

# 头针联合康复训练对脑卒中后痉挛期患者运动功能及日常生活能力的影响

徐远红, 王俊华, 李海峰, 杨凤翔

**【摘要】** 目的:研究头针结合康复训练对脑卒中后偏瘫痉挛期患者运动功能及日常生活活动能力的影响。方法:40例脑卒中后偏瘫痉挛期患者,随机分为观察组和对照组各20例。观察组行头针及康复训练治疗,对照组只接受康复训练治疗。2组患者在治疗前后运用改良Ashworth评分法评定痉挛程度,Fugl-Meyer运动功能评定法评定运动功能及改良Barthel指数进行日常生活活动能力评定。结果:治疗1个疗程后,2组患者改良Ashworth评分较治疗前均明显减少( $P<0.05$ ),且观察组更低于对照组( $P<0.05$ )。2组Fugl-Meyer运动功能评分及改良Barthel指数均较治疗前明显增高( $P<0.05$ ),且观察组更高于对照组( $P<0.05$ )。结论:单纯康复训练及头针联合康复训练均可减轻脑卒中偏瘫痉挛期患者肌肉痉挛,改善运动功能及日常生活活动能力,二者联合治疗优于单一康复训练治疗,因此临床上应重视中医头针在脑卒中偏瘫痉挛期患者中的运用,以提高临床疗效。

**【关键词】** 头针;康复训练;脑卒中;运动功能;日常生活活动能力

**【中图分类号】** R49;R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2015.02.014

脑卒中在我国发病率已居第3位<sup>[1]</sup>,故应重视对该病的防治工作,尤其应加强对该病康复治疗的重视。脑卒中在恢复过程中常常出现偏瘫肢体的痉挛,从而降低患者的日常生活活动能力。在脑卒中痉挛期,运用中医头针留针联合康复训练能够提高临床疗效。报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 2012年1月~2014年1月在湖北医药学院附属太和医院康复医学中心住院的40例脑卒中偏瘫痉挛期患者,均符合中华医学会第四届脑血管病会议制定的诊断标准,且存在上下肢痉挛。入选标准:改良Ashworth评分 $\geq 1$ 分;年龄35岁以上,病程 $\leq 2$ 个月;生命体征稳定,自愿积极配合头针及康复训练治疗;无头针及康复训练治疗禁忌症。患者随机分为2组各20例,①观察组,男13例,女7例;年龄( $46.3 \pm 3.7$ )岁;病程( $6.84 \pm 2.36$ )d;左右侧偏瘫各10例。②对照组,男12例,女8例;年龄( $45.7 \pm 4.8$ )岁;病程( $6.86 \pm 2.25$ )d;左侧偏瘫8例,右侧12例。2组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 对照组只接受综合康复训练治疗,观察组于头针治疗留针期间行综合康复训练治疗。连续治疗4周为1个疗程。头针治疗:按照中国针灸学会制订

的《头皮针穴名国际标准化方案》取偏瘫肢体对侧的顶颞前斜线、顶颞后斜线及顶中线<sup>[2]</sup>。患者取卧位或坐位,常规头皮消毒后,选用0.25mm $\times$ 40mm一次性毫针在各线3等份上依次透刺3针<sup>[3]</sup>。进针时针尖与头皮呈约30°夹角,快速捻转进针,当针尖抵达帽状腱膜下层感指下阻力减少时,调整针身与头皮平行,刺入约1~1.5寸,然后快速连续捻转。操作者应用食指桡侧面与拇指掌侧面捏住针柄进行捻转,频率200次/min,持续约1~3min,以后每隔0.5~1h重复捻转1次,留针6h,每周5次。综合康复治疗:①物理治疗,给予偏瘫侧肢体抗痉挛综合训练,包括痉挛肌主被动牵伸训练、关节活动度训练、斜板床站立训练、转移训练、平衡协调训练。每天2次,每次50min左右;②心肺功能训练,以有氧训练为主,给予功率自行车训练,每天1次,每次20min;③电刺激治疗,选用KX-3A型抗痉挛治疗仪,采用双极法,4个小电极分别置于上下肢痉挛肌及拮抗肌处,痉挛肌刺激两端的肌腱处,拮抗肌刺激肌腹,每次15min,每日1次;④抗痉挛支具佩戴及训练。

1.3 评定标准 ①改良Ashworth评分法:0~5级,级别越高,痉挛越重;②Fugl-Meyer运动功能评定量表:0~100分,分值越高,表示运动能力越好;③改良Barthel指数:0~100分,分值越高,日常活动能力越强。

1.4 统计学方法 采用SPSS 17.0统计学软件进行分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,t检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

收稿日期:2014-08-19

作者单位:湖北医药学院附属太和医院康复科,湖北十堰442000

作者简介:徐远红(1976-),男,副主任医师,主要从事中西医结合康复治疗神经系统疾病方面的研究。

通讯作者:杨凤翔,312813045@qq.com

## 2 结果

治疗1个疗程后,2组患者改良 Ashworth 评分较治疗前均明显减少( $P<0.05$ ),且观察组更低于对照组( $P<0.05$ )。2组 Fugl-Meyer 运动功能评分及改良 Barthel 指数均较治疗前明显增高( $P<0.05$ ),且观察组更高于对照组( $P<0.05$ )。见表1。

