

· 短篇论著 ·

靳三针配合镜像疗法对偏瘫患者上肢、手功能障碍的影响

崔韶阳 许明珠 郑盛惠 赖新生 唐纯志 王曙辉 钟非

上肢及手运动功能障碍是脑卒中患者康复棘手难题之一^[1],其临床疗效有待提高。本研究联合采用镜像疗法(mirror therapy)及中医针灸治疗脑卒中后偏瘫患者,并观察治疗前、后患者偏瘫上肢及手功能恢复情况,发现临床疗效满意。

一、对象与方法

共选取 2013 年 10 月至 2014 年 11 月期间在我科治疗的 64 例脑梗死患者,患者纳入标准如下:均符合 1995 年全国第 4 次脑血管病学术会议修订的脑梗死诊断标准,并经头颅 CT 或 MRI 检查确诊^[2];患者同时还符合国家中医药管理局脑病急症科研协作组制订的中风病诊断标准^[3];患者愿意且能配合相关治疗;年龄 40~75 岁,初次发病;病程 2 周~6 个月,神志清楚且病情稳定;患者对本研究知情同意。患者剔除标准包括:既往有运动功能障碍者;患有关节病变等严重影响肢体运动功能者;合并有严重高血压、肺内感染、肾功能障碍、重症糖尿病及有精神病史者;病情危重或急性期病情尚未稳定等。采用随机数字表法将上述患者分为治疗组及对照组,每组 32 例。2 组患者一般资料情况详见表 1,表中数据经统计学比较,发现组间差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

表 1 入选前 2 组患者一般资料情况比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (d, $\bar{x} \pm s$)	病灶侧别(例)	
		男	女			左侧	右侧
治疗组	32	19	13	51.19 $\pm$ 7.89	27.38 $\pm$ 5.64	14	18
对照组	32	18	14	52.28 $\pm$ 7.39	28.19 $\pm$ 6.17	15	17

2 组患者均给予常规脑血管病基础药物治疗(包括抗血小板聚集、营养脑神经及改善脑循环等)及康复训练(包括体位摆放、运动疗法及作业治疗等)。待患者生命体征稳定后,对照组给予镜像训练,治疗组则在镜像训练基础上辅以靳三针针刺治疗,2 组患者均每周治疗 5 d,每天治疗 1 次,治疗 4 周为 1 个疗程。

靳三针针刺疗法如下:软瘫期取穴包括颞三针、手三针(曲池、外关、合谷),痉挛期取穴包括颞三针、上肢三针(极泉、尺泽、内关),智能障碍者加刺智三针(神庭与双侧本神),口角歪斜者加刺口三针(地仓、迎香、夹承浆),失语者加刺舌三针(上廉泉、左上廉泉、右上廉泉),肩手综合征者加刺肩三针,尿失禁或尿潴留者加刺尿三针(关元、中极、三阴交),大便秘结或失禁者加刺肠三针(天枢、关元、上巨虚),眩晕者加刺晕痛针(四神

针、印堂、太阳)。上述穴位经常规消毒后快速进针,留针 30 min,每 10 min 行针 1 次,选用平补平泻捻转针刺手法。

镜像训练要点如下:治疗前对患者进行运动觉及视觉想象问卷(修订版)测试,正常者方进行镜像训练。训练时嘱患者靠近桌子坐下,桌子上垂直放一面镜像疗法镜,镜子置于患者两上肢中间,健侧上肢位于镜子反射面方向,偏瘫侧上肢位于镜子无反射面方向。要求患者健侧上肢练习 6 个动作,包括肩关节前屈、肘关节屈曲伸展、前臂旋前旋后、腕关节屈伸、手指伸展抓握以及拇指外展动作,尽量达到最大关节活动范围,同时也要求偏瘫侧上肢尽量做相同动作,如患者偏瘫侧肢体无法独立完成上述动作时,可由治疗师给予辅助。整个训练过程中要求患者认真观察健侧上肢在镜中的运动成像,并想象偏瘫侧肢体同时做相同动作^[4-5]。上述每个动作练习 5 min,每日持续训练约 30 min。

