

参考文献

- [1] Jie Q, Jie C, Qian S, et al. Treadmill rehabilitation treatment enhanced BDNF-TrkB but not NGF-TrkA signaling in a mouse intracerebral hemorrhage mode [J]. Neuroscience Letters, 2012, 529: 28—32.
- [2] 杨坚, 乔蕾, 朱琪, 等. 个体化主动康复对脑卒中偏瘫患者运动功能和日常生活活动能力的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(6): 514—517.
- [3] 胡永善, 吴毅, 范文可, 等. FCA量表与FIM量表的比较研究[J]. 中国康复医学杂志, 2004, 19(3): 228—229.
- [4] 李丽, 白玉龙, 胡永善, 等. 康复训练和针刺对缺血性脑卒中患者神经功能缺损和运动功能的影响[J]. 中国运动医学杂志, 2010, 29(3): 281—284.
- [5] 徐胜林, 赵菁, 何龙文, 等. 作业疗法在脑卒中患者康复中的重要性[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(4): 347—349.
- [6] 徐玉兰, 冯志兰. 早期个体化护理干预对急性脑卒中患者生活质量的影响[J]. 山西医药杂志, 2012, 41(5): 550—551.
- [7] Ratanapat C, Parit W, Napapit C, et al. A randomized controlled trial of cognitive sensory motor training therapy on the recovery of arm function in acute stroke patients[J]. Clinical Rehabilitation, 2012, 26: 1096—1104.
- [8] 由丽, 饶江, 刘莉, 等. 作业疗法改善脑卒中后偏侧感觉障碍及手功能的效果[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(7): 638—639.
- [9] 雷迈, 卢斌, 吴圣婕, 等. 作业疗法和运动疗法对老年脑卒中患者上肢功能及日常生活活动能力的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2010, 16(12): 1167—1168.
- [10] 邱叶青, 韩振萍, 马将. 作业疗法对脑卒中患者上肢运动功能的影响[J]. 中国康复, 2011, 26(3): 188—189.
- [11] 孟海军. 指导性强化作业疗法对脑卒中患者上肢功能疗效研究[J]. 华西医学, 2010, 25(7): 1262—1263.
- [12] 陆亮, 黄黎明. 作业治疗对中老年脑卒中患者日常生活活动能力的影响[J]. 中国医药指南, 2010, 8(31): 76.
- [13] 张裴景, 刘辉, 冯晓东. 早期作业治疗对脑卒中偏瘫患者上肢功能与ADL的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2010, 13(13): 25—27.
- [14] 马雪, 杨坚, 乔蕾, 等. 个体化主动康复对脑卒中偏瘫患者下肢运动功能的影响[J]. 中国实用医药, 2010, 5(15): 4—5.

·短篇论著·

分期针刺结合三级康复治疗脑卒中偏瘫的临床研究*

胡世华¹ 黄俊宏¹ 邓少珍¹ 邓金妮¹ 彭 莉¹ 李江山¹

康复治疗是脑卒中治疗体系中的重要组成部分, 三级康复^[1]和针刺治疗^[2]在脑卒中康复治疗中的临床疗效在我国已通过前瞻性多中心随机对照临床试验得到证实。针刺结合现代康复方法治疗脑卒中患者符合我国国情, 也是康复医学发展的方向之一。本临床研究采用分期针刺结合三级康复方法治疗脑卒中偏瘫, 取得较好临床疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择标准

以1995年全国第四届脑血管病学术会议通过的各类脑血管病诊断要点为诊断标准, 诊断的新发脑梗死或脑出血患者, 并经颅脑CT确诊的初发者。同时具备以下条件: ①入选标准: 脑梗死或脑出血后; 自愿签署知情同意书; 生命体征稳定; GCS评分 ≥ 8 分; 年龄在30—80岁; 有一侧肢体功能障碍,

患侧上、下肢肌力4级以下。②排除标准: 四肢瘫患者; 蛛网膜下腔出血及短暂性脑缺血发作; 病情恶化, 出现新的梗死或出血; 脑梗死或脑出血病程超过4周; 原先有脑血管疾病且留下功能障碍者; 心、肺、肝、肾等重要脏器功能不全; 既往痴呆病史、精神病史; 聋、哑人; 无法随访者。

1.2 一般资料

选择2011年1月1日—2012年12月31日期间, 在东莞市凤岗医院神经内科、神经外科、康复科治疗, 符合上述选择标准的61例急性脑卒中偏瘫患者。其中男41例, 女20例, 年龄32—75岁, 平均年龄 57.8 ± 8.9 岁。两组患者在性别、年龄、病程、脑梗死/脑出血发病类型、发病部位、受损脑区、原发病(高血压、心脏病)、手术与否的一般资料比较, 差异无显著性意义($P > 0.05$), 见表1。

