

· 临床研究 ·

针刺配合康复训练对脑卒中偏瘫患者早期功能恢复的影响

沐榕 李菁

脑卒中属于现代医学中的脑血管意外范畴,是一类具有较高患病率及致死率的疾病。随着临床对脑卒中诊断及抢救水平的不断提高,其死亡率已大幅度降低,但致残率却明显上升,其最突出的致残表现为偏瘫,给患者、家庭及社会带来了沉重的经济及精神负担。我科运用针刺配合康复训练治疗脑卒中偏瘫患者,取得了较满意疗效,同时还加快了患者的早期康复进程。现报道如下。

资料与方法

一、资料与分组

共选取 2003 年 1 月至 2004 年 12 月间在我院神经内科住院的 86 例脑卒中患者,均系首次发生脑梗死或脑出血,病程在 1 个月以内,且均伴有一侧肢体运动功能障碍,但无失语及严重智力障碍,不合并有影响功能恢复的神经或骨骼肌肉疾病,无其它严重合并症。所有病例均符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议通过的脑血管病诊断标准^[1],并全部经头颅 CT 或 MRI 确诊。

将上述 86 例患者随机分为 2 组(即观察组与对照组)。观察组共有患者 40 例,其中男 27 例,女 13 例;年龄 49~74 岁,平均(65.11±4.20)岁;脑梗死 27 例,脑出血 13 例;左侧瘫痪 24 例,右侧瘫痪 16 例。对照组共有患者 46 例,其中男 25 例,女 21 例;年龄 50~75 岁,平均(64.51±3.73)岁;脑梗死 28 例,脑出血 18 例;左侧瘫痪 27 例,右侧瘫痪 19 例。2 组患者的一般资料及病情经统计学分析,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

二、治疗方法

2 组患者在急性期均接受神经内科常规药物治疗;当患者病情稳定后,观察组给予针刺及康复训练治疗,对照组则单纯给予针刺治疗。具体治疗操作如下。

1. 针刺治疗:采取头针刺激和体针刺激同步进行。头针取偏瘫对侧的顶颞前斜线或颞三针。软瘫期针刺瘫侧上肢阴经穴,选用极泉、尺泽、内关、鱼际等穴;瘫侧下肢取阳经穴为主,选用伏兔、足三里、阳陵泉、解溪等穴。痉挛期则以针刺瘫侧上肢阳经穴为主,选用肩髃、消泺、手三里、外关、八邪等;瘫侧下肢取阴经穴为主,选用血海、阴陵泉、承筋、悬钟、太溪、太冲等穴。针刺得气后留针 20~30 min,每日治疗 1 次,每周治疗 5 次。

2. 康复训练:主要采用神经促通技术治疗,如 Bobath 疗法、神经本体感觉促进技术、运动再学习技术等。根据患者的具体情况,可将疗程分为卧床期、离床期及步行期 3 个阶段进行。卧床期的主要训练内容包括床上良肢位的摆放,定时变换体位;健侧肢体主动辅助患侧关节进行活动度训练,患侧肢体关节被动活动训练;翻身训练,早期坐位及坐位平衡训练;斜床站立等。离床期的主要训练内容包括 Bobath 握手;活动肩胛带;促进伸

肘练习;肘的独立和有控制的运动训练;前臂的旋前、旋后练习;腕关节背伸、桡侧偏及尺侧偏训练;手指的屈伸,拇指对指和外展练习。躯干训练采用收腹运动和桥式运动;肩胛带训练着重于对侧髋部或对侧头顶部的引导,骨盆带训练则着重于对侧肩部的引导;下肢训练主要采用桥式运动,有控制的伸屈膝训练,踝背屈练习,骨盆旋前训练,髋的内收外展练习;站立及坐下练习;站立、重心转移、跨步等训练。步行期的训练内容主要包括实用步行,站立平衡,手杖使用及上、下楼梯等;同时进行日常生活活动能力训练,如穿脱衣物,解系衣扣,穿脱鞋袜,入厕,进食等。每次康复治疗时间持续 1 h,每日治疗 1 次,每周治疗 5 次。

三、疗效评定标准

日常生活活动能力的评定采用 Barthel 指数评分法,肢体运动功能评定采用简式 Fugl-Meyer 积分法(FMA)^[2]。所有患者首次评定在入选治疗前 24 h 进行,再次评定于治疗 6~8 周后由同一位医师完成。

