

- 双侧顶叶损伤患者的研究. 心理科学, 2004, 27: 598-601.
- [11] 金花, 陈卓铭, 莫雷, 等. 脑功能可塑性研究: 早期脑损伤儿童的语言发育. 语言科学, 2004, 3: 87-94.
- [12] 陈卓铭. 利用汉语语言特点设计语言康复. 新医学, 2001, 32: 526-527.
- [13] 陈卓铭, 林谷辉, 李柄棋, 等. 声调的脑机能偏侧化研究. 心理学动态, 1999, 7: 17-22.
- [14] 陈卓铭, 林谷辉, 高然. 左侧视觉疏忽的汉字阅读. 实用医学杂志, 1999, 38: 7-10.
- [15] 陈卓铭, 卢泽培, 林谷辉, 等. 左侧视觉疏忽的康复. 中国康复, 1999, 3: 12-16.
- [16] 李仕萍, 闵锐, 钟金钢, 等. 基音周期估计算法在声调康复训练中的应用. 计算机工程与应用, 2003, 39: 198-200.
- [17] 李涛, 陈卓铭, 尹义臣, 等. 计算机测定失语症语速的相关分析. 中国康复, 2003, 18: 341-343.
- [18] Aftonomos LB, Appelbaum JS, Steele RD. Improving outcomes for persons with aphasia in advanced community-based treatment programs. Stroke, 1999, 30: 1370-1379.
- [19] 李胜利, 白板康俊. 听觉语言康复. 北京: 中国康复研究中心和日本国际协力事业团中国事务所, 1993.

(收稿日期: 2007-09-29)

(本文编辑: 易 浩)

· 临床研究 ·

早期康复结合针刺治疗对急性动脉血栓性脑梗死的临床疗效观察

赵伟 孙强三 王道清 杜广中

【摘要】 目的 观察早期康复配合针刺治疗对动脉血栓性脑梗死急性期临床疗效。**方法** 将 91 例首次发病的动脉血栓性脑梗死形成患者随机分成早期康复组和对照组, 早期康复组采用 Bobath 疗法和针刺疗法, 对照组仅采用针刺疗法, 采用神经功能缺损评分、FMA 和 MBI 指标评价 2 组疗效, 并进行统计学分析。**结果** 治疗后 2 组各项指标较治疗前均明显改善 ($P < 0.01$), 组间疗效比较早期康复组优于针刺组 ($P < 0.01$)。**结论** 动脉血栓性脑梗死急性期实施早期康复配合针刺疗法, 临床疗效肯定, 且效果优于单纯针刺法。

【关键词】 动脉血栓性脑梗死; Bobath 技术; 针刺疗法

动脉血栓性脑梗死是威胁人类健康的重大疾病, 死亡率高, 存活者中约有 50% ~ 70% 遗留严重残疾, 其中肢体功能障碍严重影响患者的生活质量, 表现为患侧肌群肌张力增高, 严重妨碍了肢体功能活动的完成^[1,2]。因此, 打破这种模式并促使患肢尽快出现分离运动成为动脉血栓性脑梗死患者康复治疗的关键。早期康复训练及针刺治疗已经成为动脉血栓性脑梗死急性期常见的治疗手段之一。2005 年 1 月至 2006 年 3 月, 我院对急性动脉血栓性脑梗死患者 48 例在药物治疗的基础上采用早期康复联合针刺治疗, 疗效满意。报道如下。

资料与方法

一、一般资料

2005 年 1 月至 2006 年 3 月我院收治急性动脉血栓性脑梗死患者 91 例, 均符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议修订的动脉血栓性脑梗死诊断标准^[3], 并经 CT 或 MRI 证实。入选病例均为首次急性发病, 未接受溶栓和手术治疗, 排除短暂性脑缺血发作与痴呆患者。将 91 例患者按入院的先后顺序随机分为 2 组, 早期康复组患者 48 例, 其中男 30 例, 女 18 例; 年龄 39 岁 ~ 77 岁, 平均 (59.6 ± 10.4) 岁; 病程 (1.1 ± 0.7) d; 左侧瘫痪 25 例, 右侧瘫痪 23 例。针刺组患者 43 例, 其中男 27 例,

