

针灸推拿

分期整体针灸法对 63 例脑梗死偏瘫患者
日常生活能力的影响郭元琦¹ 陈丽仪² 周罗晶¹ 李 惠¹ 区轩明³ 刘东生³

摘要 目的:观察分期整体针灸法对脑梗死偏瘫患者日常生活活动能力(ADL)的影响。方法:113 例脑梗死偏瘫患者随机分为整体针灸法组(治疗组)63 例和传统针灸法组(对照组)50 例,比较两组治疗后 ADL 的改善情况。结果:治疗组在提高患者 ADL、降低残疾率方面均优于对照组。结论:分期整体针灸法是治疗中风偏瘫的有效方法,能更好地改善患者的生活质量。

主题词 脑梗死/针灸疗法 偏瘫/针灸疗法 @ 分期整体针灸法

Effect of Phased Whole Acupuncture on Ability of Daily Life in 63 Cases of Hemiplegia due to Cerebral Infarction

Guo Yuanqi¹, Chen Liyi², Zhou Luoqing¹, et al.

(1. The Second Clinical Medical College, Guangzhou University of TCM, Guangzhou, 510120; 2. The Fourth Affiliated Hospital of Medical College of Jinan University)

Objective: To observe effect of phased whole acupuncture on ability of daily life (ADL) in patients of hemiplegia due to cerebral infarction. **Methods:** 113 cases of hemiplegia due to cerebral infarction were randomly divided into a treatment group (n = 63) treated with phased whole acupuncture and a control group (n = 50) treated with traditional acupuncture. After treatment, improvement of ADL in both groups was compared. **Results:** The treatment group in increase of ADL and decrease of deformity was superior to the control group. **Conclusion:** Phased whole acupuncture is an effective method for hemiplegia due to cerebral infarction with better improvement of quality of life.

Key Words Cerebral infarction/acup-mox therapy; Hemiplegia/acup-mox therapy; @ Phased whole acupuncture therapy

我们于 2001 年 4 月~2004 年 4 月间,选用国际公认的日常生活活动能力(ADL)评价法^[1]作为评定标准,探讨分期整体针灸法对脑梗死偏瘫患者 ADL 的影响,并与传统针灸法进行比较,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:选择广州中医药大学第二临床医学院神经内科和针灸科住院的脑梗死偏瘫患者 118 例为研究对象,采用简单随机法(抛硬币法),将入选病例随机分为治疗组 65 例和对照组 53 例,脱落 5 例(其中治疗组 2 例,对照组 3 例)。最后治疗组男 31 例,女 32 例,年龄(63.83±9.69)岁,病程(2.48±2.68)天,开始针灸时间(4.97±4.22)天,既往史积分(6.68±2.56)分,伴发病积分(6.98±3.69)分;对照组男 28 例,女 22 例,年龄(65.74±7.72)岁,病程(2.94±4.72)天,开始针灸时间(4.02±3.96)天,既往史积分(6.86±2.46)分,伴发病积分(7.12±3.76)分。两组在性别、年龄、病程、开始针灸时间、既往史积分及伴发病积分^[1]方面经 χ^2 检验和 t 检验,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 诊断标准:中医标准参照 1995 年国家中医药管

理局脑病急症协助组中风病中医诊断疗效评定标准^[2]。西医标准参照 1995 年全国第四次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^[3]。

1.3 纳入标准:符合上述中西医诊断标准的急性期中风病患者,头颅 CT 或 MRI 检查确诊为基底节区脑梗死,年龄<75 岁,初次发病,病程在 1 周以内,神志清楚且病情稳定者。

1.4 排除标准:经检查证实由脑肿瘤、脑外伤、脑寄生虫病,代谢障碍、风湿性心脏病、冠心病及其他心脏病合并房颤引起脑梗死者;有较严重的并发症或合并症,如严重精神障碍、严重痴呆,合并有心、肝、肾、造血系统和内分泌系统等严重原发性疾病患者;语言理解有严重障碍者;有关节病变等严重影响肢体运动功能者。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法:(1)对照组:采用传统针灸法,参照杨长森主编《针灸治疗学》(第 6 版教材)。取穴:对侧运动区、患侧肩髃、曲池、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、解溪、昆仑。手法:头皮针平刺,采用捻转手法进针;体针直刺进针,采用提插手手法,急性期用泻法,恢复期用补法。以下进针手法同。(2)治疗组:采用整体针灸法,参照 Brunnstrom 6 阶段分期取穴。软瘫期(I~II 期):在传统针灸法取穴基础上加取双侧风池、肾俞、大肠俞和大椎。每次取 10~12 个穴位,交替使用,同时取健侧足三里、曲池、合谷。手法:健侧用补法,患侧用泻法、重刺

基金项目:广州中医药大学总体规划课题(GH00130)

1 广州中医药大学第二临床医学院针灸科,广州市大德路 111 号(510120)

2 暨南大学医学院第四附属医院

3 广州中医药大学

收稿日期:2004-11-02;修回日期:2004-12-20

激。痉挛期(Ⅲ~Ⅳ期):上肢以手少阳经为主,下肢以足阳明经和足厥阴经为主,取患侧秉风、肩髃、清冷渊、外关、八邪、髀关、居髃、足三里、丘墟、曲泉、八风。穴位可酌情交替使用。手法:强刺激补法。另取下少海(少海下1寸)、殷门、血海,用泻法。恢复期(Ⅴ~Ⅵ期):与传统针灸法取穴相同。手法:平补平泻,中小刺激量。每次留针30分钟,其间每隔10分钟行针1次,每天治疗1次,星期天休息。治疗4周后统计疗效。