于治疗前、治疗 1 个月后对 2 组患者进行疗效评定,采用量角器测定偏瘫侧腕背伸时主动关节活动范围(active range of motion, AROM);采用简式 Fugl-Meyer 评分(Fugl-Meyer assessment, FMA)上肢部分评定偏瘫侧上肢运动功能,总分为 66 分,评分越高表明上肢运动功能越好^[6];采用改良 Barthel 指数(modified Barthel index, MBI)量表评定患者日常生活活动能力情况,总分为 100 分,评分越高表明患者日常生活活动能力越好^[6];采用 Twichell-Brunnstrom 脑卒中恢复阶段评价量表^[7]评定入选患者偏瘫侧上肢及手 Brunnstrom 分期情况。

本研究所得计量数据以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 SPSS 21.0 版统计学软件包进行数据分析,计量资料比较采用 t 检验,等级资料比较采用 Ridit 分析, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

二、结果

治疗前 2 组患者偏瘫侧腕背伸 AROM、FMA 上肢评分及 MBI 评分组间差异均无统计学意义($P>0.05$);经 1 个月治疗后,发现 2 组患者偏瘫侧腕背伸 AROM、FMA 上肢评分及 MBI 评分均较治疗前明显改善($P<0.05$),并且上述疗效指标均以治疗组患者的改善幅度较显著,与对照组间差异均具有统计学意义($P<0.05$),具体数据见表 2。

治疗前 2 组患者偏瘫侧上肢、手 Brunnstrom 分期结果组间差异无统计学意义($P>0.05$);分别经 1 个月治疗后,发现治疗组偏瘫侧上肢、手 Brunnstrom 分期结果均显著优于对照组,组间差异均具有统计学意义($P<0.05$),提示治疗组患者上肢、手运动功能恢复情况好于对照组。具体结果见表 3。

三、讨论

靳三针疗法是针灸名家靳瑞教授在 50 余年临床实践基础上,并总结历代针灸名家临床经验精华而创立的一个针灸新学派,对改善偏瘫肢体功能具有显著疗效,同时还具有副作用少、方法简便易行等优点。目前国内关于针刺治疗中风的临床研究主要集中在改善肢体功能、提高肌力、降低肌痉挛方面。大量研究已证实,针刺可明显提高中风患者肌力,并通过针刺督脉、手

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2015.07.022

基金项目:国家中医药管理局赖新生全国名老中医药专家传承工作室建设项目(201420);深圳市福田区科技局课题(FTWS201319)

作者单位:518034 深圳,广东省深圳市福田区中医院康复针灸推拿科(崔韶阳、许明珠、郑盛惠、王曙辉、钟非);广州中医药大学针灸康复临床医学院(崔韶阳、赖新生、唐纯志)

通信作者:王曙辉,Email: 455625606@qq.com

表 2 治疗前、后 2 组患者偏瘫侧腕背伸 AROM、FMA 上肢评分及 MBI 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	腕背伸 AROM($^{\circ}$)		FMA 上肢评分(分)		MBI 评分(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	32	6.84 $\pm$ 3.59	14.56 $\pm$ 6.15 ^{ab}	8.73 $\pm$ 2.72	31.66 $\pm$ 4.64 ^{ab}	36.31 $\pm$ 4.69	55.81 $\pm$ 9.31 ^{ab}
对照组	32	6.71 $\pm$ 3.42	11.72 $\pm$ 5.31 ^a	8.62 $\pm$ 2.67	26.75 $\pm$ 4.73 ^a	34.86 $\pm$ 5.16	50.67 $\pm$ 4.49 ^a

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组相同时间点比较,^b $P < 0.05$

表 3 治疗前、后 2 组患者偏瘫侧上肢及手 Brunnstrom 分期结果比较(例)

组别	例数	上肢 Brunnstrom 分期(例)						手部 Brunnstrom 分期(例)					
		I 期	II 期	III 期	IV 期	V 期	VI 期	I 期	II 期	III 期	IV 期	V 期	VI 期
治疗组													
治疗前	32	18	9	3	2	0	0	18	9	5	0	0	0
治疗后	32	0	6	8	14	4	0	2	4	6	14	5	1
对照组													
治疗前	32	17	10	2	3	0	0	17	10	5	0	0	0
治疗后	32	1	6	15	7	3	0	2	15	9	3	2	1