1.3 治疗方法

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2013.11.015

*基金项目: 广东省东莞市科技局项目(201110515000075)

1 东莞市凤岗医院康复科, 广东东莞, 523690

作者简介: 胡世华, 男, 主治医师; 收稿日期: 2013-01-12

表1 两组患者一般资料比较

(例)

组别	性别(例)		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	病程 ($\bar{x} \pm s$, 年)	发病类型		发病部位		损伤脑区		原发高血压		原发心脏病		是否手术	
	男	女			脑梗死	脑出血	左	右	基底核	其它区	有	无	有	无	是	否
治疗组	21	11	58.1 $\pm$ 8.4	13.2 $\pm$ 5.6	20	12	19	13	23	9	21	11	19	13	5	27
对照组	20	9	57.2 $\pm$ 9.3	13.7 $\pm$ 5.3	20	9	20	9	21	8	19	10	18	11	5	24

入选患者按脑梗死和脑出血分层,各层患者Doll临床病例随机分配表随机纳入到分期针刺结合三级康复治疗组即治疗组和三级康复治疗组即对照组。常规治疗的基础上,治疗组采用分期针刺结合规范化三级康复治疗,对照组进行规范化三级康复治疗。康复治疗师由课题组成员统一培训,入选课题组康复治疗师必须能够熟练掌握规范化三级康复治疗方法和分期针刺治疗方法。

三级康复设施方法^[1,3-4]：“一级康复”是指患者早期在医院急诊室、神经内科、神经外科的常规治疗及早期康复治疗；“二级康复”是指患者在康复病房或康复中心进行的康复治疗；“三级康复”是指在社区或家中的继续康复治疗。

一级康复主要进行良肢位摆放,关节被动活动,早期床边坐位保持和坐位平衡训练,主要解决患者起床的功能,1次/天,45min/次,5次/周。二级康复的训练内容主要是坐位平衡、移乘、站立、重心转移、跨步、进食、更衣、排泄等,以及全身协调性训练、立位平衡、实用步行、手杖使用及上下楼梯等,主要解决患者行走功能,2次/天,30—45min/次,每周5天。三级康复主要训练患者解决吃饭、穿衣、梳洗、处理个人卫生等日常生活能力,2次/天,30—45min/次,每周5—7天。一级康复和二级康复的病房康复由治疗师完成,三级康复治疗师每周上门指导患者康复治疗1次。训练期间教会患者家属或护工正确的辅助训练及护理方法,以便在非治疗时间也能得到正确训练。

分期针刺实施方法^[5-7]：根据偏瘫患者临床症状可分为软瘫期、痉挛期和恢复期三个不同时期,不同时期行不同针刺方法。当患肢尚未出现联合反应时,针刺健侧;出现联合反应但无自主运动时,针刺双侧;当患侧出现自主运动时,针刺患侧。

软瘫期采用以石学敏教授“醒脑开窍”为主的针刺法^[8]。主穴:内关、水沟、三阴交(患侧);辅穴(患侧):极泉、尺泽、委中;配穴(患侧):伏兔、阳陵泉、足三里,手指握固加合谷,足内翻加丘墟透照海。内关穴直刺0.5—1.0寸,采用提插捻针结合的泻法,施手法1min;水沟向鼻中隔方向斜刺0.3—0.5寸,采用雀啄法(泻法),以流泪或眼球湿润为度;三阴交穴沿胫骨内侧缘与皮肤成45度角斜刺,针进针0.5—1寸,采用提插补法,针感至足趾,下肢出现不能自控的运动,以肢体抽动三次为度。配穴均以平补平泻法后接电针治疗仪,用疏波,强度以患者能耐受为主,留针30min。

痉挛期一般来说,偏瘫患者上肢屈肌痉挛,下肢伸肌痉挛较为多见。上肢取患侧膻中、肩贞、天井、手三里、外关、阳

池、中渚等,每次选2—3穴;下肢则取患肢股门、委中、委阳、承山、阳陵泉、照海等穴,每次选2—3穴,针刺得气后接电针治疗仪,用疏密波,强度以患者能耐受为主,留针30min。

