

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2022.18.027

头套针疗法结合康复训练对脑梗死患者 Barthel 指数的影响

段文娜, 郭浩楠, 陈 燮

陕西省商洛市中心医院中西医结合科, 陕西商洛 726000

摘要:目的 分析头套针疗法结合康复训练对脑梗死患者 Barthel 指数的影响。方法 选取商洛市中心医院中西医结合科 2020 年 3 月至 2021 年 3 月收治的 80 例脑梗死患者为研究对象, 利用随机数字表法将 80 例脑梗死患者分为观察组和对照组, 每组 40 例。对照组采取康复训练, 观察组采取头套针疗法结合康复训练, 6 个月后比较两组的 Barthel 指数、生存质量评分差异。结果 干预前两组患者的 Barthel 指数各维度评分、生存质量各维度评分差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 干预后两组 Barthel 指数各维度评分、生存质量各维度评分均较干预前上升 ($P < 0.05$), 且观察组的 Barthel 指数各维度评分、生存质量各维度评分高于对照组 ($P < 0.05$)。结论 在脑梗死患者康复训练基础上加用头套针疗法能够进一步提升其生活自理能力、改善生存质量, 具有广阔的推广使用前景。

关键词: 脑梗死; 头套针疗法; 康复训练; Barthel 指数; 生存质量

中图分类号: R743.33; R473.74

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2022)18-2556-03

脑梗死是目前十分常见的脑血管疾病之一, 是指各种原因引起的脑部血液供应障碍使局部脑组织发生缺血、缺氧性坏死^[1]。该病具有发病率高、病死率高、致残率高的特点且起病急骤, 是目前导致患者死亡的常见病因之一^[2]。尽管绿色通道的建立以及动静脉溶栓的广泛应用使得脑梗死致死率大幅降低, 但该病产生的后遗症却成为困扰临床的棘手问题之一^[3]。积极地进行康复训练对提升脑梗死患者康复效果起到了重要的帮助作用^[4]。然而, 随着存活的脑梗死患者数量增加, 单纯的康复训练并不能够满足患者及家属越来越高的康复需求^[5]。头套针疗法是我国中医重点推荐的适宜技术, 通过持续刺激头部相应功能区域以“引气直达病所”和“气至而有效”, 实现治疗疾病的目的^[6]。本研究拟观察头套针疗法与康复训练联合治疗对脑梗死患者 Barthel 指数和生活质量的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取商洛市中心医院中西医结合科 2020 年 3 月至 2021 年 3 月收治的 80 例脑梗死患者为研究对象。利用随机数字表法将 80 例脑梗死患者分为观察组和对照组, 每组 40 例。对照组: 男 22 例, 女 18 例; 年龄 48~72 岁, 平均 (61.23 ± 2.57) 岁; 按牛津郡社区卒中研究分型进行临床分型, 其中完全前循环梗死 18 例, 部分前循环梗死 10 例, 后循环梗死 7 例, 腔隙性梗死 5 例; 起病至接受治疗时间 0.5~12.0 h, 平均 (4.87 ± 1.03) h; 神经功能评分 (美国国立卫生研究院卒中量表) 7~21 分, 平均 (14.00 ± 2.00) 分; 有吸烟史 28 例, 无吸烟史 12 例; 有饮酒史 23 例, 无饮酒史 17 例; 合并高血压 15 例, 合并糖尿病 12 例, 合并冠心病 5 例。观察组: 男 19 例, 女 21 例;

