

综合疗法治疗脑卒中后痉挛性瘫痪 50 例临床研究

赵冬娣 李有武 袁 涛

(仪征市中医院针灸科, 江苏仪征 211400)

摘要 目的:通过随机对照方法评估中药熏蒸联合康复训练、针刺治疗脑卒中后痉挛性瘫痪对于改善肢体痉挛程度、提高日常生活能力的疗效。方法:将门诊和住院治疗的脑卒中后痉挛性瘫痪患者随机分为治疗组和对照组,治疗组采用中药熏蒸、针刺及常规康复训练相结合的综合疗法,对照组进行针刺和常规康复训练,均以治疗 10d 为 1 个疗程,3 个疗程后观察疗效。采用 ADL 量表评定治疗前后的日常生活能力,使用改良 Ashworth 法评估治疗前后的肢体痉挛程度。结果:2 组治疗后 ADL 积分均较治疗前明显升高($P<0.05$, $P<0.05$),治疗组较对照组改善更为明显($P<0.05$)。2 组痉挛程度改善治疗组亦明显优于对照组($P<0.05$)。结论:中药熏蒸联合康复训练、针刺对于改善患者肢体痉挛状态、降低肌张力效果显著,亦有利于提高脑卒中患者的生活质量。

关键词 脑卒中后遗症 痉挛性瘫痪 康复 针刺疗法 中药复方 熏蒸 生活质量

中图分类号 R743.310.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2015)10-0030-03

痉挛性瘫痪是脑卒中患者的常见后遗症,如何进行有效康复仍是目前的难题和研究热点。近年来我们在常规康复训练和针刺治疗的基础上联合中药熏蒸治疗本病,并与采用康复训练和针刺治疗的对照组就生活质量与痉挛改善情况做对比观察,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2010 年 1 月至 2015 年 4 月在我院针刺康复科门诊或住院治疗、存在不同程度肢体痉挛性瘫痪的脑卒中患者 100 例,按就诊先后进行编号,采用随机数字表法分为治疗组和对照组各 50 例。治疗组男 27 例,女 23 例;平均年龄(59.35 ± 7.06)岁;平均病程(56.32 ± 14.95)d;脑梗死 24 例,脑出血 26 例;瘫痪部位在左侧 20 例,右侧 30 例。对照组男 28 例,女 22 例;平均年龄(60.95 ± 7.67)岁;平均病程(48.43 ± 13.10)d;脑梗死 29 例,脑出血 21 例;瘫痪部位在左侧 25 例,右侧 25 例。2 组患者的年龄、性别等一般情况比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断采用“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]。中医诊断标准参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[2]。(1)疾病诊断。主症:偏瘫,神识昏蒙,言语謇涩或不语,偏身感觉异常,口舌歪斜。次症:头痛,眩晕,瞳神变化,饮水发呛,目偏不瞬,共济失

调。急性起病,发病前多有诱因,常有先兆症状,发病年龄多在 40 岁以上。具备 2 个主症以上,或 1 个主症 2 个次症,结合起病、诱因、先兆症状、年龄即可确诊。(2)证候诊断:痉挛性瘫痪临床常见证候有肝阳上亢证、风痰阻络证、气虚血瘀证、阴虚风动证、阴阳两虚证五种,本研究选取风痰阻络证为入组证型,其常见临床表现为:半身不遂,手足拘急,口舌歪斜,舌强言謇,肢体麻木,头晕目眩,舌苔白腻或黄腻,脉弦滑。

1.3 纳入标准 (1)符合中医脑卒中病风痰阻络证的诊断,符合西医诊断标准,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,可以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,无针刺及热疗禁忌症;(6)能够坚持并耐受治疗,签署知情同意书;(7)年龄不超过 75 周岁,病程不超过 6 个月。

2 治疗方法

2.1 常规康复训练 按照 Bobath 为主的方法循序渐进地进行肢体功能锻炼^[3],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。1 次/d,

基金项目:第二批江苏省优秀中青年中医临床人才研修专项课题(YX1253)

每次 30min, 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。

2.2 针刺疗法 取穴以手厥阴、督脉、足太阴经穴为主,主穴取内关、水沟、三阴交、极泉、尺泽、委中。随症加减:口角歪斜加颊车、地仓;上肢不遂加肩髃、手三里、合谷;下肢不遂加环跳、阳陵泉、阴陵泉、风市;头晕加风池、完骨、天柱;足内翻加丘墟透照海;便秘加水道、归来、丰隆、支沟。用 0.25mm×40mm 毫针,快速进针,每穴行平补平泻之提插捻转手法。2 次/d,每次留针 30min。

