

平衡针刺法结合中药熏蒸治疗脑卒中后痉挛性瘫痪 25 例临床观察

赵冬娣 李有武 袁 涛
(仪征市中医院, 江苏仪征 211400)

摘 要 目的:观察平衡针刺法结合中药熏蒸治疗脑卒中后痉挛性瘫痪的临床疗效,初步探讨其作用机制。方法:按就诊顺序将 50 例脑卒中后痉挛性瘫痪患者随机分为治疗组和对照组各 25 例,治疗组予平衡针刺法加中药熏蒸治疗,对照组予常规针刺法加中药熏蒸治疗,分别于治疗前、后对日常生活能力 ADL 积分及肢体痉挛程度进行评定并观察疗效。结果:ADL 积分的改善,治疗组优于对照组;肢体痉挛改善的总有效率,治疗组为上肢 96.0%、下肢 91.7%,对照组为上肢 80.0%、下肢 69.6%,治疗组均优于对照组。结论:平衡针刺法结合中药熏蒸对于改善脑卒中后痉挛性瘫痪患者的肢体痉挛症状、日常生活能力均有显著疗效。

关键词 脑卒中并发症 痉挛性瘫痪 平衡针刺 中药熏蒸 生活能力
中图分类号 R743.305 **文献标识码** A **文章编号** 1672-397X(2014)08-0057-03

近年来,我们采用平衡针刺法结合中药熏蒸治疗脑卒中后痉挛性瘫痪患者 25 例,取得了良好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2010 年 1 月至 2013 年 4 月在本院门诊及住院治疗的脑卒中后痉挛性瘫痪患者 50 例,按就诊先后顺序随机分为 2 组。治疗组 25 例:男性 12 例,女性 13 例;年龄(59.35 ± 7.06)岁;病程(56.32 ± 14.95)d;脑梗死 14 例,脑出血 11 例;瘫痪部位左侧 11 例,右侧 14 例。对照组 25 例:男性 8 例,女性 17 例;年龄(60.95 ± 7.67)岁;病程(48.43 ± 13.10)d;脑梗死 12 例,脑出血 13 例;瘫痪部位左侧 15 例,右侧 10 例。2 组患者的性别、年龄、病程、病种及瘫痪部位等差异均无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 病例选择标准 (1)符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议修订的脑血管意外诊断标准^[1],并经 CT 或 MRI 扫描确诊;(2)肌张力评定采用改良 Ashworth 肌张力评定法 (Modified Ashworth Scale, MAS)评定为 I~III 级;(3)生命体征稳定,无明显认知或感觉障碍,可接受动作指令及进行言语交流;(4)无影响功能恢复的其他神经或肌肉骨骼疾病,近期末服用过中西镇静药物或肌肉松弛剂;(5)无严重心、肺、肝、肾等系统疾病,无针灸及热疗禁忌症;(6)能够坚持并耐受治疗,签署知情同意。

1.3 病例排除标准 (1)神志异常;(2)年龄>75 周

岁;(3)严重智能障碍;(4)不配合检查、治疗;(5)病程>6 个月;(6)伴有心、脑、肺、肾等危重疾病。

2 治疗方法

所有入选病例均接受基础康复训练,治疗组行平衡针刺结合中药熏蒸治疗,对照组行常规针刺结合中药熏蒸治疗。

2.1 康复训练 按照 Bobath 为主的方法循序渐进地进行肢体功能锻炼,以拮抗肌训练为主,包括良肢位摆放,通过挤压牵拉关节、桥式运动、跪位、站立位训练,打破痉挛模式,诱发分离运动。每次 30min,1 日 2 次,并根据患者每周评价情况逐步增加功能训练的内容和难度。6 次后休息 1d。共治疗 2 个月。

2.2 平衡针刺法 第 1 组穴:上肢屈肌侧极泉、尺泽、大陵;下肢伸肌侧血海、梁丘、照海,采用 0.25mm×40mm 毫针,快速进针,行柔和均匀的捻转手法,以不出现肌肉抽动为度,留针 30min,出针轻慢。第 2 组穴:上肢伸肌侧肩髃、天井、阳池;下肢屈肌侧髌关、曲泉、解溪、申脉,快速进针,行较强的提插捻转手法,以出现较强针感为度,留针 30min,出针较快。每日 1 次,10d 为 1 个疗程,间隔 2d 后行下 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程。

2.3 中药熏蒸法 处方:红花、苏木、桂枝、艾叶、透骨草、伸筋草、白芍、木瓜、乳香、没药、制川乌、桑枝各 30g。治疗方法:加水 1000mL,浸泡 6~8h,放入熏蒸器的熏气锅中,药液离治疗部位 15~25cm 为宜,

熏蒸患者头部及瘫痪肢体痉挛侧,以患者耐受为度,避免皮肤烫伤。每次 30~40min,每日 1 次,10d 为 1 个疗程,间隔 2d 后行下 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程。

