

中西医一体化卒中康复单元模式在脑卒中后运动障碍康复中的应用研究

洪锋¹, 李佩芳², 齐涛², 潘素勤¹, 虞茹妃¹,
王尚社², 张坤¹, 刘辉², 郑琦¹, 孔令中¹

1. 亳州市人民医院, 安徽 亳州 236801; 2. 安徽中医药大学第二附属医院, 安徽 合肥 230061

[摘要] 目的: 观察中西医一体化卒中康复单元模式对脑卒中后运动障碍的影响。方法: 将90例脑卒中后运动障碍患者按随机数字表法分为治疗组和对照组, 每组45例。2组均予神经内科常规处理, 对照组采用卒中康复单元模式治疗, 治疗组在卒中康复单元模式基础上加用中医治疗手段。观察2组治疗前后Wolf运动功能评估量表(WMFT)、Fugl-Meyer肢体运动功能评定量表及日常生活活动能力量表(ADL)评分的变化。结果: 治疗后, 2组WMFT、Fugl-meyer上肢运动功能、Fugl-meyer下肢运动功能及ADL评分均较治疗前提高, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 治疗组的WMFT、Fugl-meyer上肢运动功能、Fugl-meyer下肢运动功能及ADL评分均高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 中西医一体化卒中康复单元模式干预脑卒中后运动障碍患者, 能有效改善其运动功能, 提高日常生活活动能力, 效果优于卒中康复单元模式。

[关键词] 脑卒中; 运动障碍; 中西医一体化卒中康复单元; 运动功能; 日常生活活动能力量表(ADL)

[中图分类号] R743 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 02-0100-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.02.029

Study of Rehabilitation Unit Pattern of Integrated Chinese and Western Medicine for Stroke on Rehabilitation of Post-Stroke Dyskinesia

HONG Feng, LI Peifang, QI Tao, PAN Suqin, YU Rufeifei, WANG Shangzhi,
ZHANG Kun, LIU Hui, ZHENG Qi, KONG Lingzhong

Abstract: Objective: To observe the effect of rehabilitation unit pattern of integrated Chinese and western medicine for stroke on rehabilitation of post-stroke dyskinesia. **Methods:** Divided 90 cases of patients with post-stroke dyskinesia into the treatment group and the control group randomly according to random number table method, 45 cases in each group. Based on routine treatment of the department of neurology, both groups received stroke rehabilitation unit pattern for treatment, while the treatment group additionally received the treatment of Chinese medicine. Observed changes of scores of Wolf motor function test(WMFT), Fugl-Meyer extremity motor function rating scale and activity of daily living scale(ADL) before and after treatment in both groups. **Results:** After treatment, scores of WMFT, Fugl-Meyer upper limb motor function, Fugl-Meyer lower limb motor function, and ADL were increased when compared with those before treatment, differences being significant($P < 0.05$). Scores of WMFT, Fugl-Meyer upper limb motor function, Fugl-Meyer lower limb motor function, and ADL in the treatment group were higher than those in the control group, differences being significant($P < 0.05$). **Conclusion:** Rehabilitation unit pattern of integrated Chinese and western medicine for stroke on rehabilitation of post-stroke dyskinesia can effectively improve motor function and ADL of patients. Its effect is superior to that of pattern of stroke rehabilitation unit.

Keywords: Stroke; Dyskinesia; Rehabilitation unit pattern of integrated Chinese and western medicine; Motor function; Activity of daily living scale(ADL)

[收稿日期] 2017-09-20

[基金项目] 国家中医药管理局“十二五”重点专科建设项目 [国中医药政发(2012)2号]

