

缪刺治疗脑卒中肢体痉挛 90 例临床观察

王雪梅 李 怡 牟 杨 刘 芳 张 晶 张 剑

(四川省医学科学院四川省人民医院川港康复中心,四川成都 610072)

摘 要 目的:探讨缪刺治疗对脑卒中患者肢体痉挛的影响。方法:将 180 例患者随机分为治疗组和对照组各 90 例,对照组采取常规康复治疗,治疗组在对照组的基础上加用缪刺治疗。疗程 3 个月。治疗前后对其进行痉挛程度和日常生活活动能力评定。结果:2 组患者痉挛程度和日常生活活动能力均有所改善,但治疗组更加明显,2 组差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:缪刺治疗能明显缓解患者的肢体痉挛,改善生活活动能力。

关键词 脑卒中 肢体痉挛 缪刺 康复训练 电针 MAS 评分 MBI 指数评分

中图分类号 R743.310.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2017)01-0053-03

痉挛是脑卒中后主要表现之一,它通过产生疼痛、减少肌肉的运动进一步限制了康复治疗的效果^[1]。痉挛也可以通过影响多种日常生活行为,如痉挛会导致尿失禁、性功能障碍、干扰坐立行走等来降低患者的日常生活能力^[2]。由于肌张力增高,导致摔倒、骨折的发生率增高,与痉挛有关的残疾可进一步影响工作和生产效率^[3]。本研究对 180 例脑卒中患者进行痉挛程度和日常生活活动能力的评定,以评估缪刺对脑卒中患者肢体痉挛的影响。

1 临床资料

1.1 一般资料 2014 年 8 月至 2015 年 12 月本中心门诊及住院患者 180 例,随机分为治疗组及对照组。治疗组 90 例:男 54 例,女 36 例;年龄 33~78 岁;病程 15~180d。对照组 90 例:男 57 例,女 33 例;年龄 35~76 岁;病程 15~180d。2 组患者性别、年龄、病程比较无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 临床诊断参照 1995 年中华医学会制定的各类脑血管病的诊断标准:(1)符合脑梗死诊断标准:中年以上高血压及动脉硬化的患者突然发病;一日至数日出现局灶性损害的症状体征;CT 或者 MRI 发现梗死灶。(2)符合脑栓塞诊断标准:急剧起病,出现偏瘫、失语等局灶体征,数秒至数分钟达到高峰,有心源性等栓子来源可作临床诊断。(3)符合脑出血诊断标准:中老年高血压病患者在活动或者情绪激动时突然发病,迅速出现偏瘫、失语等局灶性神经功能缺失症状,以及严重头痛、呕吐及意识障碍等,CT 检查可以确诊。^[4]中风肢体痉

挛症诊断标准参照《最新国内外疾病诊疗标准》拟定:经头颅 CT 或 MRI 检查确诊为脑梗死或者脑出血;偏侧肢体瘫痪;偏侧肢体肌张力亢进,腱反射亢进,引出或者引不出病理反射,属于 Brunnstrom II-IV 阶段。

1.3 排除标准 不符合诊断标准者;既往有引起肌张力障碍的其他原因及有运动功能障碍者;合并严重的高血压、冠心病、重症糖尿病、肾功能障碍及精神病者;近 2 周使用过抗痉挛药物或进行过手术治疗者;既往有晕针史者;不能按时治疗、随诊者。

2 治疗方法

2.1 对照组 以 Bobath 技术为主的康复训练:主要包括:(1)急性期床上、椅上的体位和运动训练;(2)姿势张力正常化及选择性运动的训练;(3)站和坐的平衡反应训练;(4)促进手和臂的功能恢复并减少联合反应的训练;(5)步行功能再训练;(6)日常生活活动训练等。每次 30min,每日 1 次,治疗 5 次后休息 2d,4 周为 1 个疗程,共治疗 3 个疗程。

2.2 治疗组 在对照组的基础上,加用电针缪刺治疗:针刺取穴均为健侧,上肢取肩髃、手五里、曲池、手三里、外关、合谷,下肢取血海、阳陵泉、阴陵泉、足三里、丰隆、三阴交、太冲。其中,肩髃、曲池、合谷、外关、血海、足三里、阳陵泉为主穴。在主穴针柄连接 6805-D 电针仪(汕头医疗用品厂生产),连续波,频率为 50Hz,电流以患者能耐受为最佳强度,留针 15min。每日 1 次,每次治疗 15min,疗程同对照组。

基金项目:四川省中医药管理局课题(30504010210)

3 疗效观察

3.1 观察指标 采用改良 Ashworth 量表 (MAS)和改良 Barthel 指数评分表 (MBI) 在治疗前及治疗 3 个疗程后对患者的肢体痉挛情况及日常生活活动能力进行评定。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 13.0 软件进行统计分析。各组间的两两比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对 t 检验,显著性水平 $\alpha=0.05$ 。

