

413.
[6] 邵诗泽,张恩忠.腰骶段多裂肌的形态特点及功能意义[J].中国临床解剖学杂志,2010,28(1):17—19.
[7] 刘邦忠.多裂肌在脊柱突然失衡时的肌电表现[J].中国临床康复,2003,72(3):165—173.
[8] MacDonald DA,Moseley GL,Hodges PW.The lumbar multifidus: Does the evidence support clinical beliefs[J]? Manual Therapy, 2006,(11):254—263.
[9] Dankaerts W, O'Sullivan PB, Burnett AF, et al. Reliability of EMG measurements for trunk muscles during maximal and sub maximal voluntary isometric contractions in healthy controls and CLBP patients[J]. J Electromyogr Kinesiol, 2004, 14

(3): 333—342.
[10] 邱俊杰.慢性腰痛治疗新观念:核心复健运动[J].台北市医师公会会刊,2004,48(2):54—59.
[11] Slade SC,Keating JL. Trunk strengthening exercises for chronic low back pain:a systematic review[J].J Manipulative Physiological Therapeutics,2006,29(2):163—173.
[12] 符楚迪,张志敬,潘兵.应用MRI观察多裂肌萎缩及与腰痛关系的研究[J].浙江医学,2010,32,(9):1366—1368.
[13] Mehling WE,Hamel KA,Acree M,et al.Randomized,controlled trial of breath therapy for patient with chronic low back pain [J].Alternative Therapies in Health and Medicine,2005,11: 44—52.

·短篇论著·

不同体位、不同针刺取穴治疗脑卒中痉挛性偏瘫疗效对比观察

杨 翊¹ 周光涛² 刘经星¹ 张德清^{1,3}

脑卒中后大部分患者会出现肌肉痉挛,痉挛往往是阻碍患者恢复独立生活能力、回归社会的主要原因,脑卒中后痉挛性瘫痪的治疗一直是个难题。针刺是目前治疗脑卒中的常用方法,近年来得到国际康复学界的认可,针刺治疗脑卒中后痉挛的研究也很多,选穴方法各异,疗效也有差异。近6年来,我们采用在抗痉挛体位下头针配合拮抗肌肌腹电针治疗脑卒中痉挛性偏瘫124例,并与120例任意体位下常规针刺取穴法作了临床对照,疗效满意,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院2005年10月—2011年3月康复医学科住院患者,随机分为治疗组124例和对照组120例。所选病例符合1995年中华医学会第四届全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病的诊断要点》^[1],并经颅脑CT或MRI证实,临床表现一侧肢体痉挛性瘫痪,张力性牵张反射增高,腱反射亢进,无肢体肌肉软弱,引出或引不出病理反射。纳入标准:①符合脑卒中痉挛性瘫痪的诊断标准;②恢复期患者意识清醒,生命体征稳定;③近期末服用过中西医镇静药物及肌肉松弛剂者。排除标准:①不符合诊断标准和纳入标准;②脑卒中急性期患者,生命体征不稳定及神志不清者;③病程超过3年以上者;④伴有严重糖尿病、严重感染、严重心脏病、恶性高血压、肝肾功能不全、造血系统疾病、精神疾病、艾滋病及肝炎、结核等传染患者。

治疗组年龄35—80岁,病程15d—3年。对照组年龄36—81岁,病程19d—2年10个月。两组患者在性别、年龄、病程、病情、脑卒中类型差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。

表1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		平均年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	病程 ($\bar{x}\pm s$,月)	脑卒中类型(例)	
		男	女			脑出血	脑梗死
治疗组	124	78	46	61.09 $\pm$ 6.85	3.48 $\pm$ 3.35	44	80
对照组	120	73	47	60.21 $\pm$ 6.60	2.96 $\pm$ 3.75	41	79

1.2 治疗方法

治疗组:①抗痉挛体位摆放:患者仰卧,使患侧上肢肘关节伸直,平放于身体的侧面,必要时可用约束带固定;下肢膝关节屈曲约90°—120°,腘窝下垫枕以保持膝关节屈曲位,但应使大腿后侧肌群暴露,以方便针刺。②头针治疗:取病灶侧(偏瘫肢体对侧)头部顶颞前斜线,常规消毒后用28号1.5寸长毫针4根,与头皮呈30°角进针,分4段,依次沿顶颞前斜线首尾相接透刺至帽状腱膜下,行快速捻转手法3min后,留针30min。③拮抗肌肌腹电针:上肢针刺点:肱三头肌外侧头肌腹点,肱三头肌内内侧头肌腹点,桡侧腕伸肌肌腹点,指伸肌肌腹点,尺侧腕伸肌肌腹点。下肢针刺点:股二头肌肌腹点,半腱肌肌腹点,腓骨长肌肌腹点,腓骨短肌肌腹点,胫骨前肌肌腹点。以上针刺点均在相应肌腹的最隆起处,顺肌纤维走行方向,同时取两点,两点间隔约2—3cm,用28号1.5—2.0寸毫针,快速进针得气后,接6805电针治疗仪,连续波刺

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2012.04.020

1 湖北医药学院附属人民医院康复医学科,十堰,442000; 2 湖北东风汽车公司茅箭医院中医康复科; 3 通讯作者
作者简介:杨翊,女,主任医师; 收稿日期:2011-06-30

激,此时上肢应出现腕背伸、拇背伸、指伸状,下肢应出现踝背伸、踝外翻摆动状,与以上头针同留针30min后取针,10次为1个疗程,治疗3个疗程后统计疗效,疗程间休息3d。