[作者简介] 洪锋(1966-), 男, 主治医师, 研究方向: 针灸临床应用与机理研究。

[通信作者] 李佩芳, E-mail: lipf67@163.com。

根据世界卫生组织流行病学调查数据显示,我国脑卒中发生率正以每年8.7%的速度上升,比美国高出一倍。中国脑血管病的死亡率是心肌梗死的4~6倍,带来的经济负担是心肌梗死的10倍。脑卒中的高致残率严重危害了患者的生活,给家庭和社会都带来沉重负担。如何改善脑卒中患者的相关功能障碍是目前临床康复研究的热点。卒中康复单元模式是现代医院管理的一种综合模式,以医院为依托,由神经科医生、作业治疗师、物理治疗师、语言治疗师、心理科医师、营养师、护士和社会工作者组成的一个综合康复医疗团队^[1]。有研究表明,卒中康复单元模式对脑卒中患者康复效果好、死亡率低、患者满意程度高^[2]。然而,既往使用的卒中康复单元模式均为西医康复手段,没有中医传统治疗方法。为发扬中医治疗脑卒中的特色与优势,提高脑卒中患者的康复效果,笔者将中西医一体化卒中康复单元模式运用于脑卒中后运动障碍康复中,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2015年1月—2016年12月安徽中医药大学第二附属医院门诊及八病区住院的90例脑卒中患者,按照随机数字表法分为治疗组和对照组,每组45例。治疗组男21例,女24例;年龄(48.89±14.64)岁;病程(15.48±3.54)月;脑卒中类型:脑梗死32例,脑出血13例。对照组男22例,女23例;年龄(48.32±14.25)岁;病程(15.86±3.36)月;脑卒中类型:脑梗死30例,脑出血15例。2组性别、年龄、病程、脑卒中类型等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 ①参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[3]及《临床指南:神经病学分册》^[4]进行诊断,经颅脑CT或MRI确诊;②脑卒中后伴有肢体运动障碍;③年龄18~75岁;④无重症感染、肿瘤、脏器衰竭、骨折等;⑤神志清楚,有语言表达能力,能听懂并执行指令;⑥自愿参加本研究,并签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①合并有精神类、心肌梗死等疾病的患者;②孕妇或哺乳期妇女;③30天内参加过其他临床研究者;④因其他原因产生的肢体活动障碍,如摔伤导致的骨折、肢体皮肤溃烂等。

1.4 脱落标准 ①因故未完成本方案所规定的疗程及观察周期;②主动退出治疗者;③病情加重或者出

现某种突发疾病不能继续治疗者;④治疗过程中患者资料收集不全,影响临床有效性评价者;⑤对治疗方案依从性不高以致严重影响康复治疗的有效性。

2 治疗方法

患者入院后,2组均按神经内科常规处理,如患有其他基础疾病,进行相应治疗。

2.1 治疗组 由神经科医生、作业治疗师、物理治疗师、语言治疗师、心理科医师、营养师、护士和社会工作者组成的一个综合康复医疗团队制定治疗方案,进行运动功能、语言、心理、营养等方面的康复训练和指导,中医康复包括针灸、推拿。(1)针刺治疗^[5]:统一采用天协牌一次性不锈钢针进行针刺,上肢偏瘫者取肩髃、曲池、手三里、合谷、内关、腕骨、尺泽、极泉,下肢偏瘫者取环跳、阳陵泉、阴陵泉、三阴交、太冲、委中、丘墟、照海、风市。操作方法:患者取仰卧位,用75%酒精棉球将所取穴位消毒后,根据所选取穴位的不同采用不同型号的针具进行针刺,以患者有酸、胀、麻、重或肢体抽动感为度。每周6次,每次留针30 min,期间行针1次。(2)推拿治疗^[6]:①仰卧位,采用滚法对患者患侧上肢进行推拿,以肩、肘、腕关节为核心。在推拿以上部位的同时,还进行患侧上肢关节的伸屈、外展、内收、旋前、旋后等被动活动,点按肩髃、肩髃、尺泽、曲池、外关、手三里等穴位,并对手指指间关节进行伸、屈运动,行捻法;大腿前、内侧向下至踝关节及足背用掌按揉法,对踝关节、膝关节、髋关节进行伸屈活动,各关节用摇转扳压等手法,点按阳陵泉、悬钟、昆仑、太溪等穴位,再由近端向远端对掌击打下肢,使整个下肢发胀、发热。②俯卧位,背部脊柱两侧夹脊穴和膀胱经施按揉法,从上而下施行2次,点按天宗、肝俞、胆俞、肾俞等穴位;患侧臀部、大腿后部、沿着经脉走行的部位进行滚法,点按环跳、委中、承扶、承山等穴位,并进行腰部和患侧髋关节后伸外展被动活动;用手掌或拇指自上而下直推和分推背腰两侧夹脊穴及膀胱经,反复操作4~5遍,再施轻快的叩法和平拍法。③坐位,先推印堂至神庭,后用一指禅推法自印堂依次至睛明、阳白、鱼腰、太阳、四白等穴位,往返推1~2遍,再配合抹法与按揉法,最后以扫散法施于头部两侧少阳经及拿五经,按揉、轻搓面颊部;以患侧肩胛骨为重点在其周围和颈项部两侧进行滚法推拿;从肩到腕顺经捋

