

Bobath 疗法结合针刺对脑卒中弛缓期 下肢功能恢复的临床研究

杨爱国¹, 闫新华¹, 任秀云¹, 毛进兴², 刘立成¹, 刘子芳¹

【摘要】 目的:探讨 Bobath 疗法结合针刺对脑卒中弛缓期下肢功能恢复的疗效。方法:脑卒中后偏瘫弛缓期患者 144 例,随机分为 A、B、C 3 组各 48 例,3 组均给予常规药物治疗,B 组加用针刺治疗,C 组加用 Bobath 手法结合针刺治疗。治疗前及治疗后 14 及 28d 采用 Fugl-Meyer 评分法(FMA)及改良 Barthel 指数(MBI)评定。结果:治疗后 14 及 28d,3 组 FMA 下肢运动功能评分及 MBI 评分均呈逐渐提高($P < 0.05$),且 B、C 组明显高于 A 组($P < 0.05$),但 C 组更高于 B 组($P < 0.05$)。结论:采用 Bobath 疗法结合针刺治疗,能够更好的改善脑卒中患者弛缓期下肢功能。

【关键词】 脑卒中;Bobath 疗法;针刺

【中图分类号】 R49;R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2015.02.013

研究发现,脑卒中后弛缓期时间越长预后越差^[1]。Bobath 理论是为中枢神经系统疾病患者开发的治疗与康复技术^[2]。针刺是我国传统的康复治疗手段,对脑卒中患者的康复疗效已被大量的临床实践所证明。本研究旨在探讨 Bobath 疗法结合针刺对脑卒中患者弛缓期下肢功能恢复的临床疗效,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 1 月~2013 年 11 月在我院住院的脑卒中后偏瘫患者 144 例,均符合全国第四届脑血管病会议制定的诊断标准^[3]。144 例随机分为 3 组各 48 例,①A 组,男 25 例,女 23 例;年龄(55.17 ± 10.68)岁;病程(8.26 ± 3.77)d。②B 组,男 22 例,女 26 例;年龄(53.98 ± 9.92)岁;病程(7.37 ± 5.10)d。③C 组,男 28 例,女 20 例;年龄(54.29 ± 7.30)岁;病程(9.06 ± 5.35)d。3 组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 A 组给予常规药物治疗,B 组加用针刺治疗,C 组加用 Bobath 手法结合针刺治疗。①针刺:体针,上肢选取患侧的肩髃、曲池、手三里、外关、阳池、合谷、后溪穴,下肢选取患侧的风市、血海、膝阳关、阳陵泉、足三里、上巨虚、丰隆、承山、照海、绝骨、解溪、侠溪穴,腹部选穴根据薄智云^[4]腹针疗法选取中脘、下脘、气海、关元、左右滑肉门、左右外陵穴,体针直刺或斜刺 1~1.5 寸,腹针中脘、下脘、气海、关元直刺 1~2 寸,

左右滑肉门、左右外陵直刺 0.5~0.8 寸;头针,选取运动区、感觉区、足运感区及平衡区,按上述穴区向前或后透刺,针体与皮肤呈 15°角至帽状腱膜下 0.5~1.5 寸,快速捻转 1min,体针、头针均留针 30min,每日 1 次,15 次为 1 疗程,疗程间歇 3d,共治疗 2 个疗程。② Bobath 手法治疗:指导患者良肢位摆放,采用各种兴奋性促进手法,利用各种感觉输入以促进弛缓的肌肉产生收缩、运动,对下肢关节、肌肉、韧带进行挤压、牵伸,以增加本体感觉刺激,增强关节周围肌肉的收缩;患侧肢体关节的被动活动,对健侧下肢进行抗阻运动的同时嘱患者患侧下肢做相应的内收或外展运动,如患者出现随意运动后尽量减少应用原始反射和联合反应;治疗师辅助下的双桥训练,调整患者双膝屈曲角度,以提高患侧股四头肌和小腿三头肌的肌力和肌张力;患侧下肢屈伸控制训练,患侧下肢负重训练;腹部核心肌肉弛缓者进行辅助下骨盆后倾训练,辅助下仰卧起坐及向侧方体轴旋转训练;在核心控制的前提下做四肢的同时屈或同时伸运动训练,在核心控制的前提下做下肢的交替屈伸运动训练;坐位下进行患侧躯干的辅助-主动伸展运动,在核心控制的前提下做患侧下肢屈曲训练;在立位下进行双脚并拢无支持站立训练,站立位转身向后看训练;无支持站立时将一只脚放在台阶上的训练,以及反复进行非瘫痪侧下肢交叉迈步。Bobath 手法治疗每次 45min,每日 1 次,15 次为 1 个疗程,疗程间歇 3d,共治疗 2 个疗程。

1.3 评定标准 ①运动功能:采用简氏 Fugl-Meyer 运动功能量表(Fugl-Meyer motor assessment, FMA)下肢部分评价患者下肢运动功能,总分 34 分,分值越高下肢运动功能越好。②日常生活活动能力:采用改

收稿日期:2014-09-30

作者单位:1. 滦县人民医院,河北 滦县 063700;2. 滦县中医院,河北 滦县 063700

作者简介:杨爱国(1979-),男,主治医师,主要从事神经康复方面的研究。

良 Barthel 指数(modified Barthel index, MBI), 包括修饰、洗澡、进食、穿衣、控制大便、控制小便、用厕、上下楼梯、床椅转移、平地行走等 10 个评定项目, 将每个项目细分为 1~5 级。总分 100 分, 分数越高, 表示独立能力越好。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 13.0 统计软件进行统计分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗后 14 及 28d, 3 组 FMA 下肢运动功能评分及 MBI 评分均呈逐渐提高($P < 0.05$), 且 B、C 组明显高于 A 组($P < 0.05$), 但 C 组更高于 B 组($P < 0.05$)。见表 1, 2。