2.3 中药熏蒸疗法 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。伴有头晕目眩者,加天麻、钩藤平肝息风;肢体麻木者,加陈皮、半夏、胆南星理气祛风痰;口眼歪斜甚者,加路路通、白芥子祛风通络。煎药机煎取药液放入杭州立鑫医疗器械有限公司生产的智能中药熏蒸仪的蒸汽锅中,两个喷头分别对准上下肢的偏瘫痉挛部位,离治疗部位 25~30cm 为宜,以患者耐受为度,注意避免皮肤烫伤。每次 30min,每日 1 次,与针刺同步进行。

治疗组接受“常规康复训练+针刺+中药熏蒸”治疗,对照组接受“常规康复训练+针刺”治疗,各疗法均以治疗 10d 为 1 个疗程,疗程之间间隔 2d,连续治疗 3 个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 日常生活能力评定(ADL 评分)采用 Barthel 指数(Barthel index, BI)评价方法^[4],包括进食、洗澡、修饰、穿衣、大便控制、小便控制、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯等 10 项内容。项目根据是否需要帮助及其帮助的程度分为 15 分、10 分、5 分和 0 分 4 个等级,满分为 100 分,得分越高,独立性越好,依赖性越小。痉挛程度评定采用改良 Ashworth 法^[5]:根据肌张力增加后导致的肢体活动受限程度分为 0 级、I 级、I+级、II 级、III 级五个级别。上述指标分别于治疗前及治疗 3 个疗程后各评定 1 次。

3.2 疗效评价标准

3.2.1 生活质量疗效标准 显著有效:ADL 疗效指数≥60%;有效:ADL 疗效指数≥30%;无效:ADL 疗效指数<15%;恶化:ADL 积分下降。ADL 疗效指数=(ADL 治疗后积分-ADL 治疗前积分)/ADL 治疗前积分×100%。

3.2.2 痉挛程度改善疗效标准 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,3 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。

3.3 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。2 组对比分析,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。

3.4 治疗结果

3.4.1 生活质量评价 见表 1、表 2。

表 1 治疗组与对照组患者治疗前后 ADL 量表积分变化情况($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	50	50.88±21.98	56.62±21.10**
对照组	50	51.50±23.59	53.78±24.91*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,# $P<0.05$ 。

表 2 治疗组与对照组治疗后生活质量疗效比较 例(%)

组别	例数	显著有效	有效	无效	恶化
治疗组	50	8(16.0)	32(64.0)	10(20.0)	0(0)
对照组	50	7(14.0)	31(62.0)	12(24.0)	0(0)

注:组间比较, $P<0.05$ 。

3.4.2 痉挛程度改善 见表 3、表 4。

表 3 治疗组与对照组痉挛程度改善情况比较 例

组别	例数	治疗前分级				治疗后分级			
		I	I+	II	III	0	I	I+	II
治疗组	50	14	13	16	7	1	20	17	10
对照组	50	12	20	14	4	0	15	19	13

注:治疗前组间比较, $P>0.05$;治疗后组间比较, $P<0.05$ 。

表 4 治疗组与对照组治疗后痉挛改善疗效比较 例(%)

组别	例数	显效	好转	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	50	23(46.0)	12(24.0)	10(20.0)	5(10.0)	90.0#
对照组	50	19(38.0)	9(18.0)	13(26.0)	9(18.0)	82.0

注:与对照组比较,# $P<0.05$ 。

4 讨论

肢体痉挛是脑卒中后最常见的状态,是由于上运动神经元损伤使脊髓和脑干反射亢进而出现的肌张力异常增高^[6]。现代医学多采用口服巴氯芬或注射 A 型肉毒毒素等抗痉挛剂的方法进行治疗^[7-8],但效果一般,尤其对于肢体功能恢复无明显促进作用,且价格昂贵。

痉挛属于中医学的“筋病”、“痉证”范畴^[9],多由于各种原因导致的筋脉屈伸不利所致。正如《景岳全书》所述:“偏枯拘急痿弱之类,本由阴虚”,“然气血本不相离,故阴中有气,阴中亦有血”,“血非气不行,气非血不化。凡血中无气,则病为缓纵废弛;气中无血则病抽掣拘挛”,“故筋缓者,当责其无气;筋急者,当责其无血”。

针刺治疗痉挛性瘫痪总体是有效的,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手段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。中药熏蒸属于中医外治法,利用药物通过皮肤表层吸收、角质层渗透和真皮层进行血液循环而发挥药效,温热刺激使周围组织营养得以改善,不仅有皮肤吸收、经络调节作用,还有物理刺激作用。

