

火针针刺拮抗肌治疗脑血管病肌痉挛疗效分析

王桂芳¹

脑卒中后偏瘫侧肢体肌痉挛是卒中患者常见的残障表现之一,也是治疗中棘手的后遗症,严重影响患者的日常生活能力。抑制患者肢体肌肉痉挛是脑卒中康复治疗中纠正异常运动模式,建立正常运动模式的前提,是偏瘫恢复的关键。本研究应用拮抗肌上穴为主针刺法,痉挛肌上火针针刺法,采用修改的 Ashworth 分级法、Barthel 指数、Fugl-Meyer 评分法,对针刺治疗脑卒中患者瘫痪肢体痉挛的疗效进行观察,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

60 例患者均为我院神经内科和康复科的住院患者。参照 1995 年全国第四届脑血管病学术会议制定的诊断标准^[1],均诊断为脑血管病,经 MRI 确诊。以上患者都有不同程度的肌痉挛,修改的 Ashworth 法评定瘫痪肢体肌张力>0 级,无意识理解障碍,无严重的并发症,除外既往有运动功能障碍等。将其随机分成治疗组 30 例和对照组 30 例。治疗组男 16 例,女 14 例;年龄 35—78 岁,平均 65 岁;脑梗死 21 例,脑出血 9 例;病程最短 7d,最长 6 个月。对照组男 17 例,女 13 例;年龄 33—80 岁,平均 64 岁;脑梗死 24 例,脑出血 6 例;病程最短 8d,最长 5 个月。两组资料均经统计学分析,差异无显著性意义($P<0.05$)。

1.2 治疗方法

两组在入院后均同时接受神经内科常规治疗和常规康复训练。

1.2.1 治疗组取穴:肩髃、臑会、消泺、手三里、四渎、八邪上(掌骨缝间)、殷门、委中、足三里、阳陵泉、丘墟、足临泣。手三

里、四渎及足三里、阳陵泉加电连续波,频率 10Hz;输出量以患者能耐受为度,可见患者手及足背屈的震动模式。痉挛肌上火针多针点刺。

1.2.2 对照组取穴:百会、肩髃、曲池、外关、合谷、风市、足三里、阳陵泉、三阴交、太冲。

以上两组每日治疗 1 次,每次 30min,5 次 1 个疗程,疗程间休息 2d,共治疗 6 个疗程。

1.3 疗效观察

肢体痉挛程度采用修改的 Ashworth 分级法(0—IV)进行评定,上肢以腕关节、下肢以踝关节为观察对象。肢体运动功能采用 Fugl-Meyer 运动功能量表进行观察。日常生活能力采用 Barthel 指数进行观察^[2]。采用评价表格,按统一格式填写,每项评定项目在治疗前和疗程结束后均进行 1 次评定。基本痊愈:修改的 Ashworth 评级恢复至 0 级;明显好转:修改的 Ashworth 评级恢复 2 级以上,但尚未达到 0 级;好转:修改的 Ashworth 评级恢复 1 级;无效:修改的 Ashworth 评级无变化。

1.4 统计学分析

运用 SPSS11.5 统计软件包进行数据分析。用非参数 Mann-Whitney U 检验比较治疗组与对照组的疗效分布的不同,两组患者治疗前后 Fugl-Meyer 运动功能疗效比较,及两组患者治疗前后 Barthel 指数比较。以 $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

两组患者各有几例痉挛程度的数据丢失,故每组不足 30 例。两组患者治疗前后痉挛程度疗效比较、Fugl-Meyer 运动功能比较及 Barthel 指数比较见表 1—3。

表 1 两组患者治疗前后痉挛程度疗效比较

部位	例数	基本痊愈		明显好转		好转		无效		显效率(%)
		例	%	例	%	例	%	例	%	
上肢 ^①										
治疗组	25	8	32.0	10	40.0	5	20.0	2	8.0	72.0
对照组	26	3	11.5	6	23.1	4	15.4	13	50.0	34.6
下肢 ^②										
治疗组	24	6	25.8	9	37.5	4	16.7	5	20.8	62.5
对照组	24	3	12.5	5	20.8	4	16.7	12	50.0	33.3