年龄 46~74 岁, 平均 (61.30 ± 2.61) 岁; 临床分型为完全前循环梗死 17 例, 部分前循环梗死 10 例, 后循环梗死 7 例, 腔隙性梗死 6 例; 起病至接受治疗时间 0.5~14.0 h, 平均 (4.93 ± 1.07) h; 神经功能评分 8~21 分, 平均 (14.50 ± 2.50) 分; 有吸烟史 30 例, 无吸烟史 10 例; 有饮酒史 25 例, 无饮酒史 15 例; 合并高血压 14 例, 合并糖尿病 13 例, 合并冠心病 4 例。纳入标准: (1) 经影像学检查确诊为脑梗死且起病时间 ≤ 24 h 者; (2) 意识清醒, 能够配合康复训练者; (3) 无认知功能障碍者。排除标准: (1) 全身瘫痪者; (2) 植物生存状态者; (3) 参加过类似临床研究者。两组患者的一般资料间差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 有可比性。本研究经本院伦理委员会审查通过。所有患者对本研究知情同意。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组患者进行康复训练, 持续时间 6 个月。由康复医师、物理治疗师、作业治疗师、语言医师、康复工程师、心理治疗师、营养师、本科室护士等组成康复训练团队, 在康复训练团队指导下开展阶段性的康复训练。早期以良肢位的摆放、体位转移、关节活动度训练为主。在患者能够不借助团队成员帮助独立完成上述训练后, 进行下一阶段的康复训练, 包括站立平衡训练、床椅转移训练、病房内行走、步行训练、肌力训练、针对性康复训练 (语言障碍、吞咽障碍、运动障碍等)。第 3 阶段则是以生活自理能力训练、户外有氧运动为主, 每次锻炼持续时间 15~45 min, 每天 2~3 次, 遵循循序渐进的原则强化锻炼强度和频率。

1.2.2 观察组 观察组患者进行头套针疗法结合康复训练。康复训练方案同对照组。头套针疗法采用

多功能套针(专利号:ZL201520515183.0),选取患者的百会穴、四神聪穴、风府穴、天柱穴、风池穴,协助患者取坐位或者是半坐卧位,利用多功能套针针刺以上穴位,产生“得气”感反应后弧形摇摆 20 s 抽出钝头实心针芯,连接套针通,每次 30 min,根据患者实际情况每天 2~3 次,以 1 个月为 1 个疗程,连续 6 个疗程。

1.2.3 观察指标 (1)评估患者的生活自理能力:于干预前后利用 Barthel 指数评定量表^[7]测定,包括进食(10 分)、洗澡(5 分)、修饰(5 分)、穿衣(10 分)、控制大便(10 分)、控制小便(10 分)、如厕(10 分)、床椅转移(15 分)、平地行走 45 m(15 分)、上下楼梯(10 分)10 个维度,分值越高生活自理能力越好。(2)患者的生存质量评分:于干预前后利用生存质量测定量表简表^[8]评定,包括生理(6 条目)、心理(7 条目)、社会关系(3 条目)、环境(8 条目)4 个维度,每个条目均以 1~4 分评价,分值越高生存质量越高。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 25.0 统计软件对数据进行处理,呈正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用独立 t 检验,组内两两比较采用配对 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者干预前后的 Barthel 指数比较 干预前两组患者的 Barthel 指数各维度评分差异均无统计学意义($P > 0.05$);干预后两组 Barthel 指数各维度评分均较干预前上升($P < 0.05$),且观察组的 Barthel 指数各维度评分高于对照组($P < 0.05$),见表 1。

2.2 两组患者干预前后的生存质量评分比较 干预前两组患者的生存质量各维度评分差异均无统计学意义($P > 0.05$);干预后两组生存质量各维度评分均较干预前上升($P < 0.05$),且观察组的生存质量各维度评分高于对照组($P < 0.05$),见表 2。

表 1 两组患者干预前后的 Barthel 指数比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	进食		洗澡		修饰	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	1.89±0.41	8.34±1.04 [*]	0.77±0.13	4.56±0.14 [*]	0.82±0.28	4.64±0.11 [*]
对照组	40	1.85±0.37	7.20±1.02 [*]	0.75±0.10	3.89±0.17 [*]	0.80±0.25	3.93±0.14 [*]
<i>t</i>		0.458	4.950	−0.386	19.241	0.337	25.221
<i>P</i>		0.324	<0.001	0.350	<0.001	0.369	<0.001

组别	<i>n</i>	穿衣		控制大便		控制小便	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	1.62±0.38	8.44±1.00 [*]	0.89±0.21	8.21±1.02 [*]	0.88±0.12	8.29±1.01 [*]
对照组	40	1.60±0.35	7.35±1.05 [*]	0.92±0.24	7.10±1.05 [*]	0.90±0.14	7.14±1.02 [*]
<i>t</i>		0.245	4.754	−0.595	4.796	−0.686	5.067
<i>P</i>		0.404	<0.001	0.277	<0.001	0.247	<0.001

