

指压太冲、丘墟穴诱发训练对脑卒中患者踝背屈功能的影响*

冯晓东¹ 马帅统²

摘要

目的:观察指压太冲、丘墟穴诱发训练对脑卒中患者踝背屈功能的影响。

方法:将32例脑卒中患者随机分为治疗组和对照组,两组均进行常规康复治疗,治疗组另加用指压太冲、丘墟穴诱发踝背屈的方法治疗,并于治疗前后分别采用常规临床评价方法和表面肌电图进行评估。

结果:治疗后两组踝关节活动度、患肢胫前肌表面肌电图均方根值(RMS)、Fugl-Meyer评分较治疗前均有所改善($P<0.05$),且治疗组优于对照组($P<0.05$)。

结论:指压太冲、丘墟穴对改善脑卒中患者踝背屈功能较单独使用常规康复治疗效果好。

关键词 脑卒中;踝背屈;穴位疗法;太冲;丘墟

中图分类号:R743.3,R493,R246 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2016)-07-0783-03

据中国疾病预防控制中心最近的一项调查显示:2011年,我国40岁以上缺血性脑卒中标准化发病率约为230/10万,新发人数约为133.4万;脑卒中患者中65岁以下人群约占50%,年轻化趋势严重^[1]。脑卒中是世界上致死率和致残率最高的疾病之一^[2],在脑卒中发生后的幸存者中,约有70%—80%的患者遗留有不同程度残疾^[3]。在患者所存在的功能障碍中,踝背屈障碍是临床康复治疗中常见的表现之一。Janet H等^[4]认为踝关节是人体步行姿势及稳定性的一个微调枢纽。患者足背屈能否出现,对踝关节运动功能及步态有着非常重要的影响。本研究采用指压太冲、丘墟穴诱发踝背屈,探讨其对改善偏瘫患者踝关节背屈功能的影响。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择2015年1—4月在河南中医学院第一附属医院康复中心住院的符合有关诊断、纳入标准和排除标准的患者32例,所有患者均自愿参加临床研究观察,根据患者入院的先后顺序编号,采用随机数字表的方法,随机分成对照组和治

疗组,各16例,两组患者的性别、年龄、病程、病变性质、偏瘫侧比较差异均无显著性($P>0.05$),具有可比性。见表1。

1.2 诊断标准

①西医诊断标准参照1995年中华医学会第四届全国脑血管学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》^[5]。②中医诊断标准参照国家中医药管理局脑病急症协作组于1996年制定的《脑卒中病诊断与疗效评定标准》^[6]。

1.3 纳入标准

①符合脑卒中的中西医诊断标准;②经CT或MRI检查确诊为脑卒中(脑梗死或脑出血);③Brunnstrom分期下肢在Ⅲ期以上;④年龄在30—60岁;⑤患者生命体征稳定,意识清楚,可服从指令;⑥存在踝关节背屈功能障碍;⑦血压控制在 $<140/90\text{mmHg}$,心功能良好;⑧自愿参加并签署知情同意书。

1.4 排除标准

①踝关节挛缩畸形者;②有心血管疾病,血压波动易因用力影响者;③病情恶化,不能坚持治疗者;④严重精神疾患或认知功能障碍不能进行训练者;⑤下肢有骨关节疾病而不能进行训练者。

表1 两组患者治疗前一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(d)	脑卒中类型(例)		偏瘫侧(例)	
		男	女			脑梗死	脑出血	左	右
对照组	16	12	4	48.34±5.45	48.12±16.06	9	7	11	5
治疗组	16	11	5	47.23±4.67	47.06±16.20	8	8	8	8
<i>P</i>		0.694		0.540	0.853	0.723		0.280	

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2016.07.014

*基金项目:河南省中医临床学科领军人才培养计划资助

1 河南中医学院第一附属医院,郑州,450008; 2 河南中医学院

作者简介:冯晓东,男,博士,主任医师;收稿日期:2015-06-08

1.5 剔除、脱落标准

①纳入后发现不符合纳入标准的病例及在治疗期间不能耐受点穴手法治疗者均予以剔除;②个人中途自行退出或治疗过程中出现其他意外情况不能坚持治疗者均视为脱落。

2 治疗

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组:对照组采用常规康复疗法,主要有:患者良性肢位摆放、踝关节背屈的被动运动、踝关节训练器进行辅助踝背屈训练、采用Bobath、Brunnstrom及Rood技术刺激诱发踝关节背屈训练、患侧单腿站斜板抑制足下垂训练等。