表1 2组治疗前后 Ashworth、Fugl-Meyer 及 Barthel 指数评分比较

组别	n	时间	Ashworth	Fugl-Meyer	Barthel
观察组	20	治疗前	3.11±0.72	29.91±12.75	46.32±6.75
		治疗后	1.88±0.83 <sup>ab</sup>	68.78±15.37 <sup>ab</sup>	58.67±6.76 <sup>ab</sup>
对照组	20	治疗前	3.07±0.76	29.93±12.59	45.87±6.54
		治疗后	2.71±0.32 <sup>a</sup>	57.34±14.26 <sup>a</sup>	52.34±4.35 <sup>a</sup>

与治疗前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>b</sup> $P<0.05$

## 3 讨论

脑卒中是由于急性脑循环障碍所致的局限或全面性的脑功能损伤综合征,也是发病率、死亡率、致残率很高的疾病之一<sup>[4]</sup>。众多的研究证实,脑卒中后运动康复治疗是减少功能障碍的有效方法,在脑卒中偏瘫患者的肢体运动功能恢复过程中发挥着重要作用<sup>[5-6]</sup>。文献证实运动康复技术可减轻脑卒中患者的肢体痉挛,改善偏瘫肢体运动功能,从而提高 ADL<sup>[7]</sup>。脑卒中后偏瘫患者常经历弛缓期瘫痪及痉挛期瘫痪过程。在弛缓期瘫痪期间,常采用体针加康复训练进行治疗,以促进肌张力恢复,当进入痉挛期后,临床上常停止体针治疗,以避免刺激加重肢体痉挛而影响患者日常生活活动能力。而笔者在临床工作中认识到在脑卒中痉挛期,运用中医头针留针联合康复训练能够提高临床疗效。

在我国,常采用中西医结合的方法治疗脑卒中后偏瘫。现代康复技术训练可通过促进中枢神经系统可塑性而改善脑卒中偏瘫患者运动功能,成为目前康复医学的热点,是公认的对脑卒中偏瘫患者行之有效的治疗方法<sup>[8]</sup>。而作为祖国医学瑰宝的针灸技术也一直受到关注。中医学将脑卒中称为中风,其病位在脑,病机为气血逆乱,与多个脏腑功能失调有关<sup>[9]</sup>。研究认为头针治疗可以增强大脑皮层运动区的输入信号,对头部穴位刺激可以促使中枢运动神经系统兴奋<sup>[10]</sup>,增强脑血流的调节功能,加快梗死部位侧支循环的建立,减少脑血管再通后的高灌注状态,减轻脑水肿及梗死后出现的几率,从而减少脑细胞的损伤<sup>[11]</sup>。根据大脑皮质功能区在头皮的投影理论,顶颞前斜线相当于大脑皮质中央前回在头皮上的投影,是对侧肢体的运动中枢,顶颞后斜线相当于大脑皮质中央后回在头皮上的

投影,是对侧肢体的感觉中枢<sup>[12]</sup>。顶中穴在头顶部,从督脉百会穴至前顶穴之间,主治瘫痪、麻木等症。透刺以上3条线后进行长时间留针,在留针期间进行主动康复训练,可以调动患者的主观能动性,从而改善患者偏瘫侧肢体功能,进而提高日常生活活动能力。

从本研究结果看,综合康复训练可以降低改良 Ashworth 评分,提高 Fugl-Meyer 运动功能评分及改良 Barthel 指数评分,提示可改善患者肢体痉挛程度,提高运动功能及日常生活活动能力。但如配合头针留针后进行康复训练,效果优于单纯康复训练,提示联合运用可以提高临床疗效。因此,头针联合综合康复训练可运用于脑卒中痉挛期患者,在改善肢体运动功能及日常生活活动能力方面疗效显著,值得在临床推广应用。

## 【参考文献】

- [1] 李爱东,黄宗青,刘洪涛,等.脑卒中患者及家属对脑卒中与康复相关知识、态度和行为水平的调查[J].中国康复理论与实践,2009,15(3):252-253.
- [2] 陆寿康,孙尧其.实用头针大全[M].上海:上海科学技术出版社,1993,29-30.
- [3] 刘正永.头针并运动疗法对脑卒中偏瘫患者下肢运动功能恢复的疗效[J].中国实用神经疾病杂志,2012,15(19):65-66.
- [4] 陆奇志,李争鸣,吴娟,等.脑卒中康复临床路径抗痉挛治疗患者的药学监护[J].中国药师,2013,16(12):1879-1881.
- [5] 励建安,王彤.康复医学[M].北京:科学技术出版社,2002,167-170.
- [6] 刘正永.头针并运动疗法对脑卒中偏瘫患者下肢运动功能恢复的疗效[J].中国实用神经疾病杂志,2012,15(19):65-67.
- [7] Luke C,Dodd KJ,Brock K. Outcomes of the Bobath concept on upper limb recovery following stroke[J].Clin Rehabil,2004,18(8):888-890.
- [8] 王艳君,邢军,李永方,等.抗痉挛康复体位结合头针及高压氧治疗卒中偏瘫临床观察[J].河北中医,2011,33(6):883-885.
- [9] 李红.头针留针、康复训练联合西医综合治疗脑卒中后偏瘫步态随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2013,27(1):123-125.
- [10] 姚海青,吕德纯.早期康复结合针刺治疗脑卒中偏瘫疗效观察[J].中外医疗,2008,30(1):49-50.
- [11] 陈新勇,吴富东.头针刺刺病灶侧和非病灶侧对中风患者脑血流的影响[J].上海针灸杂志,2011,30(9):586-588.
- [12] 于学平,尹继芳,孙晓伟,等.不同介入时机对头针治疗急性脑梗死的影响[J].上海针灸杂志,2011,30(11):730-732.