·短篇论著·

体针结合本体感觉神经肌肉促进技术对脑卒中偏瘫患者上肢运动功能的影响

任亚平[1] 张志强[2] 王英喜[1] 王冬静[2] 金丽颖[2]

随着医疗技术水平的不断进步，我国脑卒中患者的生存率得以明显提高，幸存的脑卒中患者会遗留肢体运动等各种功能障碍，治疗不及时或治疗方法选择不当，则会影响患者生存质量。我们将中西医康复技术结合起来，采用体针与本体感觉神经肌肉促进技术结合治疗的方法，观察其对改善脑卒中偏瘫患者上肢运动功能和日常生活活动（ADL）能力的影响，取得了满意的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

60例脑卒中偏瘫患者均为2009年6月—2010年6月收住本院神经内科、中西医结合科病房的住院患者，随机分为体针与本体感觉神经促进技术相结合疗法组（简称综合治疗组）和单纯体针疗法组。患者年龄在42—76岁，均为初次发病，发病时间在24h内，患者发病后72h开始治疗，整个治疗持续12周。两组患者病变部位均在基底核，治疗前两组患者的年龄、性别、Fugl-Meyer运动功能评分、Barthel指数评分差异均无显著性差异，有可比性（$P>0.05$）。见表1—3。

表1 60例脑卒中偏瘫患者临床资料 （例）

组别	例数	性别		年龄（岁）	脑卒中性质	
		男	女		出血性	缺血性
综合治疗组	30	21	9	63.6 ± 1.9	10	20
单纯体针疗法组	30	17	13	62.8 ± 1.7	16	14

入选标准：诊断标准采用《全国第四届脑血管疾病学术会议修订的诊断标准》[1]，经CT或MRI证实，全部为新发病症。

排除标准：所有病例在治疗前排除其他系统疾病，以及短暂性脑缺血、进展性脑卒中、蛛网膜下腔出血、言语障碍、听力障碍、痴呆、昏迷的患者。无明显体针和本体感觉神经肌肉促进技术疗法的禁忌证。

1.2 治疗方法

两组患者均接受相同的药物基础治疗。

1.2.1 单纯体针疗法组：患者采用仰卧或侧卧位，基本穴位为风府、风池、曲池、三阴交、足三里、太溪[2]，上肢瘫痪取患侧的颈臂、合谷、绝骨透承山，下肢瘫痪取环跳、委中、阳陵泉透阴陵泉，以26—28号毫针按穴治疗，留针15min，每天1次，10d为1疗程，每疗程间休息1—2d，在治疗过程中可以根据病情对穴位作一些调整。整个治疗持续12周。

1.2.2 综合治疗组：除应用单纯体针疗法外，在每天体针治疗结束后，患者上肢瘫痪侧还加用本体感觉神经肌肉促进疗法。①徒手接触：在进行治疗时，治疗人员的手与脑卒中偏瘫患者的患侧上肢接触，将手置于参与上肢运动的原动肌和拮抗肌肌群、肌腱、皮肤关节表面，并予以压迫产生本体感觉性的刺激，促进软弱肌肉收缩，诱导患者所需方向的运动，起到稳定关节和控制姿势的作用。②肌牵张：对脑卒中偏瘫患者患侧上肢肢体肌肉施以牵张，引起肌肉较强的反应，使牵张的肌肉产生兴奋性，可以引起所有参与该运动的肌群出现反应，从而增加患侧上肢瘫痪肌肉的活动度。③对患侧上肢牵引与加压：牵引能促进关节的屈曲运动，加压法能促进伸肌运动。④口令交流：发出适当口令可刺激患者的自主运动，提高完成患侧上肢动作的质量，是促进运动的有效方法。⑤给患侧上肢施加最大阻力：进行对角线模式的全程运动，或维持等长收缩的前提下，使患者能承受最大外力，促使患侧上肢瘫痪肌肉的收缩强度增加，肢体活动范围加大。⑥正常运动的顺序及强化：首先矫正患侧上肢近端异常的运动控制，远端控制训练则在近端控制建立后进行。所有治疗均为每天1次，10d为1疗程，每疗程间休息1—2d，治疗12周。

1.3 评定方法

两组均采用简化Fugl-Meyer上肢运动功能评定量表和改良Barthel指数评定量表[3]，于治疗前和治疗12周后各评价1次，观察两组患者脑卒中偏瘫后12周内上肢运动功能的恢复情况及ADL能力改善情况。

1.4 统计学分析

应用SPSS13.0统计软件包进行统计分析，组间比较采用t检验，计数资料用χ^2检验。$P<0.05$为差异有显著性意义。

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2012.04.018

1 承德市第六医院，067200；2 承德市中心医院
作者简介：任亚平，女，主管护师；收稿日期：2011-12-15

2 结果

体针结合本体感觉神经肌肉促进技术疗法和单纯体针疗法均可改善脑卒中偏瘫患者的上肢运动功能,以体针与本体感觉神经肌肉促进技术相结合疗效更显著,见表2。体针结合本体感觉神经促进技术疗法和单纯体针疗法均可改善脑卒中偏瘫患者的ADL能力,以体针与本体感觉神经肌肉促进技术相结合疗法更显著。两组患者日常生活活动能力改良Barthel指数评分见表3。

表2 两组患者简化Fugl-Meyer上肢运动功能评分 ($\bar{x}\pm s$)

	综合治疗组	单纯体针组	t值	P值
治疗前	5.67 ± 2.48	5.67 ± 1.99	0.00	>0.05
治疗后	25.47 ± 5.53	13.9 ± 2.35	−10.548	<0.05
t值	−23.477	−27.973		
P值	<0.05	<0.05		

