

· 短篇论著 ·

运动想象和常规康复训练结合早期井穴麦粒灸
对脑梗死患者下肢功能的影响

许明珠 王曙辉 崔韶阳 赖新生 郑盛惠 钟非

卒中是一组以突然起病的,局灶性神经功能缺失为共同特征的急性脑血管疾病,其中下肢功能障碍直接影响患者的日常生活质量,如何更好地改善脑梗死患者的下肢功能是现阶段康复医学研究的重点^[1]。2009 年 10 月至 2011 年 3 月,我院康复针灸推拿科采用运动想象和常规康复训练结合麦粒灸井穴治疗脑梗死后下肢功能障碍患者 39 例,取得了满意疗效。

一、资料与方法

(一)一般资料

纳入标准:①符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议修订的“各类脑血管疾病诊断要点”中“动脉粥样硬化性血栓性脑梗死”诊断标准^[2],并经头颅 CT 或 MRI 检查确诊;②符合中华中医药学会发布的《中医内科常见病诊疗指南》中“中风病”的诊断标准^[3];③年龄 40~75 岁,初次发病,病程≤2 周,神志清楚且病情稳定者;④签署知情同意书。

排除标准包括:①既往有运动功能障碍或有关节病变等严重影响肢体运动功能;②合并有严重的高血压、肺内感染、肾功能障碍、重症糖尿病及精神病史;③病情危重或急性期病情尚未稳定,伴有意识障碍或严重的认知功能障碍。

选取 2009 年 10 月至 2011 年 3 月我院康复针灸推拿科收治的,符合上述标准的脑梗死患者 79 例。采用随机数字表法将患者分为运动想象+常规康复训练+井穴麦粒灸治疗组(综合治疗组, $n=39$)和运动想象+常规康复训练组(对照组, $n=40$),2 组患者在例数、性别、年龄、病程等方面经统计学分析,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

表 1 2 组患者一般资料

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (d, $\bar{x} \pm s$)
		男	女		
综合治疗组	39	24	15	52.4 ± 4.2	8.16 ± 2.83
对照组	40	27	13	51.7 ± 6.4	7.78 ± 3.21

(二)治疗方法

2 组患者均予以针灸推拿、常规脑血管病药物等对症治疗。生命体征稳定后,对照组采用运动想象和常规康复训练,综合治疗组则在运动想象和常规康复训练的基础上增加井穴麦粒灸治疗。

运动想象训练^[4-6]:患者取仰卧位,全身放松 2 min。由经过专业培训的治疗师提示患者进行间断的“运动想象”,如想象自己在室外踏步、踢球、跳跃等,在想象任务中,强调患者注意

力集中,想象 25 min 后让患者指导患者想象回到房间准备休息,同时注意周围环境,听周围的声音,休息 3 min 后,由治疗师从 10 倒数至 1,在数到 1 时让患者睁开眼,整个治疗过程 30 min。

常规康复训练:包括床上良姿位摆放、被动关节活动训练、Bobath 训练、翻身、转移、床边坐位平衡练习、斜床站立、站立平衡、步行训练等,每项训练每日 1 次,每次 10~15 min。

井穴麦粒灸方法:患者取仰卧位,被动伸展患侧下肢。取穴患肢足三里、井穴(隐白、大敦、历兑、足窍阴、至阴、涌泉)。将精艾绒少许置于左手掌心,用右手拇、食、中三指将艾绒揉匀,形成适当大小的艾团,然后将艾团置于左手拇、食二指之间,大拇指向前,用力将艾团搓紧,艾团即成纺锤形,如麦粒大。左手捏住艾团,露出大部分;右手用无齿镊尖端紧紧夹住艾团露出部分根部,横向用力扯下,即形成圆锥形麦粒艾炷。艾炷安放时,先在穴位上涂抹少许凡士林,将麦粒艾炷按压于穴位上,稳稳地粘附于皮肤,即使晃动肢体也不易掉落。用线香点燃艾炷尖端,待患者有温热或轻微灼痛感时,鼓励患者主动患肢,并立即用镊子将其拿掉,再施灸下 1 壮,每穴各灸 3 壮,每天施灸 1 次,于运动想象和康复训练前进行。

上述治疗 6 d 为 1 个疗程,疗程间歇 1 d,连续治疗 4 个疗程。

(三)疗效标准

2 组患者均于治疗前及治疗 4 个疗程后(治疗后)由同一康复治疗师在双盲状态下进行评定:采用简式 Fugl-Meyer 评分(Fugl-Meyer Assessment, FMA)及改良 Barthel 指数(Modified Barthel Index, MBI)评定患肢运动功能及日常生活活动能力^[7];采用功能性步行量表(functional ambulation category scale, FAC)评定患者步行能力,FAC 分为 0~5 级,级别越高,步行能力越好;采用 Twichell-Brunnstrom 卒中中恢复阶段评价量表评定偏瘫肢体的 Brunnstrom 分期^[8]。

(四)统计学分析

采用 SPSS 13.0 版统计学软件进行数据分析,计量资料采用 t 检验;等级资料用 Ridit 分析。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

治疗前,2 组患者患侧的 FMA 和 MBI 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗后,2 组患者患侧 FMA 和 MBI 评分与组内治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),且综合治疗组患者的 FMA 和 MBI 评分均显著优于对照组($P<0.05$),详见表 2。

治疗前,2 组患者 FAC 分级和 Brunnstrom 分期组间比较,经 Ridit 分析,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,综合治疗组的 FAC 分级和 Brunnstrom 分期均显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),详见表 2。

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2013.10.025

作者单位:510405 广州,广州中医药大学(许明珠、崔韶阳、赖新生);广东省深圳市福田区中医院(许明珠、王曙辉、崔韶阳、郑盛惠、钟非)