对照组:①任意体位,以患者方便或舒适为主,如仰卧、坐位、侧卧等。②针刺取穴,采用国内公认的针刺取穴方法,以阳经穴位为主,取肩髃、曲池、外关、合谷、环跳、髀关、凤市、足三里、阳陵泉、解溪、昆仑、太冲等穴,用28号1.5—2.0寸毫针,快速进针得气后,接6805电针治疗仪,连续波刺激,留针30min后取针,10次为1疗程,治疗3个疗程后统计疗效,疗程间休息3d。

1.3 疗效评定

①采用改良Ashworth痉挛评定量表^[2],为统计方便,将其量表中的0、1、1⁺、2、3、4级分别定为1、2、3、4、5、6分;②采用临床痉挛指数(clinic spasticity index, CSI)^[3];③日常生活活动(ADL)能力的评定采用Barthel指数(BI)评定表^[4]。Ashworth评分、CSI和BI的评定于患者入院时均记录1次,满3个疗程再记录1次,每次评定重复3次,求其平均值。

1.4 统计学分析

采用SPSS13.0统计学软件进行分析,所有测量数据用均数±标准差表示,组内治疗前后比较采用配对 t 检验,组间比较采用两个独立样本 t 检验。

2 结果

见表2。治疗组在抗痉挛体位下经头针及拮抗肌肌腹电针治疗后,Ashworth及CSI评分明显下降,BI评分明显增高,组内治疗前后经配对 t 检验,差异均有显著性意义($P<0.05$),说明治疗组患者上肢的屈肌痉挛及下肢的伸肌痉挛程度明显减轻,整体日常生活能力有较明显改善。而对照组在常规任意体位下经传统取穴电针治疗后,Ashworth及CSI评分未见明显下降,其BI指数亦未见明显上升,其组内治疗前后经配对 t 检验,差异均无显著性意义($P>0.05$),说明对照组患者上肢屈肌痉挛及下肢伸肌痉挛程度无明显减轻,整体日常生活活动能力亦无较明显改善。

同时两组间亦进行了独立样本 t 检验,在Ashworth、CSI及BI评分方面,两组对照,差异均有显著性意义($P<0.05$),说明抗痉挛体位下头针及拮抗肌肌腹电针治疗脑卒中痉挛性偏瘫在缓解肢体肌张力,提高日常生活活动能力方面明显优于常规任意体位下传统取穴治疗。

3 讨论

脑卒中后痉挛性瘫痪属中医“中风”范畴^[5],在《灵枢·热病》曰:“偏枯,身偏不用而痛……巨针取之,益其不足,损其有余,乃可复也”。《素问·生气通天论》曰:“湿热不攘,大筋软

表2 两组治疗前后Ashworth、CSI、BI评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别/时间	例数	Ashworth	CSI	BI
治疗组	124			
治疗前		3.14±0.86	11.74±0.93	42.83±12.74
治疗后		2.61±0.52 ^{①②}	9.15±0.84 ^{①②}	51.6±13.35 ^{①②}
对照组	120			
治疗前		3.16±0.75	11.80±0.87	42.89±12.53
治疗后		3.01±0.48 ^③	11.12±0.69 ^③	44.5±12.31 ^③

①与同组内治疗前比较 $P<0.05$;②与对照组比较 $P<0.05$;③与同组内治疗前比较 $P>0.05$

短,小筋弛长,软短为拘,弛长为痿”。笔者在针刺过程中,选用偏瘫对侧(病灶侧)头皮针,实际就是巨针刺,而选用拮抗肌肌腹电针就是使“弛长”、“痿痿”的肌肉恢复正常功能,以达肢体阴阳经络调和为用。

现代医学认为,脑卒中后痉挛性瘫痪是高级中枢丧失对随意性运动功能的控制能力,肢体在低位中枢控制下出现以痉挛为基础的异常运动模式^[6],根据现代康复医学原理和偏瘫的恢复发展规律,在痉挛瘫痪的治疗中,应以协调肌群间肌张力的平衡为重点,即注重强化上肢伸肌、下肢屈肌运动,拮抗上肢屈肌、下肢伸肌运动,协调和平衡主动肌和拮抗肌的肌张力,促进共同运动向分离运动转化,抑制和控制痉挛,建立正常的运动模式。

本组临床观察,治疗组在抗痉挛体位下,电针针刺拮抗肌肌腹,避开对痉挛肌的刺激,提高了上肢伸肌及下肢屈肌的张力,纠正肢体屈伸肌群之间的紊乱关系,加之头皮针从中枢层面的调控,取得了较好的临床效果。而对照组是在常规任意体位下采用传统以阳经穴尤其是取阳明经穴为主,寓“治痿独取阳明”之意,重视恢复肌力为主,而忽视了肢体屈伸侧肌张力平衡和运动模式的恢复,比如合谷、髀关、伏兔等穴均在痉挛肌侧,针刺之不利于痉挛的恢复,反而有加重痉挛的可能;加之对照组患者没有设置抗痉挛体位,使原本痉挛的肌肉没有得到体位上的牵张治疗。综上所述,抗痉挛体位下头针配合拮抗肌肌腹电针治疗脑卒中痉挛性偏瘫能较好地降低偏瘫肢体肌张力,提高患者日常生活活动能力,其疗效明显优于常规任意体位下传统针刺取穴法。

参考文献

- [1] 中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379
- [2] 南登崑.康复医学[M].第4版.北京:人民卫生出版社,2008.44.73
- [3] 燕铁斌.临床痉挛指数:痉挛的综合临床评定[J].现代康复,2000,4(1):88—89.
- [4] 冷方南.中医内科临床治疗学[M].第1版.上海:上海科学技术出版社,1987.390
- [5] 瞿明杰,刘保延,刘志顺.针灸治疗中风痉挛性瘫痪疗效评定标准述评[J].中国针灸,2006,26(8):599.