表3 两组患者日常生活活动能力改良Barthel指数评分 ($\bar{x}\pm s$)

	综合治疗组	单纯体针组	t值	P值
治疗前	29.00 ± 9.32	23.00 ± 10.87	−2.294	>0.05
治疗后	82.83 ± 8.78	63.83 ± 7.73	−8.896	<0.05
t值	−33.224	−26.574		
P值	<0.05	<0.05		

3 讨论

由于我国现代康复起步较晚,因此,对于脑卒中的现代康复治疗理论大多源于欧美国家,脑的可塑性理论、神经发育疗法等区别于我国的传统的康复疗法理论。如何将两种疗法有效相结合,进一步提高脑卒中偏瘫患者上肢运动功能,尽早改善患者ADL能力,提高患者生存质量是本研究脑卒中偏瘫治疗要解决的关键。

本研究中,单纯体针主要是以中医经络理论取穴,通过针刺刺激达到疏通经络、调整脏腑和气血的目的。单纯体针治疗脑卒中偏瘫虽有一定的疗效,但也存有一些不足,如;①古人治疗脑卒中有"治痿独取阳明"一说[4],痿病系指肢体筋脉迟缓,软弱无力,日久不用,引起肌肉萎缩或瘫痪的一种病证,从经络气血及藏象五体学说可见痿证取自阳明的妙用,但随着现代康复医学理论在广大针灸工作者中的普及,大多数针灸医生都认识到了"治痿独取阳明"理论的局限性,即在软瘫期或是对轻型患者,本法确有明显效果,而对病情较严重的患者大多只能使其改善到出现联合反应、共同运动的初级恢复阶段为止,并使这种低级反射过度增强,最终出现以异常运动模式为主的、难以恢复的"偏瘫姿势"。②易导致"废用综合征"和"误用综合征"不能实现有效运动功能的一组症状。③传统的体针治疗技术对脑卒中偏瘫的治疗历史悠久,技术成熟,经验丰富,在国内已成为广大医务工作者治疗脑卒中偏瘫的主要措施之一,也取得一定的疗效,但由于对脑卒中的病因病机、针刺理论的理解、掌握程度不一,致使体针治疗脑卒中偏瘫的疗效不能极大化。

体针与本体感觉神经肌肉促进技术相结合的疗法对脑卒中偏瘫患者除遵循中医理论循经络取穴,体针刺激通导神经,调脏腑和气血,应用本体感觉神经肌肉促进技术[5],对患者患侧上肢所有可能的运动成分进行不同组合,强调整体运动,而不是单一的肌肉活动。以最大的阻力和牵张引起肌肉较强的反应,通过挤压激活关节感受器,刺激关节周围肌肉同时收缩,并主张和通过言语及视觉刺激来引导运动模式,弥补体针反复作用于穴位时适应现象,通过牵拉增大关节间隙,防止肩关节挛缩,抑制异常的运动模式,提高患者上肢主动运动功能和患者的ADL能力。

本结果表明,体针与本体感觉神经肌肉促进技术相结合疗效优于单纯体针疗法,避免了脑卒中偏瘫患者患侧上肢肩痛[6—13]、关节挛缩、废用性肌萎缩,能进一步促进神经肌肉的反应,通过有顺序、有目的活动,促进自理活动和患侧上肢功能的学习,弥补了单纯体针疗法的局限,使机体运动功能和ADL能力快速恢复。

参考文献

[1] 全国第四届脑血管病学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995) 及各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379.

[2] 奚中和主编. 中医学概要[M]. 第3版. 北京:人民卫生出版社,2002.165—171.

[3] 缪鸿石, 朱镛连,主编. 脑卒中的康复评定和治疗[M]. 第1版. 北京:华夏出版社,1996. 10—26.

[4] 陈鹏. 浅谈治痿独取阳明[J].中华现代中医学杂志,2008,4(3):255—256.

[5] 张通主编 . 脑卒中的功能障碍与康复[M]. 第1版.北京:科学技术文献出版社, 2006. 257—270.

[6] 冯岩,李亚文. 现代康复训练配合针灸治疗脑卒中偏瘫60例临床观察[J].中国现代药物应用,2009, 3(13):65.

[7] 刘旸,翁浩,刘先虎,等.肩胛控制训练对偏瘫患者上肢功能及肩痛的影响[J].中国康复理论与实践,2009,15(7):666—667.

[8] 潘毓健,郑洁皎,俞卓伟,等.本体感觉神经肌肉促进技术对脑卒中运动控制的有效性研究[J]. 老年医学与保健,2011, 17(2):81—84.

[9] 孙曌,沈巍, 韩德雄."靳三针"对脑卒中后偏瘫患者肢体运动功能和日常生活活动能力的影响[J]. 中医杂志,2010, 51(6)524—527.

[10] 王晓燕,李静茁.头针与体针联用对脑卒中后偏瘫肌张力过高和运动模式的影响[J].中国康复医学杂志, 2010,25(2):167—168.

[11] 张保国,李琳,林乐乐,等.本体感觉神经肌肉促进技术结合静态平衡训练对脑卒中偏瘫患者躯干控制及平衡能力的影响[J].中国康复医学杂志, 2011,26(11):1068—1070.

[12] 姚利民. 针灸配合康复治疗对脑卒中早期患者功能恢复的影响[J].中国康复医学杂志,2007, 22(4):23—24.

[13] 牛雪飞. 脑卒中偏瘫肩痛的康复[J].中国康复医学杂志,2008,23(2):187—198.