以上两组均接受内科基础治疗,同时配合以下功能康复训练指导。软瘫期:加强护理,使患肢处于正确位置,采用床上抗痉体位,定时变换体位,同时鼓励患者利用健肢在床上进行主动的被动运动,如桥式运动、夹腿运动、自助上肢伸展和伸屈肘训练。痉挛期:采用抗痉挛手法和诱发分离运动的训练,配合中医的康复按摩,缓解关节、肌肉的痉挛,以控制肌肉痉挛,促进分离运动的出现。恢复期:主要是让患者进行更具选择性的主动运动和速度运动的训练,如三级坐位、站位平衡训练和步行、上下楼梯训练。同时继续控制肌肉痉挛。

2.2 观察指标:日常生活活动能力,采用 Barthel 指数评定表(Barthel Index, BI)^[13]进行评定。

2.3 统计学方法:于治疗前和治疗4周后收集临床资料。计量资料采用 t 检验,率的比较采用 χ^2 检验。数据统计分析用 SPSS 11.0 统计软件包进行。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:(1)日常生活活动能力:按 BI 计分法,评价两组治疗后 ADL 的改善情况。(2)残疾评价^[4]:按照 BI 得分将 ADL 分为残疾(BI<75分)和基本独立(BI≥75分)两种情况,比较治疗前后两组的残疾率。

3.2 两组患者治疗前后 BI 计分比较:表1示,治疗前两组 BI 计分比较差异无显著性($P>0.05$);治疗后两组 BI 计分均明显提高($P<0.01$);但治疗组计分提高高于对照组,差异有显著性($P<0.01$)。提示治疗组在提高 ADL 方面优于对照组。

表1 治疗前后两组 BI 计分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	63	53.57±29.07	82.08±19.31*
对照组	50	43.34±29.58	69.98±27.53*

与本组治疗前比较, * $P<0.01$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.01$

表2 两组治疗前后残疾率比较[例(%)]

组别	例数	治疗前		治疗后	
		残疾	基本独立	残疾	基本独立
治疗组	63	40(63.5)	23(36.5)	19(30.2)	44(69.8)
对照组	50	37(74.0)	13(26.0)	25(50.0)	25(50.0)

3.3 两组患者治疗前后残疾率比较:表2示,治疗前

两组残疾率比较差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后差异有显著性意义($P<0.05$),提示治疗组在降低残疾率方面优于对照组。

4 讨论

随着对中风诊断、抢救水平的提高,其死亡率已大幅度下降,但致残率则明显上升。其致残的基本表现是由于肢体运动障碍而引起日常生活活动能力的降低或丧失,使患者生活质量下降。现代康复医学认为,运动功能的评价应结合日常生活活动能力(ADL)的评价才更全面。在 ADL 评估中,临床上应用最广、最具影响的是 Barthel 指数(BI)计分。

分期整体针灸法综合头针、传统体针、背俞针、巨刺法和阴阳经平衡刺多种中风偏瘫常用针刺手法,并配合功能康复训练,是中风偏瘫常用针刺手法与现代康复技术结合的产物,强调从偏瘫早期开始介入治疗。软瘫期(Brunnstrom I~II期)采用头体针相配,健患侧相配及重用脊背腧穴取穴原则针灸,旨在不断向大脑输入运动、感觉信息,利用联合反应、协同运动等诱发肢体主动运动,促进大脑细胞“功能重组”,以实现低中枢的调控。这种重视脊背腧穴的取穴方法有利于早期偏瘫患者躯干力量的恢复,为下一步的功能训练打下基础。Ⅲ~Ⅳ期为痉挛期,治疗以抑制痉挛为主,采用阴阳经相配,重用拮抗肌上腧穴取穴原则针灸,旨在调和阴阳,抑制肌肉痉挛的关键点;Ⅴ~Ⅵ期进入改善期,针灸以辨证取穴和取患肢阳明经穴为主,旨在疏通患肢气血,促进正常运动模式的建立。

以上针灸治疗同时配合相应的功能康复训练,形成了以针灸为主综合干预的中医康复医疗模式。该模式符合偏瘫患者的自然病理演变过程及其恢复的规律,也符合中医整体观及“因人因时制宜”的观点。本研究表明,整体针灸法治疗组在降低患者的病残率、残疾率,提高患者的日常活动能力方面均优于对照组,初步提示它是一种安全、有效的针灸治疗方法。其机制可能与中枢神经可塑性有关,整体针灸法大量重复的良性刺激促进了脑卒中后中枢神经系统在结构和功能上存在的代偿和功能重组能力,因而获效明显。

参考文献

- 1 全国第四次脑血管病学术会议通过. 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(6): 381~383.
- 2 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病中医诊断疗效评定标准. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55~56.
- 3 全国第四次脑血管病学术会议修订. 各类脑血管疾病诊断要点. 中国实用内科杂志, 1997, 17(5): 312.
- 4 Duncan PW, Jorgensen HS, Wade DT. Outcome measures in acute stroke trials. A systematic review and some recommendations to improve practice. Stroke, 2000, 31(6): 1429~1438.