女 16 例; 年龄 42 ~ 79 岁, 平均年龄 (60.2 ± 9.5) 岁; 病程 (1.2 ± 0.6) d; 左侧瘫痪 19 例, 右侧瘫痪 24 例。2 组患者的年龄、性别、病变性质和病情程度差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

二、治疗方法

所有患者均接受神经内科常规药物治疗, 如减轻脑水肿、调整血压、抗凝治疗、脑循环代谢改善剂、活血化瘀治疗等。禁用溶栓和影响肌张力的药物。2 组患者均于急性动脉血栓性脑梗死后生命体征稳定 48 h 后开始治疗。

对照组采用针刺疗法, 头针和体针联合应用。头针以运动区为主, 配以感觉区、足运感区; 体针取患侧肩髃、曲池、合谷、环跳、风市、阳陵泉、足三里、绝骨, 平补平泻, 以祛风活络、舒筋利关节为主。口眼歪斜者配以地仓、颊车、内庭、太冲、牵正、水沟、四白; 吞咽障碍加风池、翳风、完骨; 得气后接上海产 G6805C 电针治疗仪, 连续波, 频率 2 Hz, 患者耐受限, 每日 1 次, 每次 30 min, 连续治疗 4 周。

早期康复组在针刺治疗的基础上增加康复训练, 主要采用 Bobath 疗法^[4], 由同一治疗师操作, 均采取抗痉挛体位进行早期的床上活动; 体位变换预防压疮; 肢体被动运动; 床上翻身; 桥式运动; 卧位至坐位训练; 坐位、站立位训练; 移动能力训练; 上肢、手及日常生活活动能力训练。每日 1 次, 每次 40 min, 共治疗 4 周。

三、疗效评定标准

2 组患者均于治疗 4 周后评定疗效, 疗效标准参考 1995 年中华医学会第四次全国脑血管病学术会议制订的标准^[3], 基本痊愈为神经功能缺损评分减少 90% ~ 100%, 病残程度 0 级; 显

基金项目: 山东省中医药管理局 (J05164)

作者单位: 250012 济南, 山东大学齐鲁医院急诊科 (赵伟、杜广中); 山东大学第二医院康复医学科 (孙强三、王道清)

通讯作者: 孙强三, Email: sunqsan@126.com

著进步为神经功能缺损评分减少 46% ~ 89%, 病残程度 1 级 ~ 3 级; 进步为神经功能缺损评分减少 18% ~ 45%; 无效为神经功能缺损评分减少或增加在 18% 以内; 恶化为神经功能缺损评分增加 18% 以上。

2 组患者均于入院时(治疗前)及治疗 4 周后采用 1995 年全国第四届脑血管病学术会议通过的脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分量表评定患者的神经功能; 运动功能评定采用简式 Fugl-Meyer 评分(FMA); 日常生活活动能力采用 Barthel 指数(BI)。

四、统计学分析

应用 SPSS 10.0 统计软件, 所有数据采用($\bar{x} \pm s$)表示, 计数资料比较采用 χ^2 检验, 计量资料比较采用 t 检验。

结 果

治疗 4 周后, 2 组患者疗效比较见表 1, 治疗前和治疗 4 周后 2 组患者神经功能、运动功能以及日常生活活动能力评分见表 2。

表 1 两组临床疗效比较(例, %)

组 别	例数	基本痊愈	显著进步	进步	无效	有效率 (%)
早期康复组	48	6(12.50)	25(52.08)	13(27.08)	4(8.30)	91.60 ^a
对照组	43	5(11.62)	12(27.90)	16(37.20)	10(23.25)	76.72

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$

表 2 2 组患者治疗前后神经功能、运动功能及日常生活能力评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	<i>n</i>	神经功能缺损程度评分	FMA	MBI
早期针刺组	48			
治疗前		28.30 $\pm$ 7.19	17.00 $\pm$ 5.01	40.00 $\pm$ 6.71
治疗后		9.60 $\pm$ 4.55 ^{ab}	74.50 $\pm$ 4.56 ^{ab}	80.80 $\pm$ 7.59 ^{ab}
对照组	43			
治疗前		27.00 $\pm$ 7.95	18.20 $\pm$ 6.82	39.40 $\pm$ 9.49
治疗后		15.70 $\pm$ 6.49 ^a	56.00 $\pm$ 9.49 ^a	55.20 $\pm$ 8.14 ^a

注: 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.01$, 与对照组比较, ^b $P < 0.01$