组别	<i>n</i>	如厕		床椅转移		平地行走 45 m		上下楼梯	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	0.69±0.24	7.89±1.11 [*]	0.59±0.21	8.94±0.46 [*]	0.55±0.15	8.78±0.35 [*]	0.85±0.10	8.88±0.42 [*]
对照组	40	0.71±0.27	6.76±1.14 [*]	0.55±0.25	7.77±0.41 [*]	0.52±0.10	7.75±0.40 [*]	0.88±0.12	7.84±0.37 [*]
<i>t</i>		−0.350	4.492	0.775	12.009	1.052	12.256	−1.215	11.751
<i>P</i>		0.364	<0.001	0.220	<0.001	0.148	<0.001	0.114	<0.001

注:与组内干预前比较,^{*} $P < 0.05$ 。

表 2 两组患者干预前后的生存质量评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	生理		心理		社会关系		环境	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	8.57±1.23	19.87±1.18 [*]	9.21±1.04	23.09±1.12 [*]	2.98±0.32	9.67±1.03 [*]	11.23±1.17	27.99±1.21 [*]
对照组	40	8.55±1.20	15.60±1.11 [*]	9.24±1.08	19.29±1.10 [*]	3.02±0.35	7.59±1.01 [*]	11.27±1.21	24.61±1.15 [*]
<i>t</i>		0.074	16.670	−0.127	15.309	−0.533	9.119	−0.150	12.806
<i>P</i>		0.471	<0.001	0.450	<0.001	0.298	<0.001	0.440	<0.001

注:与组内干预前比较,^{*} $P < 0.05$ 。

3 讨 论

近些年来我国脑血管病发病率呈明显上升趋势^[9]。脑梗死为脑血管病的常见类型,随着医疗技术的快速发展,存活的脑梗死患者数量不断增加,由此所致的病死率得到了有效控制^[10]。然而,脑梗死患者的康复是一个漫长的过程,以往所用的康复训练周期长且需要患者保持足够的依从性^[11]。随着中医的复兴,国家提出了“提高中医药服务能力,大力发展中医非药物疗法,使其在常见病、多发病和慢性病防治中发挥独特作用”的号召,出现了众多高新适宜技术,其中多功能套针学备受关注^[12]。头套针疗法是通过对患者头部特定穴位施针实现治疗疾病的一种针灸疗法。人体的头部为“身之元首,人神之所治,气之精明”,头皮层存在着能够调节认知功能与全身气血运行的高级调节系统,通过对头部穴位的针刺可以形成良好的“得气”感反应,且针感沿着遍布全身的经络传输至躯干以及四肢,实现调节阴阳平衡、脏腑气机的目的^[13]。然而,该针法尚未在脑梗死患者中得到应用,且与康复训练配伍使用取得的效果仍需研究证实。

本研究发现,与采取康复训练的对照组相比,加用头套针疗法的观察组 Barthel 指数各维度评分、生存质量各维度评分均更高,表明其所采用的康复护理方案有助于进一步提高脑梗死患者生活自理能力以及生存质量。原因如下:百会穴为经络的汇总之地,与大脑相连,可以调节机体阴阳平衡。四神聪穴的主要作用为醒神开窍,可以促使患者的神志更清晰。风府穴具有散风熄风、通关开窍的作用,针刺该穴位可以有效缓解脑梗死发病后的语言障碍、偏瘫失语等症状。天柱穴具有祛风解表、舒筋活络、清头明目等作用,且广泛分布着枕大神经干,能够支配机体动作。风池穴具有祛风解毒、通利宫窍的作用,针刺该穴位可以缓解局部软组织紧张和痉挛,促进经络气血运行,实现调动全身气血循行、疏通经络的目的。以上穴位的配伍使用有助于解除脑梗死后遗症的不良影响,促使患者重拾信心,提高生活自理能力,减轻家庭经济负担。套针是对中医针灸的传承与弘扬,通过对脑梗死患者头部穴位实施刺激,借助机械能转换原理实现温经通络、行气活血的作用^[14-15]。此外,源源不断地刺激皮下神经末梢有助于促进神经元、血管和肌肉功能的恢复,这对于脑梗死患者康复具有重要意义^[16]。