3.3 治疗结果

3.3.1 2 组患者改良 Ashworth 量表 (MAS) 评分比较 见表 1。

表 1 对照组、治疗组改良 Ashworth 量表 (MAS) 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前 (分)	治疗后 (分)
治疗组	90	2.57 $\pm$ 0.56	0.43 $\pm$ 0.47 ^{*△}
对照组	90	2.40 $\pm$ 0.61	1.53 $\pm$ 0.67 [*]

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 组患者改良 Barthel 指数评分比较 见表 2。

表 2 对照组、治疗组改良 Barthel 指数评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前 (分)	治疗后 (分)
治疗组	90	40.00 $\pm$ 5.78	83.33 $\pm$ 8.69 ^{*△}
对照组	90	39.83 $\pm$ 5.98	72.33 $\pm$ 4.71 [*]

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

4 讨论

4.1 脑卒中与肢体痉挛 痉挛的发生机制并不明确,目前有多种假说。一种假说认为:痉挛是由于传入感觉的运动反应的离解或崩解,当运动神经纤维的抑制和兴奋性的平衡受到扰乱,使局部中枢神经系统过度兴奋引起肌张力增高,从而导致上运动神经损伤的临床表现 (如肌张力增高、运动障碍或痉挛),它与相关的感觉输入的强度 (如肌肉伸展的程度) 有关,也可以依赖于中枢神经系统病变的位置来确定^[5-8]。能产生痉挛的 3 个上运动神经元病损的位置分别为脑干、大脑皮质和脊髓^[9]。但大多数发生在皮质,极少数情况下为脑干等其他中枢神经系统受损,这些病变往往会诱发痉挛,反射亢进,偶尔阵挛^[10]。另一种假说认为:痉挛的发作可以通过一个无政府操控的神经元重组来解释^[11]。最近患者痉挛调查发现,近 60% 的患者由于痉挛日常生活不能自理,另外 29% 的人说他们的痉挛干扰了他们工作能力;在本次调查中,总共约达到 89% 的受访者由于痉挛日常生活受到影响^[12]。除此之外,痉挛也造成了社会经济的负担。但及时地早期对脑卒中患者进行

治疗干预,可以减少甚至避免运动神经元损伤后痉挛带来的疼痛、生活质量的下降及经济等造成的负担。

4.2 康复训练与肢体痉挛的改善 物理治疗主要是改善或重新获得肌肉组织的伸展性,降低肌张力,增加或恢复关节的活动范围,防止发生不可逆的组织挛缩,预防或降低躯体在活动时出现肌肉、肌腱损伤,限制肌肉挛缩和减少肌肉过度活跃。同时如肌腱或结缔组织、血管皮肤或神经等其他组织也可以保持一定的紧张性^[13],Bobath 技术可以促进患侧自愿活动通过反射控制躯干姿势的肌肉以及控制肌肉伸展的四肢^[14]。

4.3 缪刺与肢体痉挛的改善 缪刺首见于《素问·缪刺论》,是一种“左病取右,右病取左”的针刺方法。根据中医学理论,人体经络相通,互相连接传导,针刺健侧与针刺患侧同样能够达到激发经气、调整脏腑经络气血阴阳的效果。有文献报道,缪刺对患侧大脑血流量的改善效果及流入容积速度的改善效果均优于针刺患侧^[15]。在临床操作中发现,缪刺能有效地避免由于肌张力增高造成滞针引起的疼痛,同时达到疏通经络、行气活血、补虚泻实、调理阴阳的目的。经络本身“上下相连,左右贯通”,奠定了针刺治疗中风的理论基础,由于患者偏瘫侧肢体的经络处于气滞血瘀的状态,其生理功能随之减弱,而健侧生理功能旺盛,刺激健侧更能沟通左右,从阳引阴,阳中求阴,可较为迅速地促使气血流通,改善患侧功能,以达到平衡阴阳的目的。

本研究中,治疗组在康复训练的基础上加用缪刺治疗脑卒中肢体痉挛,患者的改良 Ashworth 量表评分及改良 Barthel 指数评分改善均较对照组明显,说明缪刺对患者的肢体痉挛情况有明显的改善作用,且 90 例患者在治疗过程中均未出现不良反应,说明缪刺治疗是一种安全有效的治疗肢体痉挛的方法,值得在临床上推广运用。

参考文献

- [1] YANG H T, ZHUANG L X, LIU Y. Efficacy observation on post-stroke spastic hemiplegia treated with temporal three-needle and spastic three-needle therapy[J]. Chinese Acupuncture & Moxibustion, 2013, 33(10): 889.
- [2] MAYER N H, ESQUENAZI A, CHILDERS M K. Common patterns of clinical motor dysfunction[J]. Muscle & Nerve, 1997, 20(S6): 21.
- [3] URBAN P P, WOLF T, UEBELE M, et al. Occurrence and clinical predictors of spasticity after ischemic stroke[J]. Stroke, 2010, 41(9): 2016.