足三阴、手足三阳经及其经筋或透穴治疗,均可显著降低患者肌张力,缓解肌痉挛,改善中风后肢体痉挛程度,提高肢体运动功能^[8-10]。

镜像治疗起源于 20 世纪 90 年代,Ralnachandran 于 1994 年最早应用镜子治疗截肢后幻肢痛患者,后陆续有研究将镜像治疗应用于脑卒中、手外伤、慢性区域性疼痛综合征患者康复治疗中^[11]。由于镜像治疗工具简单、操作方便,近年来在康复科或家庭治疗中均得到广泛应用,并证明该疗法在促进脑卒中后上肢功能恢复方面疗效显著^[11-14]。镜像疗法涉及动作观察、运动想象、模仿学习等诸多过程,镜像治疗时要求患者努力控制双手做相同动作,通常健手能完成指定动作,而偏瘫侧手无法顺利完成指定动作,此时要求患者尽可能活动患手,并指导其将看到的健手镜像想象成患手动作,利用“幻象”提供的视觉反馈让大脑“误以为”在同时控制双手,从而激活支配患手运动的神经元、促进脑功能重组^[13-14]。本研究结果显示,脑梗死患者经靳三针针刺及镜像训练联合治疗后,其偏瘫侧手及上肢运动功能恢复情况均明显优于给予单纯镜像训练的对照组,说明在现代康复训练中介入传统针刺疗法对脑梗死患者肢体功能,尤其是远端腕关节活动功能恢复具有显著促进作用,该联合疗法值得临床推广、应用。

参 考 文 献

[1] Bravata DM, Ho SY, Brass LM, et al. Long-term mortality in cerebrovascular disease[J]. Stroke, 2003, 34(3): 699-704.
[2] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中国实用内科杂志, 1997, 17(5): 312.

[3] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
[4] 张洪翠, 于大君, 刘志华, 等. 镜像疗法对偏瘫患者上肢功能康复疗效的观察[J]. 中国卒中杂志, 2011, 6(5): 381-387.
[5] 王维, 马跃文, 杨巍. 镜像疗法对脑卒中偏瘫患者上肢功能和手功能的影响[J]. 大连医科大学学报, 2013, 35(6): 600-602.
[6] 南登崑. 康复医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 126.
[7] 王茂斌. 偏瘫的现代评价与治疗[M]. 北京: 华夏出版社, 1990: 67.
[8] 徐世芬, 庄礼兴, 贾超, 等. “靳三针”对脑卒中偏瘫患者认知功能和日常生活能力的影响: 多中心随机对照研究[J]. 中国针灸, 2009, 29(9): 689-694.
[9] 孙焜, 沈巍, 韩德雄, 等. “靳三针”对中风后偏瘫患者肢体运动功能和日常生活活动能力的影响[J]. 中医杂志, 2010, 51(6): 524-527.
[10] 郎建英, 庄礼兴, 贾超, 等. “靳三针”结合康复疗法治疗缺血性中风痉挛性偏瘫的临床疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2011, 28(4): 369-373.
[11] Small SL, Buccino G, Solodkin A. The mirror neuron system and treatment of stroke[J]. Dev Psychobiol, 2012, 54(3): 293-310.
[12] Rothgangel AS, Braun SM, Beurskens AJ, et al. The clinical aspects of mirror therapy in rehabilitation: a systematic review of the literature[J]. Int J Rehabil Res, 2011, 34(1): 1-13.
[13] Thieme H, Mehrholz J, Pohl M, et al. Mirror therapy for improving motor function after stroke[J]. Stroke, 2013, 44(1): 1-2.
[14] 张洪翠, 于大君, 刘志华, 等. 镜像疗法对偏瘫患者上肢功能康复疗效的观察[J]. 中国卒中杂志, 2011, 6(5): 381-387.

(修回日期: 2015-03-20)
(本文编辑: 易 浩)