两组间比较:① $P<0.01$,② $P<0.05$

表 2 两组患者治疗前后 Fugl-Meyer 运动功能评分的比较

Fugl-Meyer 评分	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
≥85 分	6	14	7	9
51—84 分	10	8	9	9
≤50 分	14	8	14	12
Z	2.135 ^①		0.617 ^②	

①治疗组前后比较 $P<0.05$;②对照组前后比较 $P>0.05$

表 3 两组患者治疗前后与 Barthel 指数变化的比较

Barthel 指数	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
≥60 分	7	15	8	11
41—60 分	10	8	12	10
≤40 分	13	7	10	9
Z	2.151 ^①		0.643 ^②	

①治疗组前后比较 $P<0.05$;②对照组前后比较 $P>0.05$

3 讨论

痉挛是脑卒中偏瘫患者康复过程中亟需解决的问题,能否有效地抑制痉挛,进而诱发部分分离运动,是提高康复疗效

1 北京首都医科大学宣武医院康复医学科,100053

作者简介:王桂芳,女,主治医师

收稿日期:2007-04-24

的关键。笔者采用拮抗肌针刺、痉挛肌火针针刺,目的是寻找一种既兴奋拮抗肌同时抑制痉挛肌群的方法。阴阳学说是中医的哲学基础之一,是八纲辩证的总纲,根据经络分布规律肢体外侧属阳,内侧属阴。生理状态下,内外阴阳平衡,肢体才能运动协调自如。当脑府受损,气血瘀滞阻络时,导致经气失调,阴阳失衡,肢体张弛失控,故而肢体拘急而痉挛。本研究方法也是遵循中医古训“用针之要,在于知调阴与阳,调阴与阳,精气乃光,合形与气,使神内藏”(《灵枢·根结》)。最终目的是恢复肢体内外两侧的阴阳平衡。常规针刺方法没有注意患肢痉挛状态时内外侧阴阳经不平衡,一味强调“治痿独取阳明”理论,重点针刺外侧经穴,使内外侧肌群不协调平衡加重,从而加重痉挛状态。

偏瘫痉挛上肢以屈肌为主,下肢以伸肌为主。根据这一特点,在上肢取手少阳,阳明经穴为主,下肢取足太阳,少阳经穴为主进行针刺治疗;火针在痉挛肌上多针点刺。目的是针刺轻补拮抗肌上腭穴,缓缓激发拮抗肌上经气;火针温通痉挛肌上腭穴,达到温经、散寒、助阳、行气、活血、通络的作用^[3]。

有研究显示脑卒中患者的痉挛肢体脊神经元兴奋性升高,针刺拮抗肌,可通过负反馈机制使脊神经元兴奋性降低,从而缓解痉挛^[4]。

火针具有针和灸的双重作用,是借助火力和温热刺激,温阳散寒,疏通气血的治疗方法。《素问·调经论》曰:“血气者,喜温而恶寒,寒则泣不能流,温则消而去之。”“寒独留则血凝泣,凝则脉不通”^[5]。现代医学研究火针可改善微循环,调整血液流变学,增加局部营养。其刺激量远远大于普通针刺,可以改善肢体关节的痉挛状态增加肌肉的营养状况^[6]。

针刺加电连续波使患手出现不自主、节律性背屈及伸指运动,患足出现不自主、节律性外展运动,意在加强针刺留针时的感应,提高肌肉组织的兴奋性,使肌肉有节律的舒缩。从

而使痉挛劣势肌群肌张力得到增强,对抗了对侧优势痉挛肌。针灸和低频电刺激治疗可刺激神经肌电,使之兴奋和收缩,有利于神经功能的恢复和防止肌肉萎缩的发生,并使兴奋向中枢传导,有利于各种反射的调节,并可起双向调节作用,使肌痉挛得以缓解,尤其是早期治疗可保持上肢关节活动度,促进偏瘫肢体功能的恢复^[7-9]。

