较对照组明显,而与治疗前相比,生理、社会及环境3组评分改善显著。

**3 讨论**

WHO提出,在患者生命体征稳定,神经系统症状不再出现进展后的48h即可进行功能训练<sup>[6]</sup>。而随着社会的进步和医疗水平的提高,单纯对疾病的生存率及致死率的评价已经

表2 两组患者治疗前后的QOL总分比较 (x̄±s)

组别	例数	治疗前	治疗1个月后	治疗3个月后
对照组	60	59.25 ± 11.48	72.99 ± 8.41 <sup>①</sup>	75.92 ± 12.62 <sup>②</sup>
治疗组	61	58.64 ± 10.94	78.34 ± 9.21 <sup>②③</sup>	90.08 ± 11.44 <sup>②④</sup>

组间治疗前后比较:①P<0.05,②P<0.01;与对照组比较:③P<0.05,④P<0.01

表3 两组患者生理、心理、社会、环境评分比较

( $\bar{x} \pm s$ )

	对照组(n=60)			治疗组(n=61)		
	治疗前	治疗1个月	治疗3个月	治疗前	治疗1个月	治疗3个月
生理	11.68 ± 2.45	17.88 ± 2.98 <sup>②</sup>	19.26 ± 3.64 <sup>②</sup>	11.44 ± 3.06	19.82 ± 3.91 <sup>②</sup>	23.80 ± 2.66 <sup>②③</sup>
心理	12.91 ± 1.67	14.63 ± 3.64	17.88 ± 2.69 <sup>①</sup>	12.08 ± 2.44	15.74 ± 3.21 <sup>①</sup>	19.26 ± 2.95 <sup>②③</sup>
社会	7.63 ± 2.19	9.26 ± 3.88 <sup>①</sup>	9.90 ± 2.94 <sup>①</sup>	7.88 ± 3.01	10.64 ± 2.99 <sup>①</sup>	11.79 ± 3.08 <sup>①</sup>
环境	17.44 ± 3.80	22.94 ± 4.67 <sup>②</sup>	23.88 ± 3.25 <sup>②</sup>	17.95 ± 3.04	24.67 ± 3.87 <sup>②③</sup>	29.42 ± 1.25 <sup>②④</sup>

组间治疗前后比较:①P<0.05,②P<0.01;与对照组比较:③P<0.05,④P<0.01

不能全面反映治疗方法的有效性,改善患者生存质量,帮助患者最大程度的恢复社会功能逐渐引起医务工作者的重视<sup>[7]</sup>。QOL的提出,对脑卒中等具有神经损伤后遗症类疾病的疗效评价有重要的作用,它可以较全面地反映患者机体功能及心理上的健康状况的改善情况<sup>[8-9]</sup>。

本结果提示,多种针刺方法对缓解疼痛,改善肌力,神经功能缺损程度及生活活动能力上都具有良好的疗效;可以改善血液循环而改善肢体血液供应,促进患者功能恢复,与以往的有关报道结果一致<sup>[10-11]</sup>。脑卒中后,患者脑组织局部供血区缺血缺氧,从而引起神经细胞变性坏死,导致神经功能缺损,针灸的早期介入可尽早恢复脑组织的血氧供应,促进脑血管新生,使脑血管缺血半影区内微血管数明显增多,提高血管密度,加快血流的速度,增加梗死区的血氧供应,及时有效地改善大脑动脉堵塞后脑微循环的灌注状态<sup>[12]</sup>。中医认为,针灸的早期介入可以协调阴阳,疏通经脉,使气血循经脉正常输布,肌肉筋脉得以濡养,气血通畅,对患者肌力的恢复有较好的效果。本研究采用国内外研究者公认的SS-QOL量表评价脑卒中患者生存质量<sup>[13]</sup>,结果表明,针灸结合功能训练早期治疗脑卒中患者对患者的生存质量有较明显的提高,在生理、心理、社会关系和环境等多方面均可起作用。近期研究表明,对急性脑卒中患者病灶部位与其生存质量相关性不大,而年龄、性别及病程对其影响较为重要,而这主要是由其不同的生理、心理及社会关系等因素决定的<sup>[14-15]</sup>。所以,本方法从生理、心理、社会及环境多方面对生存质量进行研究且起到了较好的疗效,同时也可以证实,以上因素对脑卒中患者的生存质量影响较大。