2.1.2 治疗组:治疗组在对照组常规康复疗法基础上,采用指压太冲、丘墟穴诱发踝背屈功能训练。患者仰卧位,髋、膝伸展,治疗师先用揉法自上而下放松患侧下肢肌肉,然后用双手大拇指按压于患侧下肢太冲和丘墟穴,给予一定刺激量的同时,嘱患者做踝背屈动作,直至踝关节有明显的背屈动作出现(如患者在伸髋伸膝状态下完成足背屈动作较困难,可使患者适当屈髋屈膝)。指压穴位时患者会感觉酸痛不适,嘱患者坚持,20个/组,每组间患者适当放松休息,共5组,总计20min,每日1次,每周治疗5次,共治疗6周。

2.2 疗效观察指标

采用踝关节主动背屈活动度,患者仰卧位,测量患者主动背屈的关节活动范围,记录治疗前后的关节活动度变化值;采用表面肌电图(surface electromyography,sEMG)的均方根值(root mean square,RMS)评定患侧胫前肌的肌力;采用Fugl-Meyer肢体运动功能评分(Fugl-Meyer assessment,FMA)评定下肢运动功能。以上所有观察指标的评定测量均由同一人操作。

2.3 统计学分析

采用SPSS 19.0软件进行统计分析。数据以均数±标准差表示,组间比较采用两独立样本t检验,组内治疗前后用配对t检验。显著性水平:α=0.05。

3 结果

在临床康复治疗过程中,所收集的32例脑卒中伴有踝背屈功能障碍的患者未出现被剔除或脱落的情况。两组治疗前比较无显著性差异(P>0.05)。经过6周治疗后,两组踝关节关节活动度、胫前肌表面RMS、FMA评分均较治疗前有所改善(P<0.05)且治疗组优于对照组(P<0.05)。见表2—4。

表2 治疗前后两组踝关节背屈关节活动度比较 (x±s,°)

组别	例数	治疗前	治疗后	t	P
对照组	16	-8.94±6.49	-0.20±3.61	-4.702	0.000
治疗组	16	-7.21±7.10	2.16±2.78	-4.920	0.000
t		-0.717	-2.076		
P		0.479	0.047		

表3 治疗前后两组表面肌电均方根值(RMS)比较 (x±s)

组别	例数	治疗前	治疗后	t	P
对照组	16	21.10±24.53	51.83±34.16	-2.923	0.007
治疗组	16	21.71±27.06	81.71±28.61	-6.094	0.000
t		-0.067	-2.682		
P		0.947	0.012		

表4 治疗前后两组FMA评分比较 (x±s)

组别	例数	治疗前	治疗后	t	P
对照组	16	10.68±4.39	16.62±5.51	-3.370	0.002
治疗组	16	13.18±6.61	22.50±5.09	-4.460	0.000
t		-1.259	-3.130		
P		0.218	0.004		

4 讨论

脑卒中患者在神经功能受损后,中枢神经系统在结构和功能上具有重组性和可塑性,这是康复训练治疗有效地理论基础^[7]。如早期进行康复干预,则能更快、更好、更大程度地改善患者的运动功能^[8],促进中枢神经系统的功能重组。有学者提出,在康复方法上遵循现代康复治疗过程中广泛使用

的康复程序,结合中医对脑卒中偏瘫的认识及康复治疗手段可能会取得更好的效果^[9]。本研究在运用康复促进技术的同时,采用中医传统康复指压穴位的方法,进一步提高了偏瘫患者踝关节背屈的功能。