四、统计学分析

本研究所得数据以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验进行统计学分析, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

结 果

2 组患者治疗前的 Barthel 指数及简式 Fugl-Meyer 运动功能积分(FMA)间差异均无统计学意义(均 $P>0.05$)。2 组患者分别经相应治疗后,其评定积分较治疗前均有显著提高($P<0.01$ 或 0.05),但观察组积分改善的幅度较对照组更大、更显著,经统计学分析,组间差异有统计学意义($P<0.01$)。具体数据详见表 1。

表 1 2 组患者治疗前、后功能改善情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	Barthel 指数	FMA 运动积分		
			上肢	下肢	手
观察组	40				
治疗前		27.87±14.04	9.45±3.27	7.59±3.55	4.52±1.74
治疗后		70.82±18.26 ^{#△}	36.88±9.05 ^{#△}	24.54±8.47 ^{#△}	10.21±2.98 ^{#△}
对照组	46				
治疗前		28.14±13.22	9.03±3.43	7.37±3.53	4.29±1.51
治疗后		56.81±18.47 [*]	25.12±7.65 [*]	14.53±6.72 [*]	9.03±1.22 [*]

注:与治疗前比较, * $P<0.05$, [#] $P<0.01$;与对照组治疗后比较, [△] $P<0.01$

讨 论

脑卒中偏瘫患者从发病后数天即可开始恢复部分功能,并于 1~3 个月内恢复至最大限度,3 个月后果因各种继发性功能障碍导致恢复速度减慢,故康复治疗应尽早介入。由于脑卒中患者的中枢神经系统在结构及功能上具有重新组织能力或可塑性,通过早期的综合性康复治疗,可使患者的恢复潜能得到最大程度发挥,还可以防止一些并发症的发生^[3]。

针灸治疗具有整体性和双向性调节的特点,治疗脑卒中偏瘫患者时有其独到之处,但在传统的取穴过程中,常强调“独取

阳明”,其部分体针穴位在患者肌张力已有增高的情况下,不仅不利于肌张力下降,而且还会加重痉挛模式的形成^[4],因此根据偏瘫恢复阶段来设计针灸处方,则更有利于患者最大程度的康复。软瘫期治疗应以促进主动肌肌张力产生及增强为主,此时可针刺上肢阴经、下肢阳经,意在诱发瘫侧上肢屈肌、下肢伸肌肌张力增强,促发共同运动。痉挛期则应兴奋拮抗肌,抑制主动肌过高的肌张力,针刺应取上肢阳经,下肢阴经,可增强拮抗肌肌张力,促发非优势肌群产生运动,以恢复伸、屈肌张力的动态平衡。由此可见,只有将现代康复理论应用到脑卒中偏瘫各期的针灸治疗过程中,方能取得较佳疗效。

虽然针灸疗法对脑卒中偏瘫患者肌力的治疗效果肯定,但这并不意味着患者就此已经获得了正常的随意运动模式,想要更大程度地改善患肢运动功能(如下肢步态、手的运动功能等)及提高日常生活活动能力,还有赖于正确运动模式的输入。通过良肢位的摆放可以有效克服异常肌痉挛,使其与拮抗肌群处于动态平衡状态,防止痉挛现象加重或持续;通过各种神经易化技术及运动再学习技术等,能帮助患者建立正确的运动模式,使其恢复随意自主运动功能,提高日常生活自理程度。在本研究

中,观察组患者经治疗后无论是肢体运动功能恢复,还是日常生活活动能力方面都明显优于对照组($P < 0.01$),提示针刺配合康复训练的治疗效果明显优于单纯针刺治疗,它的早期介入能大大降低脑卒中偏瘫患者的致残率,促其早期康复,故该综合疗法值得临床进一步推广、应用。

参 考 文 献

- 1 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点. 中华神经科杂志, 1996, 29: 379-380.
- 2 缪鸿石, 朱镛连, 主编. 脑卒中康复评定和治疗. 北京: 华夏出版社, 1996. 9, 22, 165, 182-183.
- 3 王刚, 张德清, 何建永, 等. 运动再学习对脑卒中患者功能恢复的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2005, 27: 162-164.
- 4 李佩芳. 针刺拮抗肌群治疗脑卒中后肌张力增高. 中国康复, 2001, 16: 42-43.

