

头针配合减重支持系统对脑卒中患者步行能力的影响

作者：佚名 文章来源：本站原创 点击数： 更新时间：2007-4-13 

福建省第二人民医院 阙庆辉 (350003)

摘要：目的 探讨头针疗法与减重训练相结合及传统辨证取穴的针刺对脑卒中患者步行能力的影响。方法 选择60例脑卒中患者随机分为2组，研究治疗组采用头针对侧运动区和百会穴并进行减重支持系统训练；对照组采用传统辨证取穴法。下肢运动功能的评定采用Fugl-Meyer的下肢运动量表。结果两组治疗前下肢功能测评差异无显著性意义($P>0.05$)，治疗30d后两组下肢功能恢复程度差异有显著性意义($P<0.01$)。结论 头针配合减重支持系统对脑卒中患者步行能力疗效优于传统辨证取穴法。

关键词：脑卒中；头针；减重支持系统；步行能力；

脑卒中是神经系统常见病及多发病，其发病率为(100-300)/10万，死亡率为(50-100)/10万，约占所有疾病的10%，是目前人类疾病的三大死亡原因之一，存活者中50%—70%遗留有瘫痪、失语等严重残疾[1]。其中步行能力低下是脑卒中患者存在的主要问题之一。脑卒中后步行能力低下，表现为不能行走或步态异常，这些极大影响患者的日常生活，也给社会、家庭带来很大的负担。因此，提高脑卒中患者的步行能力，使患者早日恢复，并最大限度的回归社会，减轻社会、家庭的负担具有重要的意义。本文将60例脑卒中患者分为头针配合减重支持系统治疗组与辨证针刺对照组，并在治疗前后分别测评下肢功能能力变化，现总结如下。

1 临床资料

1.1一般资料：选择观察研究病例均来自本院康复中心病房。治疗组30例，男17例，女13例；年龄45-72(57.32 ± 5.83)岁，脑梗塞19例，脑出血11例。对照组30例，男16例，女14例；年龄47-75(58.43 ± 5.81)岁，脑梗塞17例，脑出血13例。两组年龄、性别、意识、智力、语言、认知、偏瘫侧、病灶部位、肢体功能、精神状态及伴发疾病等方面差异无显著性意义($P>0.05$)，有可比性。

1.2诊断标准：入选病例诊断均符合1995年全国第四次脑血管病会议制订的诊断标准[2]，全部均经头颅CT或MRI检查确诊，且病程在一年以内者。

2 治疗方法

2.1治疗组：针刺选穴取对侧运动区和百会两穴。以75%酒精棉球消毒后，以30号1.5寸毫针，由头顶向鬓角方向与头皮成30度切角分三段接力刺入，施行快速捻转法3分钟，200次/分左右。然后留针30分钟。留针期间进行减重支持系统训练。按照循序渐进，逐步延长的原则。开始训练时15mi n/次，3-5天后达30mi n/次。10天为一疗程，连续治疗三个疗程。

2.2对照组：以传统辨证取穴方法为主，取患侧鱼际、合谷、外关、曲池、手三里、肩髃 等穴，以泻为主，每日一次，每次留针30分钟，10天为一疗程，连续治疗三个疗程。

2.3测评方法：两组均于治疗前及治疗30d进行单盲法下肢步行功能的评定，由1名康复医师进行。下肢运动功能的评定采用Fugl—Meyer的下肢运动量表[3]，其内容包括：①平衡评估；②患下肢肌力评估；③Fugl—Meyer (FMA)改良量表以能反映髋、膝、踝关节之屈伸运动为主。

2.4统计学分析：应用SPSS软件进行统计学分析，数据表达采用($X\pm S$)表示，组间比较采用t检验。

3 治疗结果：两组治疗前后各项指标比较(见表1)

表1 两组治疗前后各项指标变化 ($X\pm S$, n=30)

项目	治疗组	对照组	P
FMA治疗前	21.59± 16.43	22.34± 17.62	>0.05
FMA治疗后	46.98± 11.23	31.18± 12.54	<0.01

4 讨论

脑卒中患者生命体征稳定后，常出现不同程度的功能障碍，极大的影响了患者的日常生活能力，尤其下肢步行能力低下，给整个家庭及社会带来沉重的负担，因此，减少患者的功能障碍，提高其生活质量，使之回归家庭，重返社会是康复工作的长期目标。