表 1 3 组治疗前后 FMA 下肢运动功能评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	治疗前	治疗后	
			14d	28d
A 组	48	3.48±3.04	6.31±3.25 ^a	11.13±3.57 ^{ab}
B 组	48	3.48±3.04	7.88±2.95 ^{ac}	13.33±3.30 ^{abc}
C 组	48	3.67±3.11	9.77±3.45 ^{acd}	15.27±3.53 ^{abcd}

与治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与治疗前 14d 比较, ^b $P < 0.05$; 与 A 组比较, ^c $P < 0.05$; 与 B 组比较, ^d $P < 0.05$

表 2 3 组治疗前后 MBI 评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	治疗前	治疗后	
			14d	28d
A 组	48	15.73±4.12	33.13±5.89 ^a	52.71±6.92 ^{ab}
B 组	48	16.25±5.00	38.13±7.62 ^{ac}	60.83±8.59 ^{abc}
C 组	48	16.67±5.29	40.83±9.47 ^{acd}	64.58±10.56 ^{abcd}

与治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与治疗前 14d 比较, ^b $P < 0.05$; 与 A 组比较, ^c $P < 0.05$; 与 B 组比较, ^d $P < 0.05$

3 讨论

脑卒中后弛缓阶段是由于脑卒中造成脑皮质下中枢突然失去高级中枢的控制, 而其自身对运动的控制能力尚未建立所致, 主要表现为肌肉柔软、松弛, 邻近关节周围肌肉共同收缩能力减弱, 导致被动关节活动范围扩大, 及腱反射消失或减弱^[5-6]。相关研究发现脑卒中后弛缓期时间越长预后越差^[1]。

Bobath 理论是针对中枢神经系统损伤引起的功能、运动和姿势控制障碍的患者进行逐案评价与治疗的一种问题解决方法^[7]。Bobath 理论把脑卒中后恢复分为 3 个阶段, 即弛缓阶段、痉挛阶段和相对恢复阶段。经过多年临床实践, 发现采用 Bobath 疗法训练有利于提高患者弛缓的肌张力, 提高下肢的运动功能水平^[8-9]。Bobath 疗法针对弛缓期的患者从良肢位的设计开始, 从仰卧位向侧卧位翻身训练, 患侧下肢屈伸控制训练, 下肢负重准备训练及坐位平衡反应诱发等

内容^[5]。Bobath 疗法特别重视患者的姿势控制, 不管是肌张力过低, 还是过高, 都会直接影响患者的姿势控制。而姿势控制是日常生活、学习和工作过程中任何随意运动赖以进行的必要条件^[10]。

针刺是我国传统的康复治疗手段, 可应用于脑卒中的不同阶段, 尤其适用于脑卒中的弛缓阶段。针刺治疗脑卒中的可能机制包括: 促进脑血管侧支循环的建立, 改善脑血液循环, 从而促进瘫痪部位功能的恢复^[11]; 改善脑供血, 减轻脑组织损害; 针刺有改善血液粘稠、凝聚状态作用, 从而利于瘫痪部位的恢复。有学者实验证明, 针刺可增加脑组织血液供应^[12], 调节缺血区脑组织能量代谢^[13], 增强脑组织的修复能力^[14], 从而促进瘫痪肢体运动功能的恢复。

本研究发现, 采用 Bobath 疗法结合针刺治疗, 能够更好的改善脑卒中患者的弛缓期下肢功能, 促进患者尽早的康复。

【参考文献】

- [1] 林滨, 丁德谦, 杨芳. 对脑卒中偏瘫本质的认识及其在针灸治疗中的指导作用[J]. 上海针灸杂志, 2003, 22(2): 36-37.
- [2] 纪伊克昌. ボバース概念治疗[M]. 东京: 协同医书出版社, 2009, 32-33.
- [3] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 12(6): 379-380.
- [4] 薄智云. 腹针疗法[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1999, 10-11.
- [5] 于兑生, 恽晓平. 运动疗法与作业疗法[M]. 北京: 华夏出版社, 2002, 341-342.
- [6] 姚舜, 郝玉鹏, 康洪, 等. 针刺配合康复训练对脑卒中软瘫期上肢肌张力及运动功能恢复的影响[J]. 黑龙江医学, 2013, 37(7): 596-598.
- [7] 纪伊克昌著. 刘畅, 常冬梅, 译. Bobath 理论与历史的变迁[J]. 中国康复理论与实践, 2011, 17(9): 801-804.
- [8] 于君. Bobath 技术对脑卒中患者康复的临床疗效[J]. 中国康复, 2006, 21(4): 271-272.
- [9] 寺澤健著. 常冬梅, 李德盛, 译. 脑卒中后遗症的步行功能康复[J]. 中国康复理论与实践, 2011, 17(9): 813-817.
- [10] 张芷, 王健, 冯金升. 认知与姿势控制的神经心理学研究进展[J]. 航天医学与医学工程, 2013, 26(4): 333-337.
- [11] 赵钰. 现代偏瘫治疗学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1997, 100-100.
- [12] 吴童, 程为平. 针刺对家兔全脑缺血再灌注损伤脑保护作用的电镜观察[J]. 中医药学报, 2002, 30(1): 44-45.
- [13] 杜元灏, 翟娜. 针刺对急性脑梗死鼠微血管壁 ATP 酶的影响[J]. 中国针灸, 2000, 10(10): 621-622.
- [14] 陶兰薇, 鲁斌. 热休克蛋白 HSP70 在 MCAO 大鼠脑中的表达[J]. 天津医科大学学报, 2001, 7(3): 366-368.