(修回日期: 2005-11-29)

(本文编辑: 易 浩)

虎口重度瘢痕挛缩患者的综合康复治疗

尤爱民 孙海双 雷万军 崔永光 崔正军 陈永彩

虎口瘢痕挛缩畸形多因烧伤、电击伤、挤轧伤等造成, 不仅有损外观, 还严重影响了患者的拇指外展、背伸、对掌和握拳等功能。由于拇指功能约占全手功能的一半, 因此, 任何原因造成的虎口瘢痕挛缩畸形, 都必须给予有效的治疗。我科自 2000 年 5 月至 2004 年 10 月对 76 例虎口重度瘢痕挛缩患者进行了综合康复治疗, 效果满意, 现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

选择在我科进行综合康复治疗的创伤后虎口重度挛缩患者 76 例, 符合顾玉东等^[1]所拟的评定标准, 其中男 48 例, 女 28 例; 年龄 7~43 岁, 平均 (23.8 ± 1.3) 岁; 左手 39 例, 右手 37 例; 病程 4~21 个月, 平均 (13.3 ± 2.1) 个月; 致伤原因为手部挤压伤 25 例, 烧伤 23 例, 爆炸伤 15 例, 电击伤 9 例, 断指再植 4 例。患者拇指均为内收畸形, 外展、背伸、对掌和握拳等功能受限, 虎口有不同程度的瘢痕形成。

二、治疗方法

针对患者的受伤原因、瘢痕和创面情况、手术方法及术后拇指功能等进行综合评定, 制订治疗方案。

(一) 手术前期

先进行蜡疗, 用融化后温度为 50~60℃的蜡于患侧手刷敷一层, 浸入盛蜡的蜡锅中后立即取出, 反复数次, 形成蜡套, 厚度

约 1 cm, 然后用塑料布和毛巾包裹, 每次 30 min, 每日 1 次。瘢痕部分可用超声波直接接触法治疗, 强度为 0.3 W/cm², 每次 10~15 min, 每日 1 次; 拇指腕掌、掌指、指间关节进行关节松动治疗, 手法等级为 III~IV 级, 虎口进行手法牵引后用低温热塑板制作虎口扩大支具, 要求夜间持续配戴, 白天结合运动疗法间断配戴, 根据虎口扩大情况随时调整支具的大小。同时指导患者主动参与治疗, 主动、被动运动各个关节, 每日 2 次, 每个关节每次 5~6 min, 练习时动作应缓慢, 注意力集中, 各个关节的最大活动范围以感觉稍有疼痛为度。如连续 7 d 治疗后虎口角度改善小于 5°, 则根据虎口挛缩情况设计手术治疗方案, 如: “Z”字五瓣成形术、中厚/全厚/带真皮下血管网皮片游离移植修复术、带蒂或游离皮瓣修复术等。

(二) 术后康复治疗

手创伤患者康复周期较长, 为了在节省患者开支的前提下, 最大限度地恢复患者手功能, 术后康复一般分住院康复、门诊康复和家庭康复 3 个阶段。

1. 住院康复期(术后当天至术后 14 d): 患肢高于心脏 10~20 cm 放置; 对手术创面进行无热量微波治疗, 每日 1 次, 每次 15~20 min; 或应用红外线灯照射, 功率 100 W, 距离 35~45 cm, 每日 1 次, 每次 30~40 min; 同时指导患者进行手指各个关节的主动和被动运动。

2. 门诊康复期(术后 15~40 d): 此时患者创面大都已经愈合, 可用超声波直接接触法对患手瘢痕处进行治疗, 强度为 0.3~0.5 W/cm², 每日 1 次, 每次 8~10 min; 音频电治疗, 阳极置于患者背部并固定, 阴极放置水槽边缘, 患手置于水槽内, 逐渐增大电流, 以患者能耐受为度, 每日 1 次, 每次 15~30 min; 对拇指

作者单位: 471003 洛阳, 河南省显微外科研究所(尤爱民、崔永光、陈永彩); 河南科技大学医学技术与工程学院(孙海双、雷万军); 郑州大学第一附属医院整形烧伤科(崔正军)