目前，国内外用于脑卒中后步行能力低下的治疗方法很多。除必要时应用矫形器和自助具外，多数患者均以康复治疗为主。包括有运动疗法、运动再学习方法、作业疗法等等。运动疗法中[4-5]主要用Rood、Bobath法等神经发育疗法。Rood法能使肌张力正常化、诱发肌肉反应，Bobath法能抑制异常的痉挛模式，促进正常运动出现。运动再学习疗法是20世纪80年代澳大利亚人Janef H. Carr等提出的[6]，主要提倡脑卒中患者通过重新学习和反复训练病前已有的运动功能和日常生活活动能力。这几种方法都有一定的实用价值，但是在治疗中需要治疗师和患者一对一的密切配合，所以需要消耗治疗师较大的体力和时间。因此寻找一种能提高康复治疗效率的设备已成为康复医学研究的热点。减重支持系统是近年来受到关注的康复治疗方法之一。它主要是用减重吊带将患者身体部分悬吊，使患者步行时下肢的负重减少，步行能力提高[7]。其作用机理主要有中枢模式发生器学说、神经系统可塑论与功能重组、运动控制动力系统学说，以及延迟反馈、语言一触觉暗示等学说[8]。

脑卒中，属中医“中风”的范畴。头针自70年代初创立以来，以其独特优势而倍受针灸工作者的青睐，并迅速在国内推广。从中医理论上讲，头为诸阳之会，手足六阳经。皆上行于头面。督脉“上至风府，入脑，上巅，循额，至鼻柱”，六阴经中有手少阴与足厥阴两经直接循行于头面部。另外，所有阴经的经别合入相表里的阳经后，均到达头部，在气街学说中，《灵枢·卫气》云：“头气有街，……故气在头者止之于脑”。全身经气上输头部，灌注于脑，从而维持脑部的正常功能活动，为针灸治疗中风病时重视头部取穴提供了理论依据。此外，大量的实验研究和临床观察也为头针灸治疗中风提供了理论依据。本研究采用运动区和百会两穴，主要依据为焦氏头针疗法是以大脑和神经的生理解剖为理论基础，选用大脑皮层功能名称命名的，认为刺激头皮可以直接作用于其相对的大脑皮层机能部位而达到治疗目的[9]。取运动区可促进脑卒中患者下肢功能的恢复，从而提高步行能力。百会为督脉与足太阳之交会穴，并通过足太阳经上的背俞穴而与五脏六腑密切相关，故能安五脏、定神志。

本研究采用头针配合减重支持系统治疗脑卒中患者步行能力较传统辨证针灸取穴治疗更具有临床实用价值，更能使患者下肢步行功能完整的恢复。因此有条件的医院应大力提倡头针与康复设备的配合，使患者早期得到康复治疗。

5 参考文献

- [1] 王维治, 罗维名. 神经病学, 第四版. 人民卫生出版社, 2002: 122.
- [2] 全国脑血管病会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志. 1996. 29: 379.
- [3] Fugl -Meyer AR, Jaasko LI, Leyman I. The Post-stroke hemiplegic Patient I: A method for evaluation of physical performance [J]. Scand J Rehabil Med. 1975. 7: 13-31.
- [4] 纪树荣等. 脑卒中患者常用运动疗法技术的现代评价. 中国康复理论与实践, 1997. 13(2): 79-82.
- [5] 燕铁斌, 现代康复治疗技术. 合肥. 安徽科学技术出版社: 1994, 85.
- [6] 朱镛连, 王瑞华, 方定华. 神经康复学. 人民军医出版社, 2001: 242.
- [7] 王彤, 减重步行训练在康复医学中的应用. 现代康复, 2001, 5(8): 26-28.
- [8] 霍速, 纪树荣. 减重步行训练的临床应用, 中国康复理论与实践, 2003, 9(2): 115-118.
- [9] 焦顺发. 头针. 山西: 山西人民卫生出版社, 1982: 11.

文章录入: test01 责任编辑: test01

- 上一篇文章: “镇静安神针法”治疗失眠的理论与临床应用研究
- 下一篇文章: 针刺郗穴合中药介入对腰椎间盘突出症疗效及血液流变学的影响


[【发表评论】](#) [【加入收藏】](#) [【告诉好友】](#) [【打印此文】](#) [【关闭窗口】](#)

最新热点

最新推荐

相关文章

头穴针刺对急性脑出血大鼠痛...
血管性痴呆患者脑葡萄糖代谢...
针灸学科发展面临的问题与对...
综合治疗外伤至重型面瘫11例...
针刺郗穴合中药介入对腰椎间...
“镇静安神针法”治疗失眠的...
头针治疗舞蹈样多动抽动综合...
近年来腧穴研究的回顾和思考
电针对家兔Oddi括约肌运动及...
透穴刺法治疗中风后小脑性共...

 网友评论: (只显示最新10条。评论内容只代表网友观点,与本站立场无关!)

| 设为首页 | 加入收藏 | 联系站长 | 友情链接 | 版权申明 | 雁过留声 |

地址：北京市东直门内南小街16号 邮编：100700 联系电话：（010）64014411-3065 联系人：易文军

ICP备案：京ICP备05085854号

技术支持：VANDNS