筋,往返3~4次,活动肩、肘、腕关节,做肩、肘、腕部揉法,从肩部施搓至腕部,往返2~3次;拍叩后项、肩部、上背部,拿揉风池,提肩井。每周6次,每次40 min。(3)康复训练:①上肢及日常生活能力训练,根据患者具体情况制定日常生活能力训练方案,包括:整理被服、拿筷子、端杯子、梳头、上厕所、洗脸、洗脚等。②下肢训练,a.站起坐下训练:患者坐在床边或者在轮椅上(背部直立,无倚靠的物体支撑),两脚平放于水平地面,两肩尽量向前伸,身体向正前方前倾,康复师在旁辅助患者缓缓的将自身的重力移到患侧下肢,令患者将头抬起并注视正前方,伸髋、将躯干伸直,然后康复师用自己的下肢抵住患者的患侧肢体,保证患侧下肢可以进行膝关节的伸展。以患者自身承受程度来确定站立时间,一般站立2 min左右,再缓缓地依照相反的程序坐下。b.步行行走训练:偏瘫程度轻者,在康复师和家属监督陪同下,在康复室内借助平行杠进行缓慢的步行行走训练;用健侧的手抓住平行杠,下肢站立支撑身体,然后缓缓将患侧下肢向前迈开,用健侧的手和患侧下肢将身体支撑,再缓缓地将健侧下肢向前迈开;借助拐杖才能行走者,先用健手扶杖支撑身体的平衡,再将患侧下肢向前迈开,随后再迈出健侧下肢和移动拐杖,紧接着再将患侧下肢向前迈开;对于能够单独步行的患者,康复师帮助患者纠正行走训练时下肢出现的各种错误的动作和姿势。③上下阶梯训练(用于在平地上步行能力尚存的脑卒中后运动障碍的患者):患者在上阶梯训练时,用健侧上肢抓住楼梯扶手,然后用健侧下肢缓慢上一个阶梯,在健侧肢体和楼梯扶手支撑下将身体重心向正前方移动,患侧下肢在向上一个阶梯上移时,努力保持内收内旋动作,再将患侧下肢放在与健侧下肢同一个阶梯上,按照此顺序进行重复训练;患者在下阶梯训练时,用健侧上肢抓住楼梯扶手,以健侧肢体支撑整个身体,患侧下肢缓慢往下一个阶梯,在健侧上肢与患侧下肢的支撑下,使健下肢放在同患侧下肢同一个阶梯上,按照此顺序进行重复训练。上述康复训练每周6次,每次40 min。以上治疗方法均以2周为1疗程,共治疗2疗程。

2.2 对照组 除无针刺和推拿治疗外,其他治疗方法均与治疗组相同。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 由评价小组成员进行以下3个观察指标的评定:①Wolf运动功能评定(WMFT):该量表有15个评价项目,所有项目评分相加最低0分,最高75分,评分越低表示上肢关节功能越差。②Fugl-Meyer上肢运动功能评定量表:共有33个评价项目,所有项目评分相加最低0分,最高66分,评分越低表示上肢运动功能越差。Fugl-Meyer下肢运动功能评定量表:共有17个评价项目,所有项目评分相加最低0分,最高34分,评分越低表示下肢运动功能越差。③日常生活活动力量表(ADL):共有10个评价项目,所有项目评分相加最低0分,最高100分,评分越高表示日常生活能力越好。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0统计学软件处理数据。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 治疗结果

4.1 2组治疗前后WMFT评分比较 见表1。治疗前,2组WMFT评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组WMFT评分均较治疗前提高,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗组的WMFT评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	45	33.63 ± 4.32	48.64 ± 6.28 ^{①②}
对照组	45	34.53 ± 4.23	42.47 ± 5.08 ^①

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.2 2组治疗前后Fugl-meyer运动功能评分比较 见表2。治疗前,2组Fugl-meyer上肢及下肢运动功能评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组Fugl-meyer上肢及下肢运动功能评分均较治疗前提高,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗组Fugl-meyer上肢及下肢运动功能评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