2.4 常规针刺法 采用目前国内常用的针刺方法,穴取肩髃、曲池、外关、合谷、环跳、风市、足三里、阳陵泉、丰隆、绝骨、昆仑、太冲。用 0.25mm×40mm 毫针,快速进针,行平补平泻法,留针 30min,每日 1 次,10d 为 1 个疗程,间隔 2d 后行下 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 日常生活能力评定采用中国康复研究中心在 Barthel 指数(BI)基础上修订的 ADL 量表。痊愈:ADL 水平达到独立;显效:ADL 水平进步 2 级或>2 级;有效:ADL 水平进步 1 级;无效:ADL 水平级别无变化;恶化:ADL 水平级别下降。痉挛程度评定参照卫生部医政司主编的《中国康复医学治疗规范》中修改的 Ashworth 法。显效:症状改善 II 级以上;好转:症状改善 I 级以上;有效:治疗后有即时效果,1 个疗程后症状改善不明显;无效:治疗后无即时效果,3 个疗程后症状无改善。

3.2 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计软件处理,描述性统计分析,定性指标以频数表、百分率描述。定量指标以($\bar{x}\pm s$)描述。定性资料采用卡方检验。定量资料符合正态分布用 t 检验,不符合正态分布用 Wilcoxon 秩和检验。

3.3 治疗结果

3.3.1 2 组患者治疗前后 ADL 量表积分比较 见表 1。

表 1 治疗组、对照组患者治疗前后 ADL 量表积分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	25	50.88±21.98	54.62±21.10 [△]
对照组	25	51.50±23.59	53.78±24.91 [*]

注:^{*}与本组治疗前比较, $P<0.05$;△与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

3.3.2 2 组患者治疗后日常生活能力改善疗效比较 见表 2。

3.3.3 2 组患者治疗后痉挛改善疗效比较 见表 3。

4 讨论

脑卒中是一种严重危害人类健康的疾病,具有高发病率、高死亡率、高致残率、高复发率和低治愈率的特点,而痉挛性瘫痪是其常见并发症之一,其

运动障碍主要表现为瘫侧肢体肌张力增高、腱反射亢进,出现阵挛及肌强直^[2],患者生存质量的高低取决于痉挛瘫痪肢体的功能恢复程度,现多认为康复治疗越早,功能恢复越好^[3]。目前西医主要有物理治疗、药物治疗、外科治疗及神经阻滞治疗等,但存在费用高、副作用大、操作不方便等不足^[4]。本研究采用平衡针刺结合中药熏蒸治疗脑卒中后痉挛性瘫痪患者,结果显示:对于 ADL 积分的改善,治疗组优于对照组($P<0.05$);肢体痉挛改善的总有效率,治疗组上肢、下肢均优于对照组($P<0.05$)。

4.1 平衡针刺疗法分析 现代康复学理论认为在痉挛性瘫痪的治疗中,应以协调肌群间肌张力的平衡为重点^[5],平衡针刺法可以通过强化上肢伸肌、下肢屈肌运动,拮抗上肢屈肌、下肢伸肌运动,协调和平衡主动肌与拮抗肌之肌张力,促进共同运动向分离运动转化等来协调肌群肌张力的平衡,抑制与控制痉挛,建立正常的运动模式,相比常规针刺,更有利于缓解痉挛性瘫痪,提高日常生活能力。

4.2 中药熏蒸疗法分析 中药熏蒸属于中药外治法之一,通过对头面部的熏蒸,可促进头部血液循环,增加脑组织的营养供应,改善其代谢环境,促进大脑组织的再生和神经信息传导系统联络通路的再建。对患侧肢体的熏蒸,又可以通过施加于皮肤的温热刺激向大脑皮层传递冲动信号,以激活大脑相应区域功能的觉醒和恢复^[6]。同时亦使局部皮肤毛囊、毛细血管扩张,加速药物透入的量和深度,使药效充分发挥,药物直接作用于病变部位,有效地降低神经兴奋性^[7],因而可迅速缓解肢体疼痛,达到改善和缓解肌肉痉挛的目的。

本研究将平衡针刺与中药熏蒸相结合治疗脑卒中后痉挛性瘫痪,利用平衡针刺抑制和控制痉挛,通过中药熏蒸产生的温热刺激并激活大脑相应区域功能的恢复,经皮吸收的药物改善微循环,促进神经再生和神经信息传导系统联络通路的再建,

表 2 治疗组、对照组患者日常生活能力改善疗效比较 例(%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	恶化	总有效
治疗组	25	0(0)	5(20.0)	12(48.0)	8(32.0)	0(0.0)	17(68.0) [△]
对照组	25	0(0)	2(8.0)	11(44.0)	12(48.0)	0(0.0)	13(52.0)

注:△与对照组比较, $P<0.05$ 。

表 3 治疗组、对照组患者痉挛改善疗效比较 例(%)