恢复期主要侧重于肢体分离运动及精细运动的协调。取穴则在痉挛期的基础上,加上足三里、手三里、三阴交、阳陵泉等穴,足下垂加解溪、陷谷、丘墟;足内翻加光明、悬钟、昆仑等穴。手法为平补平泻,局部得气为度后接电针治疗仪,用疏密波,强度以患者能耐受为主,留针30min。

各阶段有吞咽困难加风池、廉泉、天突;中枢性面瘫加地仓、颊车、阳白、攒竹、承泣。

上述治疗为1次/日,5次为1疗程,疗程之间间隔2天,连续治疗3个月。不同患者软瘫期、痉挛期和恢复期的病程并不相同,应根据临床症候辩证灵活运用分期针刺法。每例患者进行8—10个疗程分期针刺法,连续治疗3个月,3个月后进行针刺治疗。

一级康复和二级康复时康复训练和分期针刺治疗由治疗师完成,同一时间段内先行分期针刺治疗后继续行康复训练,三级康复时分期针刺治疗在康复科门诊进行,康复训练在社区或患者家中完成。

1.4 主要观察指标及评定方法

分别于入选时、第1个月末、第3个月末、第6个月末采用临床神经功能缺损程度评分标准(全国第四届脑血管病学术通过,1995)、Fugl-Meyer运动功能评定量表、改良Barthel指数(MBI)对患者临床神经功能、肢体运动功能、日常生活活动能力进行综合评定。所有评定由同一康复治疗师评测,评测者不参与治疗。

1.5 统计学分析

采用SPSS13.0统计软件包统计分析,计量资料比较用 t 检验,计数资料比较用 χ^2 检验。

2 结果

61例样本纳入研究,治疗组1例因脑出血复发死亡剔除,对照组1例因大面积脑梗死死亡剔除,无其他失访病例。治疗组和对照组在入选时、第1个月末临床神经功能缺损程度、肢体运动功能、日常生活活动能力差异无显著性($P > 0.05$)。见表2。

3 讨论

脑卒中中具有高发病率、高致残率的特点,康复治疗是脑

表2 两组不同时间临床神经功能缺损程度、肢体运动功能、日常生活活动能力的比较 ($\bar{x} \pm s$)

	入选时	第1个月末	第3个月末	第6个月末
神经功能缺损程度评分				
治疗组	25.6 ± 7.3	18.7 ± 6.9	10.2 ± 5.5	7.5 ± 4.2
对照组	24.7 ± 8.1	20.5 ± 7.5	15.6 ± 8.2	11.6 ± 5.8
P值	0.238	0.196	0.035	0.042
Fugl-Meyer评分				
治疗组	22.5 ± 16.1	42.7 ± 22.6	79.3 ± 20.9	88.9 ± 29.2
对照组	23.3 ± 18.8	42.5 ± 23.7	65.8 ± 18.1	76.8 ± 25.7
P值	0.247	0.175	0.048	0.039
MBI				
治疗组	18.1 ± 20.6	42.3 ± 23.9	69.3 ± 25.8	83.7 ± 31.4
对照组	19.5 ± 17.2	41.8 ± 21.5	58.1 ± 23.9	72.5 ± 25.8
P值	0.352	0.219	0.042	0.045

卒中降低致残率最有效的方法,也是卒中中组织化管理模式中不可或缺的关键环节^[9]。及时进行康复训练,有利于诱发来自皮肤和关节深、浅感受器的大量神经冲动信息的传入性活动,以及来自中枢神经系统的大量神经冲动的传出性活动,促进大脑皮质功能的重组,恢复其神经功能^[10]。有效的康复训练能够减轻患者功能上的残疾,提高患者的满意度,加速脑卒中的康复进程^[11]。

偏瘫是脑卒中患者临床神经功能缺损最常见的表现之一,偏瘫严重影响脑卒中患者的生存质量,极大地加重了家庭和社会负担。规范化的康复治疗可以促进脑侧支循环及病灶周围脑组织或健侧脑细胞的重组和代偿^[12-13]。早期持续性规范化三级康复可以使患者获得更好的运动功能、日常生活活动能力、生存质量及更少的继发并发症^[1,3]。三级康复治疗脑卒中的疗效可从对照组得到证实,三级康复治疗3个月末、6个月末临床神经功能缺损评分与入选时相比明显下降;3个月末、6个月末Fugl-Meyer运动功能评定量表评定肢体运动功能评分与入选时相比明显提高;3个月末、6个月末修订的Barthel指数评定日常生活活动能力评分与入选时相比明显提高。