4.3 2组治疗前后ADL评分比较 见表3。治疗前,2组ADL评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组ADL评分均较治疗前提高,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗组的ADL评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后Fugl-meyer运动功能评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	Fugl-meyer 上肢运动功能评分		Fugl-meyer 下肢运动功能评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	45	28.86±4.13	34.28±4.44 ^{①②}	20.86±3.75	23.20±4.20 ^{①②}
对照组	45	27.74±6.01	31.84±4.50 ^①	20.35±3.51	21.77±3.35 ^①

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

表3 2组治疗前后ADL评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	45	45.83±3.36	64.53±5.46 ^{①②}
对照组	45	46.50±3.16	56.62±4.12 ^①

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

5 讨论

有学者认为, 脑卒中后肢体运动功能的康复就是肌张力的高低和肢体拮抗运动的关系^[7]。在脑卒中早期, 患侧肢体肌张力低、运动无力, 出现肌肉松弛, 这时候进行康复的最终目标就是恢复肌张力, 推动患侧肢体尽快恢复自主运动。脑卒中慢性期, 患侧肢体肌张力高, 出现肌肉僵硬、痉挛, 被动运动阻力增加, 关节活动范围缩小, 导致患侧肢体运动障碍。通过卒中康复单元治疗拮抗僵硬的、痉挛的肌群, 协调主动和被动肌群的收缩与舒展, 增进患侧肢体的伸屈肌张力平衡, 进而促进偏瘫肢体运动功能恢复^[8]。卒中康复单元模式利用神经系统具有可塑性和重组性来促进脑卒中后运动障碍恢复, 促进患侧肢体功能全面恢复, 包括对上下肢进行符合日常生活的康复训练内容, 提高患者的自我康复意识。康复训练与日常生活相结合, 如拿筷子、端水、步行、吃饭等日常活动, 促进患侧肢体运动功能恢复, 提高生活能力, 助其早日回归正常生活。

卒中康复单元模式是具有循证医学证据支撑的脑卒中康复模式, 但没有中医元素参与。中医学将卒中后运动功能障碍归于筋病范畴, 《易经》曰: “筋乃人身之经络肌肉之内……四肢百骸, 无处非筋”。《素问》: “宗筋主束骨而利机关也”。指出筋就是将全身关节连接的中心点, 人体每个关节的主动、被动运动都是由它来控制。一旦人体出现筋伤, 部分肢体主动或者被动运动就会出现相应的障碍。《灵枢》对经筋也有详细的叙述, 足太阳经出现筋病时, 小趾筋肉紧张, 肌肉出现不自主的抵抗; 足跟红肿疼痛难

忍, 腠窝处肌肉痉挛、抽搐, 脊柱反弓, 颈部肌肉僵硬紧张, 肩关节不能主动抬起。脑卒中患者发病后患侧上肢久废不用, 导致控制肩关节活动的肌肉萎缩不用, 以致不能抬肩; 下肢在脑卒中后期出现痉挛性截瘫, 弯曲不能, 腱反射亢进。手阳明经出现筋病时, 其循行所过之处出现肌肉紧张疼痛和痉挛、肩关节上举不能等, 与中风后出现腕部及肘部肌肉僵硬, 不能背伸, 肩关节活动受限的临床表现相吻合。足少阳经出现筋病时, 会有筋肉紧张、强硬以致出现抽筋症状, 膝关节屈伸出现不自主的抵抗; 左侧出现筋病时, 其临床表现出现在右侧。这些表现都和卒中后口眼歪斜、足废不能用、眼睑不能自主闭合等症状相似。

为此, 笔者将针灸、推拿纳入卒中康复单元模式中, 在脑卒中后运动、吞咽、语言、认知等相关功能障碍方面均取得了令人满意的成果。在针刺与推拿临床应用时, 选取阳明经肩髃、曲池、手三里、合谷穴, 因阳明经为多血多气之经, 针刺可达疏经通络、调和气血之功; 少阳经腕骨、环跳、阳陵泉、丘墟、风市, 具有利关节、通经络之效, 常为肢体麻痹、半身不遂等病症的首选穴位; 太阳经委中穴, 临床上常用于治疗下肢痿弱、偏枯、肿痛、小腿拘急痉挛等症, 本穴与少阴经极泉均为国医大师石学敏醒脑开窍针法的主穴之一。上肢推拿以肩、肘、腕关节为核心, 配合伸屈、外展、内收、旋前、旋后等被动活动, 点按肩髃、肩髃、尺泽、曲池、外关、手三里等穴位; 下肢以大腿前、内侧向下至踝关节及足背用掌按揉法, 对踝关节、膝关节、髌关节进行伸屈活动, 并点按阳陵泉、悬钟、昆仑、太溪等穴位, 再由近端向远端对掌击打下肢; 以上推拿疗法可达理经整复、调畅气血、平衡阴阳的作用, 有利于患者运动功能的恢复。