脑卒中后腕、踝关节功能异常较常见,表现为垂腕、垂足,且恢复不理想。笔者在临床中重点针对腕、踝功能,上肢选择手三里、四渎穴,下肢选择足三里、阳陵泉穴,采用低频电刺激疗法使支配腕、指,足背屈的肌肉有节律的舒缩,加强了腕、指,足背屈的力量和活动范围,使其肌群肌张力得到增强,同时用火针在痉挛肌上多针点刺,使肌肉痉挛得到了缓解。结果显示电针针刺拮抗肌上腭穴,配合痉挛肌上火针点刺改善脑血管病偏瘫肢体肌痉挛疗效优于传统针刺组。

参考文献

- [1] 中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379—380.
- [2] 缪鸿石, 卓大宏, 南登昆. 中国康复医学诊疗规范[M]. 第 1 版. 北京: 华夏出版社, 1998. 59, 64—65, 76—79.
- [3] 温丽君. 《内经》中火针疗法的应用探讨[J]. 辽宁中医学院学报, 2005, 7(3): 206—207.
- [4] Yu YH, Wang HC, Wang ZJ. The effect of acupuncture on spinal motor neuron excitability in stroke patients[J]. Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei), 1995, 56(4): 258—263.
- [5] 谢新才, 周德安, 曲延华. 贺氏针灸三通法及其治疗中风的经验[J]. 中国针灸, 2002, 22(11): 759—761.
- [6] 高天宇, 梅富华, 段文清, 等. 对火针治疗脑中风后上肢痉挛疗效的评价[J]. 内蒙古中医药, 2004, 5: 7—8.
- [7] Richardson D. Physical therapy in spasticity [J]. Eur J Neural, 2002, 9(Suppl) 17.
- [8] Macfarlane A, Turner-Stokes L, DeS-uzza L. The associated reaction rating scale: a clinical tool to measure associated reactions in the hemiplegic upper limb [J]. Clin Rehabil, 2002, 16(7): 726.
- [9] 何晓华, 王舒. 脑卒中后肢体痉挛状态的康复治疗研究进展[J]. 疑难病杂志, 2004, 3(6): 374.

卫生部第十四届全国小儿脑性瘫痪实用康复技术培训班通知

第十四届全国小儿脑性瘫痪现代康复技术培训班受卫生部委托,由卫生部医政司佳木斯康复医学人才培训中心、佳木斯大学康复医学院暨黑龙江省小儿脑性瘫痪防治治疗中心承办,授国家级继续教育学分。培训班重点学习小儿脑性瘫痪实用康复技术及现代综合康复的新技术、新方法与新进展,同时学习孤独症及其他发育障碍性疾病的康复治疗理论及实践技术,以适应综合医院康复科、儿科、残疾儿童康复中心、儿童福利院和社区康复的需要。培训班采用团队式、互动式教学,以理论教学、治疗演示、实际操作及典型病例讨论相结合的方式授课,突出动手操作能力的培训,重在提高直接从事康复医疗人员的业务技术水平。拟开班时间为 2008 年 6 月下旬,为期 1 周,限招收学员 60 名。培训班拟邀请国内外著名专家进行讲学指导。请参加培训班的同志务必于 2008 年 5 月 15 日前将回执寄至培训中心,中心负责发报到通知,凭报到通知报到。也可直接与培训中心联系。

联系地址:黑龙江省佳木斯市德祥街 419 号黑龙江省小儿脑性瘫痪防治治疗育中心。联系人:鲍秀芹、邹春玉。邮编:154003; E-mail: 8614879@sohu.com; 电话: 0454-8623645、0454-8673024; 网址: www.cp-jms.com;

卫生部医政司佳木斯康复医学人才培训中心
黑龙江省小儿脑性瘫痪防治治疗育中心