偏瘫的恢复过程实际上是由打破运动恢复的早、中期的异常运动模式到恢复后期正常运动模式的过程,针刺结合现代康复方法治疗脑卒中是普遍接受的观点。根据Brunnstrom提出的6阶段恢复理论,6阶段可分为软瘫期相当于Brunnstrom I—II期,痉挛期相当于Brunnstrom III—IV期,恢复期相当于Brunnstrom V—VI期。基于Brunnstrom偏瘫理论的分期针刺疗法,将现代神经康复学新理论与传统中医针灸理论相结合,重视患者肌力的提高,重视患者运动模式的改变,是卒中中偏瘫针灸治疗上的一次重大意义的创新^[5-6]。本临床研究中治疗组根据患者偏瘫不同时期的具体表现,在三级康复治疗的基础上对患者软瘫期,痉挛期和恢复期采用

分期针刺法进行治疗。软瘫期采用以石学敏教授“醒脑开窍”为主的针刺法,石学敏院士设立的“醒脑开窍”针刺法则以阴经穴为主;以督脉穴为主,以“醒脑开窍、滋补肝肾”为主;“疏通经络”为辅^[14]。“醒脑开窍”针刺法可以降低脑卒中病死率、残疾率、改善神经功能缺损评分^[15],对急性脑卒中患者意识的恢复有促进和协调作用^[16]。针刺内关、水沟可增加脑血流^[17-18],针刺足三里穴引起视丘下部、同侧室旁核和双侧颞叶的葡萄糖代谢和脑血流增加^[19]。痉挛期针刺委中治疗脑卒中下肢功能障碍具有立竿见影的效应,并且还具有持续的治疗效果^[20],电针膻会、天井治疗脑卒中后上肢痉挛性瘫痪疗效满意^[21],针刺中渚穴可降低脑卒中后全手肌高肌张力^[22]。恢复期足下垂丘墟穴穴位点按能明显改善脑梗死后足下垂患者的下肢运动功能^[23],针刺足三里、悬钟2穴对缺血性脑卒中患者神经功能有明显改善作用,进而缩短患者的恢复期^[24]。

本临床研究中入选病例GCS评分 ≥ 8 分,大部分病例存在一定程度的意识障碍。石学敏院士认为脑卒中病的基本病机“窍闭神匿、神不导气”,“神”是指“元神”、“脑神”,为广义之“神”。石学敏院士治疗脑卒中病的主要治法直接定位为“醒脑开窍”。“醒脑开窍”不单单是指意识障碍的恢复,而应该包括意识、肢体运动感觉功能、ADL能力、智力等更广泛意义脑功能的全面恢复。软瘫期采用“醒脑开窍”为主的针刺法,促进卒中中偏瘫患者意识障碍的恢复,同时可以为痉挛期、恢复期改善卒中中偏瘫患者神经功能、肢体运动功能、日常生活活动能力奠定基础。痉挛期针刺的目的是解除痉挛模式,促使患肢尽快出现分离运动,故选膻会、天井、委中、中渚等穴治疗脑卒中后痉挛性瘫痪,降低肌张力。恢复期主要侧重于肢体分离运动及精细运动的协调,故选手三里、鱼际、大陵、丘墟穴、足三里、悬钟等穴位进行治疗。治疗组在三级康复治疗的基础上结合分期针刺治疗,3个月末、6个月末临床神经功能缺损评分与对照组相比明显下降;3个月末、6个月末Fugl-Meyer运动功能评定量表评定肢体运动功能评分与对照组相比明显提高;3个月末、6个月末修订的Barthel指数评定日常生活活动能力评分与对照组相比明显提高。治疗组在发病后第3个月末、第6个月末临床神经功能缺损程度、肢体运动功能、日常生活活动能力三方面评价优于对照组,统计学分析有显著性差异($P < 0.05$),分期针刺结合三级康复方法治疗脑卒中偏瘫的临床疗效得到证实。

随着三级康复和分期针刺治疗脑卒中的广泛开展,分期针刺结合三级康复治疗脑卒中的临床疗效不断得到证实^[7,25-26],但尚未进行多中心随机对照研究。本临床研究随不同患者软瘫期,痉挛期和恢复期的病程的不同,根据临床症候辩证灵活运用分期针刺法,取穴到电针强度等很难做到完全相同,样本量较小,有待于进一步优化。