治疗后3个月各组评分均有显著改善,尤其在心理评分方面(较治疗1个月有显著改善),以往研究也表明,康复训练的介入不仅可以提高脑卒中患者日常生活自理能力,还可改善患者的生活满意度<sup>[16]</sup>。患者心理改善也是通过多方面作用的,神经功能障碍与病态心理两者相互影响,故治疗上应两者并重,均早期功能训练<sup>[17]</sup>。而卒中后抑郁、焦虑等心理疾病也是脑卒中患者较为常见的并发症,严重影响患者神经功能恢复及日常生活能力的提高,对患者的生存质量造成影响<sup>[18]</sup>。本研究显示,针灸与功能训练早期介入,可以减少脑卒中患者康复期病变心理等并发症,提高功能训练效果,改善脑卒中患者的生存质量。

参考文献

- [1] 陈风华,崔明,唐琴,等. 脑卒中后遗症期患者社区康复疗效分析[J]. 中国康复医学杂志,2008,23(6):527—529.
- [2] “九五”攻关课题组. 急性脑卒中早期康复的研究[J]. 中国康复医学杂志,2001,16(5):300.
- [3] 全国第四届脑血管病学术会议各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,29:379—380.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 第2版. 北京:中国医药科技出版社,2002.73—77.
- [5] Williams LS, Weinberger M, Harris LE. Development of a stroke specific quality of life scale[J]. Stroke, 1999, 30(7):1362—1369.
- [6] Stroke-1989.Recommendations on stroke prevention, diagnosis, and therapy. Report of the WHO task force on stroke and other cerebrovascular disorders[J].Stroke, 1989, 20(10):1407.
- [7] 李葆华,黄润州,侯淑肖,等. 脑卒中患者出院时生存质量及相关因素分析[J]. 护理管理杂志, 2011,11(1):13—16.
- [8] World Health Organization. WHO QOL user manual [S]. Geneva, WHO. 1998.
- [9] 庆慧. 脑卒中患者生存质量评价研究的思路与方法[J].中国老年学杂志,2010,7(30):1911—1913.
- [10] Su SY, Zhou EH, Li YF, et al. Development of clinical studies on acupuncture treatment of shoulder pain in patients with wind stroke[J]. World J Acup-Mox, 2004, 14 (1):43—48.
- [11] 邓柏颖,谢感共,罗敏然,等. 化脓灸对脑卒中先兆及其全血黏度、血脂近期影响的观察[J]. 中国针灸,2003,23(12):731—734.
- [12] 王家有,宿宝贵,潘三强,等. 电针对脑梗死大鼠缺血半影区微血管和神经细胞超微结构的影响[J]. 解剖学研究,2005,27(4):274—278.
- [13] 王伊龙,马建国,李军涛,等. 脑卒中生存质量量表中文译本信度和效度及敏感性的初步研究[J]. 中华老年心血管病杂志,2003,5(6):3914.
- [14] 郭铁成,陈小红. 急性期脑卒中患者生存质量的影响因素[J]. 中国康复,2008,23(4):238—240.
- [15] 赵修敏. 脑卒中患者生存质量及其相关因素分析[J].中国老年学杂志,2011,31(4):2292—2293.
- [16] 郑纓,陈文华,祁奇,等. 综合康复对脑卒中患者的康复疗效探讨[J].中国康复理论与实践,2008,14(3):294—295.
- [17] 杨继荣.脑卒中患者神经功能障碍和病态心理分析[J].现代中西医结合杂志,2011.20(2):69.
- [18] 陈隐漪,邵凤扬,马先军,等. 中西医结合综合疗法防治脑卒中相关并发症200例临床研究[J].江苏中医药,2010.42(6):26—27.