讨 论

据流行病学调查, 近几年来, 我国脑血管病的年发病率约为 200/100 万, 每年新发脑血管病病例 150 万, 每年死于脑血管病者约 130 万, 存活者中约 75% 致残, 5 年内复发率高达 41%。早期积极正确的康复治疗, 将使 80% 的患者的功能明显改善^[4]。早期康复训练对患者的运动功能和日常生活能力的改善至关重要, 患者的训练内容不是特定的模式而是根据病情、年龄、身体状况制定相应的训练目标, 缺血性脑卒中患者在发病当天即可进行康复治疗, 甚至可以进行强度较大的康复训练, 而出血性脑卒中患者, 在生命体征稳定后即可进行康复训练^[4], 特别是预防并发症的康复训练, 即使病情较重的患者也应进行基本的被动活动和肢体按摩及良好肢体位的转换, 改善因长期卧床造成的生理功能减退, 为顺利进行恢复期康复治疗

打下基础。早期康复治疗, 可避免出现关节强直、肌肉挛缩和骨质疏松等, 并能促进神经功能的及早恢复, 提高自我生活能力。

脑组织的可塑性和功能重组是早期康复训练治疗脑卒中偏瘫的理论基础^[5], 早期康复训练可通过感觉输入刺激及反复强化学习等手法促使运动反应的再现。急性期或早期康复可以增加感觉信息的输入, 促进潜伏通路及休眠突触的活化, 并且通过促进相关神经细胞的轴突发芽, 形成新的突触。通过反复训练, 使这些突触建立接近正常功能的新的神经环路网络——突触链, 实现中枢神经功能重新组合, 同时抑制异常低位中枢控制的运动, 使其突触链处于受抑制的多阈值状态, 从而改善患肢功能^[5]。

头针疗法刺激区的主要部位是根据大脑表面沟回在头皮上的投影而确定的。中医认为“阳主动”、“治痿独取阳明”, 针刺阳明经可改善微循环, 降低血液粘、稠、聚状态, 对脑组织血流起到良性调节作用^[6], 促进脑血管侧支循环的建立及神经功能修复与再生, 从而减轻脑组织损害; 有利于瘫痪肢体的功能的恢复。针刺疗法使皮内的触、压、痛等感受器产生各种冲动, 通过痛温觉传导通路将冲动传至脊髓、延髓、丘脑外侧核, 最后投射到大脑皮质中央后回, 各级神经中枢整合后由锥体系或锥体外系的运动传导通路传出, 支配相应的骨骼肌, 使患者弛缓期的肌肉不至于萎缩, 痉挛期的肌肉抑制而放松。同时电针还具有生物反馈作用和心理安慰和暗示, 如使软瘫的肌肉产生振动、收缩、增强患者信心^[7]。

本研究发现, 早期康复加针刺组的疗效明显优于单纯针刺组。因此我们认为, 动脉血栓性脑梗死的急性期, 在药物治疗的同时, 给予早期康复配合针刺治疗, 可显著改善患者的功能障碍, 更大程度地改善患者的运动功能, 预防和减少废用综合征的发生, 提高患者日常生活活动能力, 使其最大限度地适应社会。

参 考 文 献

- [1] 李红玲, 贾子善, 宋兰欣, 等. 脑卒中偏瘫早期康复疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 1998, 20: 109-112.
- [2] 闫喜莲, 王文明, 徐宝玉. 早期综合康复治疗急性脑卒中的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 2004, 26: 624.
- [3] 中华医学会神经病学分会. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准. 中华神经科杂志, 1996, 29: 381-382.
- [4] 励建安. 临床运动疗法学. 北京: 华夏出版社, 2005: 98-102.
- [5] Friedman PJ. Gait recovery after hemiplegic stroke. Int Disabil Stud, 1991, 12: 119-122.
- [6] 燕铁斌. 现代康复治疗学. 广州: 广东科技出版社, 2004: 361.
- [7] 张鹰, 吴祥林, 秦晓江, 等. 以现代康复理念探讨传统针刺治疗脑卒中. 中国康复, 2004, 19: 371-372.
- [8] 王晓燕, 李静苗. 针灸配合康复疗法治疗脑血管意外后偏瘫的临床观察. 中国针灸, 2001, 21: 725-727.

(修回日期: 2007-09-16)

(本文编辑: 阮仕衡)