痉挛部位	组别	例数	显效	好转	有效	无效	总有效
上肢	治疗组	25	3(12.0)	12(48.0)	9(36.0)	1(4.0)	24(96.0) [△]
	对照组	25	2(8.0)	10(40.0)	8(32.0)	5(20.0)	20(80.0)
下肢	治疗组	24	3(12.5)	11(45.8)	8(33.3)	2(8.3)	22(91.7) [△]
	对照组	23	1(4.3)	9(39.1)	6(26.1)	7(30.4)	16(69.6)

注:△与对照组比较, $P<0.05$ 。

电针配合激光针治疗术后尿潴留 43 例临床观察

付俊华

(遂宁市第三人民医院,四川遂宁 629000)

摘要 目的:观察电针配合激光针治疗术后尿潴留的临床疗效。方法:86 例术后尿潴留患者随机分为治疗组、对照组各 43 例,2 组均采用电针治疗,治疗组加用激光针照射小腹部膀胱区。治疗 5d 后观察 2 组患者的临床疗效。结果:治疗组治愈率及总有效率均明显高于对照组。结论:电针配合激光针治疗术后尿潴留疗效显著。

关键词 术后尿潴留 电针 激光针

中图分类号 R694.550.5

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)08-0059-02

近年来,笔者采用电针配合激光针局部照射治疗术后尿潴留,取得较好疗效,现报告如下。

1 一般资料

2008 年 7 月~2013 年 12 月于本院行腹部手术后尿潴留的患者 86 例,其中肛肠手术 20 例,妇科手术 26 例,产科手术 15 例,外科手术 25 例。均经膀胱区热敷和诱导排尿等无效而留置尿管定时开放。随机分为 2 组。治疗组 43 例:男 22 例,女 21 例;年龄 28~78 岁;病程 0.5~4d。对照组 43 例:男 20 例,女 23 例;年龄 30~75 岁;病程 1~5d。2 组患者在性别、年龄、病程方面经统计学处理差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 患者取平卧位,主穴为关元、中极、水分,配穴为三阴交、阴陵泉,穴位处皮肤用碘伏常规消毒,关元、中极、水分穴用 1.5 寸毫针斜刺 1~1.2 寸,行平补平泻法,令患者有酸麻胀痛感觉传至尿道口为佳;三阴交、阴陵泉穴用 2 寸毫针直刺 1.5

寸~2 寸,阴陵泉穴行捻转泻法,三阴交穴行捻转补法,令患者产生酸胀麻木感并向上传导。各毫针接电子治疗仪,电流强度以患者能耐受为度,疏密波,通电 30min。针刺结束后,用北京 SUNDOM-3001B 型半导体激光治疗机 B 探头(功率 500mw,波长 650nm)照射小腹部膀胱区 15min。针刺配合激光针治疗每日 1 次,共治疗 5d。

2.2 对照组 仅行电针治疗,方法同治疗组。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照文献[1]制订。治愈:排尿通畅,无排尿不尽感,下腹部检查阴性,残余尿量<100mL;显效:排尿通畅,有轻度排尿不尽感,下腹部检查阴性,残余尿量 100~200mL;好转:排尿功能好转,仍有排尿不尽感,耻骨联合上可扪及膀胱底,残余尿量>200mL;无效:治疗 5d 后尿潴留症状无改善。

3.2 统计学方法 采用 SPSS18.0 软件进行 Ridit 分析。

3.3 治疗结果 见表 1。

二者相互协同,标本兼治,从而有效治疗脑卒中后痉挛性瘫痪,丰富了治疗脑卒中后痉挛性瘫痪的方法及思路。然而平衡针刺和中药熏蒸对神经的作用机制及对信号传导通路的影响,仍需深入研究。

5 参考文献

- [1] 中华医学会.各类脑血管病诊断要点.中华神经科杂志,1996,2(6):380
- [2] 卓大宏.中国康复医学.2 版.北京:华夏出版社,2003:667
- [3] 王艺华.针灸治疗脑血栓形成 30 例.上海针灸杂志,2007,10(1):21
- [4] 谭吉林,李国辉,白伟杰,等.中国康复医学杂志.2005,20(5):399

- [5] 盛国滨,葛磊,师帅.电针针刺经筋结点治疗中风痉挛性瘫痪的临床观察.中医药信息,2008,25(1):65
- [6] 冯利君,易新华.中药结合康复治疗对脑卒中患者的疗效.中国康复,2007,22(1):28
- [7] 张艳梅.手法按摩和药熏治疗偏瘫后肢体疼痛 30 例.中医外治杂志,2003,12(3):49

第一作者:赵冬娣(1974-),女,本科学历,副主任中医师,从事中药、针灸治疗脑血管疾病、颈肩腰腿痛、风湿关节痛等的研究。liyowu@163.com

收稿日期:2014-04-02

编辑:华 由 王沁凯