参考文献

- [1] 张通,李丽林,毕胜,等.急性脑血管病三级康复治疗的前瞻性多中心随机对照研究[J].中华医学杂志,2004,84(23):1948—1954.
- [2] 杨志新,卞金玲,许军峰,等.针刺治疗脑梗死恢复期远期疗效及安全性研究:多中心随机对照[J].中国针灸,2008,28(4):239—243.
- [3] 脑血管病三级康复治疗方案研究课题组(A组).三级康复治疗促进脑卒中偏瘫患者神经功能改善的前瞻性多中心随机对照研究[J].中华医学杂志,2006,86(37):2621—2626.
- [4] 中华医学会神经病学分会神经康复学组,中华医学会神经病学分会脑血管病学组,卫生部脑卒中筛查与防治工程委员会办公室.中国脑卒中康复治疗指南(2011完全版)[J].中国康复理论与实践,2012,18(4):301—318.
- [5] 曾友华,朱国祥.脑卒中后偏瘫肢体康复的分期针刺治疗研究进展[J].上海针灸杂志,2007,26(11):43—45.
- [6] 张利泰,吴炳香,孙娜.分期针刺治疗脑卒中偏瘫临床研究进展[J].中国康复,2012,27(4):300—302.
- [7] 徐应乐,彭力,王晓南,等.分期针刺配合康复治疗技术对急性期脑卒中患者运动功能的影响[J].中国康复,2006,21(5):306—307.
- [8] 石学敏.“醒脑开窍”针刺法治疗脑卒中[J].中国临床康复,2003,7(7):1057—1058.
- [9] Thorsén AM, Holmqvist LW, de Pedro-Cuesta J, et al. A randomized controlled trial of early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke: five-year follow-up of patient outcome [J]. Stroke, 2005, 36(2): 297—303.
- [10] 姜从玉,胡永善.康复训练促进脑梗死后功能恢复机制的基础研究进展[J].中华物理医学与康复杂志,2002,24(7):443—445.
- [11] Ostwald SK, Davis S, Hersch G, et al. Evidence-based educational guidelines for stroke survivors after discharge home [J]. J Neurosci Nurs, 2008, 40(3): 173—191.
- [12] Johansson BB. Brain plasticity and stroke rehabilitation. The Willis lecture[J]. Stroke, 2000, 31(1):223—230.
- [13] 朱镛连.神经康复学基本理论[M].见:王新德,总主编.神经病学.第21卷.朱镛连,主编.神经康复学.第1版.北京:人民军医出版社,2001.1—14.
- [14] 李军,李妍,卞金玲.“醒脑开窍”针刺法的理论内涵——石学敏院士学术思想浅析之一[J].针灸临床杂志,2004,20(12):1—2.
- [15] 杨志新,石学敏.醒脑开窍针刺法治疗脑卒中疗效与安全性的系统评价[J].中国针灸,2007,27(8):601—608.
- [16] 马倩,赵建国,郑伟,等.醒脑开窍针刺法促醒急性脑卒中意识障碍的疗效[J].中国临床康复,2006,10(11):142—143.
- [17] 贺妮娜,樊小农,王舒,等.正交设计法筛选“醒脑开窍”内关穴最优针刺参数方案的研究[J].针灸临床杂志,2011,27(2):52—56.
- [18] 樊小农,王舒,李雅洁,等.“水沟”穴最佳刺激参数的筛选研究[J].中国针灸,2008,28(12):913—917.
- [19] 尹岭,金香兰,石现,等.针刺足三里穴PET和fMRI脑功能成像的初步探讨[J].中国康复理论与实践,2002,8(9):523—524.
- [20] 许军峰.委中穴不同刺法对脑卒中患者下肢功能障碍的影响[J].上海针灸杂志,2009,28(8):439—441.
- [21] 魏冰,李岩.电针治疗脑卒中后上肢痉挛性瘫痪32例[J].针灸临床杂志,2010,26(6):40—41.
- [22] 余军,孙忠人,盛波.针刺中渚穴对降低脑卒中致全手肌高肌张力现象的机理探讨[J].针灸临床杂志,2007,23(6):34—36.
- [23] 张丽华,王艳君.点按丘墟穴及踝关节抗阻训练对脑梗死后足下垂患者运动功能障碍的影响[J].现代中西医结合杂志,2012,21(13):1412—1413.
- [24] 陈文,顾红卫,刘兴勤,等.针刺足三里、悬钟对缺血性脑卒中神经功能的影响及其临床意义[J].中国康复医学杂志,2007,22(12):1110—1111.
- [25] 贺青涛,刘悦.分期针刺结合康复训练治疗脑卒中后运动功能障碍的临床研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2011,9(1):35—36.
- [26] 邝伟川,陈朝丽.分期针刺配合康复训练治疗脑卒中后肢体功能障碍的临床观察[J].按摩与康复医学,2010,9(26):26—27.