通信作者:赖新生,Email:lai1023@163.com

表 2 2 组患者治疗前、后各项指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FMA (分, $\bar{x} \pm s$)	MBI (分, $\bar{x} \pm s$)	FAC 分级(例)					Brunnstrom 分期(例)					
				1 级	2 级	3 级	4 级	5 级	I 期	II 期	III 期	IV 期	V 期	VI 期
综合治疗组														
治疗前	39	8.63 $\pm$ 2.24	36.25 $\pm$ 4.16	23	13	2	1	0	24	11	3	1	0	0
治疗后	39	22.06 $\pm$ 4.75 ^{ab}	46.56 $\pm$ 8.32 ^{ab}	0	6	9	18	6	0	8	7	17	7	0
对照组														
治疗前	40	8.42 $\pm$ 2.35	35.62 $\pm$ 5.07	23	15	1	1	0	23	14	2	1	0	0
治疗后	40	17.04 $\pm$ 4.39 ^a	40.46 $\pm$ 4.1 ^a	4	10	13	10	3	5	11	15	7	2	0

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$;2 组患者治疗后 FAC 分级情况,经 Ridit 分析, $u = 4.388, P < 0.05$;2 组患者治疗后 Brunnstrom 分期情况,经 Ridit 分析, $u = 4.956, P < 0.05$

三、讨论

研究表明^[9-11],早期运动想象训练配合运动再学习对促进偏瘫肢体功能及认知功能的恢复有明显效果,本研究结果显示,早期井穴麦粒灸结合运动想象和常规康复训练治疗脑梗死后患侧下肢运动功能的疗效显著优于单纯的运动想象康复训练组,说明早期灸法介入对于偏瘫侧肢体运动功能恢复有促进作用。

井穴是十二经脉中位于手足之端的穴位。《灵枢》将其喻作水之源头,是经气所出的部位,故此命名。《灵枢·根结篇》中又将井穴称之为“根”,更有脏腑、经气之根本的含义。可见,井穴对于周身脏腑、气血、经脉之气的调节有着十分重要的作用。

麦粒灸法一方面有灸法的温通作用,正如《神灸经论》曰:“灸者温暖经络,宣通气血,使逆者得顺,滞者得行,诚前圣之妙用,而惠人于无穷也”;另一方面,患者看到麦粒灸燃烧,慢慢感觉局部温热刺激温度的升高,大脑会努力去运动肢体,躲避温热刺激。这个过程有利于使患者集中精神,最大限度激发患者患侧肢体主动运动的意念,促进患者早期本体感觉的生物反馈系统的重建,即视觉、感觉刺激的相关信号返回到了皮质躯体感觉中枢中,建立新的感觉运动反馈系统^[10-11]。

运动想象训练可改善脑梗死患者的运动功能,其主要依据是心理神经肌肉理论,该理论指出,个体中枢神经系统已储存了进行运动的运动计划或“流程图”,假定在实际活动时所涉及的运动“流程图”,在“运动想象”过程中可被强化和完善,因为想象涉及与实际运动有同样的运动“流程图”。尽管脑卒中患者存在肢体功能障碍,但运动“流程图”,可能保存完整或部分存在。患者应用“运动想象”中的虚拟活动得到肢体真实运动感觉信息的反馈和刺激,通过整合内外部刺激,扩大脑功能网络激活区和提高激活的强度,有助于激活脑部分损伤的运动功能网络的重建或适应性变化,促进肢体功能恢复^[12]。

综上所述,早期井穴麦粒灸结合运动想象和常规康复训练,可促进脑梗死患者患侧肢体肌力的恢复,提高患者主动运动、步行能力及日常生活活动能力,同时也避免了由于强刺激引起的

代偿运动和错误的运动模式。

参 考 文 献

- [1] 下肢强化训练联合高压氧治疗对脑卒中偏瘫患者下肢功能及日常生活活动能力的影响. 中华物理医学与康复杂志,2010,32:927-928.
- [2] 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. 中华神经科杂志,1996,29:379-380.
- [3] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南. 北京:中国中医药出版社,2008:56-58.
- [4] 王强. 运动想象疗法在脑卒中康复中的应用. 中华物理医学与康复杂志,2007,29:782-784.
- [5] 刘惠宇,朱丽芳,谢冬玲,等. 运动想象结合运动再学习疗法对脑梗死偏瘫患者上肢功能恢复的影响. 中华物理医学与康复杂志,2006,28:528-530.
- [6] Cho HY, Kim JS, Lee GC. Effects of motor imagery training on balance and gait abilities in post-stroke patients: a randomized controlled trial. Clin Rehabil,2012,5:39-43.
- [7] 南登崑. 康复医学. 北京:人民卫生出版社,2005:126.
- [8] 王茂斌. 偏瘫的现代评价与治疗. 北京:华夏出版社,1990:67.
- [9] Ortner R, Irimia DC, Scharinger J, et al. A motor imagery based brain-computer interface for stroke rehabilitation. Stud Health Technol Inform,2012,181:319-323.
- [10] Yan J, Guo X, Jin Z, et al. Cognitive alterations in motor imagery process after left hemispheric ischemic stroke. PLoS One,2012,7:e42922.
- [11] 黄佳,陈洪沛,刘骏. 早期介入麦粒灸结合 Bobath 康复技术对脑卒中偏瘫下肢髋关节运动功能恢复的作用. 四川中医,2007,25:102-103.
- [12] 谢琳,王强,金永臻. 运动想象疗法对脑卒中偏瘫患者下肢功能的影响. 中华物理医学与康复杂志,2011,33:354-356.

(修回日期:2013-08-09)

(本文编辑:阮仕衡)

本刊办刊方向:

立足现实 关注前沿 贴近读者 追求卓越