中医认为脑卒中所致偏瘫的病机为正气不足,脉络空虚,脏腑功能阴阳失调,风、痰、瘀、血阻滞络脉,导致营卫气

血运行不畅,肌肤筋脉失于濡养所致,而腧穴是“神气之所游行出入也”^[10],是脏腑经络气血输注于躯体外部的特殊部位,也是调节人体内部脏腑功能及气血的治疗部位。太冲、丘墟两穴都属于原穴。原穴是脏腑的原气输注、经过和留止的部位,原气通过三焦布散于原穴,故点按刺激原穴能通达三焦原气,具有调整脏腑经络的功能,发挥其扶助正气,抗御外邪的作用,常用于治疗脏腑虚弱,经气运行无力等病证^[11]。现代医学的研究也进一步证实了太冲、丘墟穴在改善脑功能和增强偏瘫患者患侧下肢肌力的作用。王葳等^[12]采用fMRI研究与针刺太冲穴(Liv3)有关的脑功能区,以及可能的针刺后效应。针刺10例被试右侧太冲穴激活的脑区主要包括左右小脑、前额叶、顶上小叶和顶下小叶、枕叶、海马旁回、岛叶、丘脑、豆状核以及对侧颞极和前、后扣带回,说明刺激太冲穴对脑功能有一定的激活作用。袁佳等^[13]在脑卒中软瘫期内科及康复科常规治疗的基础上加用强刺激手法针刺患侧外劳宫、太冲穴,借助肌电图检测发现太冲穴强刺激时,软瘫肌群的肌电运动电位明显增加。刘鹏^[14]随机分组观察腓神经松动术结合中医手法丘墟穴按压改善脑卒中偏瘫后足下垂患者踝关节背屈功能的临床疗效,结果表明丘墟穴按压结合腓神经松动术对改善脑卒中偏瘫后踝关节背屈功能疗效显著。然而在穴位针刺的过程中,刺激量不容易把握,且患者不能在针刺局部穴位时配合主动活动,本研究采用指压太冲、丘墟穴诱发脑卒中患者踝背屈,更容易把握刺激量和患者主动运动之间关系,在患者踝背屈力量有所改善时,逐渐减轻指压穴位的力度。

常规的康复治疗方法只能较弱地诱发出踝背屈动作,因为常规康复方法往往刺激量不够强。而指压穴位治疗正好利用了点按穴位后“得气”(酸、痛)的优点,更容易诱发出踝背屈动作。本研究结果显示,在常规的康复治疗方法的基础上,选用特定的穴位进行指压诱发训练,形成了以促进技术为核心的综合疗法,充分利用神经系统的功能重组及可塑性,从而获得较好的康复疗效。

参考文献

- [1] 中国疾病预防控制中心. 我国脑卒中患者底数首次摸清40岁以上患者达1036万农村患病率高于城市高血压居伴发危险因素首位[EB/OL].[2012-05-06]. http://www.chinacdc.cn/mt-dx/crbxx/201305/t20130506_80742.htm.
- [2] Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for health-care professionals from the American heart association/American stroke association[J]. Stroke, 2013, 44(7):2064—2089.
- [3] 王慧萍,陈京立. 提高脑卒中患者日常生活活动能力的干预研究现状[J]. 中华护理杂志,2012,47(3):208—210.
- [4] Janet H, Carr, Roberta B. Shepherd stroke rehabilitation: Guidelines for exercise and training to optimize motor skill [M]. Australian:Elsevier Health Sciences,2003:63.
- [5] 中华神经科学会,中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379.
- [6] 国家中医药管理局脑病急症科研组. 脑卒中病诊断疗效评定标准[S]. 北京中医药大学学报,1994,17(3):64—66.
- [7] Barbeau H, Fung J. The role of rehabilitation in the recovery of walking in the neurological population[J]. Curr Opin Neurol,2001, 14(6):735—740.
- [8] 彭立伟,谢仁明. 早期康复干预对脑卒中偏瘫患者日常生活活动能力的影响[J]. 中国老年学杂志, 2015,4(35):2040—2041.
- [9] 张文生,张丽慧. 脑卒中偏瘫中医康复原则探讨[J]. 中国康复医学杂志, 2001,16(3):182—183.
- [10] 河北医学院. 灵枢经校释[M].北京:人民卫生出版社,2009,16.
- [11] 徐恒泽. 针灸学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002,287.
- [12] 王葳,李坤成. 针刺太冲穴的脑功能MRI研究[J]. 中华放射学杂志,2006,40(6):29.
- [13] 袁佳,豆运香. 针刺外劳宫和太冲穴对脑卒中软瘫期患者的作用[J]. 中国康复,2009,8(4):259.
- [14] 刘鹏. 腓神经松动术加丘墟穴按压对改善偏瘫踝关节背屈功能的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志,2013,28(7):659—660.