综上所述,在脑梗死患者康复训练基础上加用头套针疗法能够进一步提升其生活自理能力、改善生存质量,具有广阔的推广使用前景。

参考文献

[1] LINDSAY S, KOLNE K. The training needs for gender-

sensitive care in a pediatric rehabilitation hospital: a qualitative study[J]. BMC Med Educ, 2020, 20(1): 468.

- [2] 夏俊, 陈章妹, 张建明, 等. 早期针刺治疗对急性脑梗死患者肢体功能的影响[J]. 国际中医中药杂志, 2020, 42(9): 847-851.
- [3] 刘娟. 针刺联合现代康复疗法对脑梗塞后遗症患者血管微环境作用研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(10): 136-139.
- [4] 景福权, 韩莹, 王增亮. 针灸结合运动再学习康复疗法对缺血性脑卒中患者神经功能及肢体运动功能恢复的临床疗效观察[J]. 吉林中医药, 2020, 40(6): 826-829.
- [5] 张宝, 王雪梅. 减重步行训练联合中医针灸对脑卒中偏瘫患者肢体功能恢复效果的影响[J]. 检验医学与临床, 2020, 17(2): 258-260.
- [6] 李巧凤, 彭拥军, 李忠仁, 等. 外泌体与缺血性脑卒中及针灸干预机制[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2020, 22(1): 184-189.
- [7] MORSE L R, MORGENROTH D C, BONINGER M L, et al. The rehabilitation medicine scientist training program: updates and perspectives on addressing an ongoing need in physiatric research[J]. Am J Phys Med Rehabil, 2021, 100(9): 900-905.
- [8] 安恒, 肖丽娟. 醒脑开窍针刺法联合康复训练在缺血性脑卒中恢复期患者中应用[J]. 浙江临床医学, 2021, 23(7): 964-965.
- [9] 梁启放, 刘文星, 韩小雪, 等. 针灸干预对缺血性脑卒中患者血液流变学的影响[J]. 针灸临床杂志, 2021, 37(2): 49-55.
- [10] 周媛, 牛淑芳, 张秋菊. 针灸对急性脑梗塞神经功能、血清 SES 及 PAC-1 水平影响研究[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(2): 414-416.
- [11] 易小琦, 黄俊浩, 陈暇女, 等. 针刺促进缺血性脑卒中功能恢复的静息态功能连接研究[J]. 中国康复医学杂志, 2021, 36(4): 383-387.
- [12] 卫建华, 蒋同伯, 许敏, 等. 针刺联合语言训练对缺血性中风后运动性失语患者语言功能及脑血流的影响[J]. 针灸推拿医学(英文版), 2021, 19(5): 378-383.
- [13] 景福权, 周伟, 王增亮. 平针法结合新型运动再学习康复治疗对缺血性脑卒中患者肢体运动功能及血清 cAMP、cGMP 的影响[J]. 新疆医科大学学报, 2020, 43(11): 1500-1503.
- [14] 陈丽君, 袁媛, 刘敏洁. 温针灸结合康复训练对缺血性脑卒中恢复期患者神经功能缺损的影响及疗效观察[J]. 中国社区医师, 2019, 35(35): 89-91.
- [15] 景福权, 孙飒, 王增亮. 针灸结合运动再学习康复疗法对缺血性脑卒中患者神经功能及肢体运动功能恢复的影响[J]. 中国医药导报, 2020, 17(8): 125-128.
- [16] 景福权, 秦虎, 刘欢, 等. 针灸联合康复疗法对缺血性脑卒中偏瘫患者肢体运动功能及血清 cAMP、cGMP 的影响[J]. 中国针灸, 2020, 40(6): 581-585.

(收稿日期: 2021-12-13 修回日期: 2022-06-15)