艾灸治疗骨结核术后尿潴留 32 例临床观察

杨春华

(南京市中西医结合医院骨一科, 江苏南京 210014)

摘要 目的:观察艾灸治疗骨结核术后尿潴留的临床疗效。方法:将 64 例骨结核手术后尿潴留患者随机分为治疗组和对照组各 32 例,对照组给予西医常规疗法(腹部热敷、按摩,并给予新斯的明 1mg 肌注),治疗组在对照组治疗的基础上艾灸中极、关元、气海穴。观察对比 2 组的临床疗效。结果:治疗组总有效率为 87.5%,与对照组(62.5%)比较有统计学差异($P<0.05$)。治疗组起效时间为 $(32.21\pm3.56)\text{min}$,与对照组 (39.21 ± 4.23) 比较有统计学差异($P<0.05$)。结论:艾灸治疗骨结核术后尿潴留具有较好的临床疗效,值得推广。

关键词 骨结核 手术并发症 尿潴留 艾灸

中图分类号 R277.545.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2017)01-0055-02

骨结核为一种常见的肺外结核疾病,一般病程较长,需要长期使用抗结核药物。有研究表明某些抗结核药物易造成周围神经系统损伤,患者容易发生尿潴留^[1]。骨结核术后尿潴留是常见的术后并发症之一,容易引起膀胱炎,甚至肾功能损害,给患者带来较大痛苦。近年来,我院运用艾灸治疗骨结核术后尿潴留取得良好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月至 2016 年 5 月在我院住院的骨结核手术后尿潴留患者 64 例,随机分成治疗组和对照组。治疗组 32 例:男性 18 例,女性 14 例;年龄 18 至 56 岁,平均年龄 39.2 岁;骨结核病史 3 个月至 5 年,平均病史 3.3 年。对照组 32 例:男性 17 例,女性 15 例;年龄 18 至 60 岁,平

- [4] 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(6): 379.
- [5] IVANHOE C B, REISTETTER T A. Spasticity: the misunderstood part of the upper motor neuron syndrome[J]. Am J Phys Med Rehabil, 2004, 83(10 Suppl): S3.
- [6] LINDBERG P G, MAIER M A, BORG J. Commentary on "spasticity or reversible muscle hypertonia?"[J]. J Rehabil Med, 2011, 43(9): 812.
- [7] BAKHEIT A M, FHEODOROFF K, MOLTENI F. Spasticity or reversible muscle hypertonia [J]. J Rehabil Med, 2011, 43(6): 556.
- [8] PETERSEN E N. Bay K 8644 induces a reversible spasticity-like syndrome in rats[J]. Eur J Pharmacol, 1986, 130(3): 323.
- [9] LI S, FRANCISCO G E. New insights into the pathophysiology of post-stroke spasticity[J]. Frontiers in Human Neuroscience, 2015(9): 192.
- [10] BOSE P, HOU J, THOMPSON F. Traumatic Brain Injury (TBI)-Induced Spasticity: Neurobiology, Treatment, and Rehabilitation[J]. Brain Neurotrauma, 2015(3): 134.
- [11] MARCINIAK C. Poststroke hypertonicity: upper limb

assessment and treatment[J]. Top Stroke Rehabil, 2011, 18(3): 179.

- [12] COUPAR F, POLLOCK A, ROWE P, et al. Predictors of upper limb recovery after stroke: a systematic review and meta-analysis[J]. Clin Rehabil, 2012, 26(4): 291.
- [13] BOVEND'EERDT T J, NEWMAN M, BARKER K, et al. The effects of stretching in spasticity: a systematic review[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2008, 89(7): 1395.
- [14] SUNNERHAGEN K S, OLIVER J, FRANCISCO G E. Assessing and treating functional impairment in poststroke spasticity[J]. Neurology, 2013, 80(3 Suppl 2): S35.
- [15] 刘光亭, 肖永俭. 电针巨刺与瘫刺对中风偏瘫的实验对比[J]. 山东中医学院学报, 1989(5): 47.

第一作者:王雪梅(1986—), 女, 硕士, 主治医师, 研究方向为针灸治疗中风及疼痛。

通讯作者:李怡, 学士, 主任医师, 硕士研究生导师。775821327@qq.com

收稿日期: 2016-02-19

编辑: 华 由 王沁凯