本次研究结果显示, 治疗后治疗组的 WMFT、Fugl-meyer 上肢运动功能、Fugl-meyer 下肢运动功能及 ADL 评分均较对照组升高更明显($P < 0.05$)。表明中西医一体化卒中康复单元模式干预脑卒中后运动障碍患者, 能进一步改善其运动功能, 提高日常生活活动能力。

[参考文献]

[1] 汪国宏, 朱幼玲. 卒中单元发展现状及若干思考[J]. 安徽

- 医学, 2009, 30(10): 1254-1256.
- [2] 王淑敏, 兰海燕, 刘建群, 等. 卒中单元模式下早期康复治疗对急性脑梗死患者的疗效影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(24): 2672-2673.
- [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.
- [4] 中华中医药学会. 临床诊疗指南: 神经病学分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 1-16.
- [5] 高树中. 针灸治疗学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2009: 38-40.
- [6] 梅利民. 推拿治疗[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 216-219.
- [7] 王晓燕, 李静苗. 头针与体针联用对脑卒中后偏瘫肌张力过高和运动模式的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2010, 25(2): 167-168.
- [8] 楼美红, 陈利芳, 方剑乔. 基于神经康复医学的针灸治疗缺血性脑卒中的若干问题探讨[J]. 中华中医药学刊, 2014, 32(5): 985-989.
- (责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

针刺联合甲钴胺片治疗糖尿病周围神经病变临床观察

朱水平, 梁莉, 沈根明, 冯森连, 丁晓洁

浙江省荣军医院, 浙江 嘉兴 314000

[摘要] 目的: 观察针刺联合甲钴胺片治疗糖尿病周围神经病变的临床疗效。方法: 将76例糖尿病周围神经病变患者分为观察组和对照组各38例。对照组给予甲钴胺片口服治疗, 观察组在甲钴胺片治疗基础上加用针刺。评估治疗效果, 观察治疗前后患者临床症状体征及运动神经传导速度(MCV)、感觉神经传导速度(SCV)的变化。结果: 观察组总有效率94.74%, 对照组总有效率76.32%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后, 2组MCV及SCV均较治疗前提升($P < 0.05$); 观察组MCV和SCV均快于对照组($P < 0.05$)。治疗后, 2组多伦多临床神经病变评分(TCSS)均较治疗前降低($P < 0.05$); 观察组的TCSS低于对照组($P < 0.05$)。结论: 针刺联合甲钴胺片治疗糖尿病周围神经病变, 能有效改善患者的症状体征, 效果优于单纯使用甲钴胺片治疗。

[关键词] 糖尿病周围神经病变; 中西医结合疗法; 针刺; 甲钴胺片; 运动神经传导速度(MCV); 感觉神经传导速度(SCV); 多伦多临床神经病变评分(TCSS)

[中图分类号] R587.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 02-0104-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.02.030

Clinical Observation of Acupuncture Combined with Mecobalamin Tablets for Diabetic Peripheral Neuropathy

ZHU Shuiping, LIANG Li, SHEN Genming, FENG Miaolian, DING Xiaojie

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of acupuncture combined with mecobalamin tablets for diabetic peripheral neuropathy. **Methods:** Divided 76 patients with diabetic peripheral neuropathy into the observation group and the control group randomly, 38 cases in each group. Both groups received mecobalamin tablets for treatment, while the observation group additionally received acupuncture. Evaluated the curative effect and observed changes of clinical symptoms and body signs, motor nerve conduction velocity(MCV) and sensory nerve conduction velocity(SCV) of patients before and after treatment. **Results:** The total effective rate was 94.74% in the observation group and was 76.32% in the control group, the difference being significant($P < 0.05$). After treatment, MCV and SCV in both groups were improved when compared with

[收稿日期] 2017-09-23

[作者简介] 朱水平 (1987-), 女, 住院医师, 主要从事老年病临床诊治工作。