熏蒸方中红花活血祛瘀通经;苏木活血祛瘀、消肿止痛;桂枝温经通阳、发汗消肿止痛;艾叶有散寒止痛之功;透骨草祛风活血止痉;伸筋草有祛风除湿、舒筋活络之功,对筋骨拘挛、肢体麻木等疗效颇佳;白芍凉血敛阴、缓急止痛;木瓜舒筋活络;乳香行气活血、伸筋舒络;没药可活血散瘀、行气舒筋;制川乌有祛风除湿、散寒止痛作用;桑枝祛风通络。诸药合用,活血止痛、舒筋解痉,可收气血调和、筋脉舒畅之功效。

本研究结果表明,中药熏蒸联合针刺、康复训练对于改善患者肢体痉挛状态、降低肌张力效果显著,有利于提高脑卒中患者的生活质量。

参考文献

- [1] 脑血管疾病诊断标准摘要.新医学,1997,28(6):308
- [2] 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).北京中医药大学学报,1996,19(1):55
- [3] 赵健乐,黄霞.Bobath 观念理论假说与临床实践.中国组

织工程研究与临床康复,2010,14(2):341

- [4] 日常生活活动(ADL)量表(Barthel 指数).中国微侵袭神经外科杂志,2004,9(4):192
- [5] 魏鹏绪.关于改良 Ashworth 量表的探讨.中国康复医学杂志,2014,29(1):67
- [6] 缪鸿石.康复医学理论与实践.上海:上海科学技术出版社,2000:1198
- [7] Young RR. Physiologic and pharmacologic approach to spasticity. U1. NeurN Clin, 2005, 20(5):529
- [8] Hese S, Leiter F, Konrad MT. Botulinum toxin type A and short-term electrical stimulation in the treatment of upper limb flexor spasticity after sfer stroke: a randomized double-blind, placebo-controlled trial. Clin Rehabil, 1998, 23(12):381
- [9] 薛文翠,王兴生,孙晨,等.脑梗死病人急性期动态血压特点分析.中国现代医生,2007,45(11):58

第一作者:赵冬娣(1974—),女,本科学历,副主任中医师,研究方向:针灸结合康复、理疗治疗神经系统、风湿免疫系统疾病。

通讯作者:李有武,本科学历,副主任中医师。
liyowu@163.com

收稿日期:2015-06-25

编辑:吴宁

(上接第 29 页)

加显著。尿白蛋白排泄率是评估糖尿病肾病严重程度和疗效最重要的实验室指标,是临床检测微量白蛋白的金指标,而糖尿病肾病患者常合并血脂和血液流变学的异常,故对于 DN 的治疗研究,血脂和血液流变学也是需要重视的指标。本研究中 2 组患者治疗后尿白蛋白排泄率均明显低于治疗前,治疗组改善程度明显低于对照组,说明益气滋阴通络方对尿微量蛋白有较好的调控作用。血脂与血液流变学主要指标观察结果表明,对照组治疗后上述指标无明显改善,治疗组治疗后指标明显改善,提示益气滋阴通络方能调节脂质代谢,降低血液黏稠度。综上,我们考虑中药益气滋阴通络方治疗早期 DN 机理在于其能改善早期 DN 患者肾小球高滤过,促进肾微循环,改善血液高凝、高黏状态,增加肾动脉血流,减少尿蛋白,调节脂代谢,改善肾功能。今后,我们将进一步开展多中心、大样本随机对照研究,对名老中医的经验方进行挖掘研究,并予以推广。

参考文献

- [1] 杨莉,年秀玲,玉丹参桂胶囊治疗早期糖尿病肾病临床研究.中医学报,2013,28(5):722
- [2] Mogensen CE, Schmitz A, Christensen CK. Comparative

renal pathophysiology relevant to IDDM and NIDDM patients. Diabetes Metabo Rev, 1988, 4(5):453

- [3] 邓铁涛. 中医证候规范. 广州: 广东科学技术出版社, 1990:57
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行). 北京: 中国医药科技出版社, 2002
- [5] 饶克卿,徐红,张宝霞,等. 益气养阴化痰摄精法治疗早期糖尿病肾病微量白蛋白尿的临床研究. 四川中医, 2014, 32(11):51
- [6] 杨丽,梅长林. 解读美国糖尿病及慢性肾脏病临床实践指南. 中华肾脏病杂志, 2007, 23(10):681
- [7] 郝向勤. 益阴通络饮联合缬沙坦治疗早期糖尿病肾病临床研究. 河南中医, 2014, 34(9):1752
- [8] 石咏军,刘征宇,王川,等. 雷公藤多苷治疗早中期糖尿病肾病的临床研究. 现代中西医结合杂志, 2006, 15(8):987
- [9] 宋永刚,胡晓波,王震宙. 山药的活性成分研究概况. 江西食品工业, 2007, 12(4):45

第一作者:胡钢(1969—),男,医学学士,主任中医师,副教授,研究方向:中西医结合治疗糖尿病及其并发症。hg1110@126.com

收稿日期:2015-06-15

编辑:吴宁