

董氏奇穴配合康复训练治疗脑卒中后上肢痉挛性偏瘫的临床观察

陈健安¹ 郑禹¹ 余康潮¹ 钟正¹ 曲姗姗¹ 黄泳^{1,2}

随着临床诊疗水平的提高,脑卒中病死率已大幅度下降,但致残率仍居高不下。据统计,在脑卒中患者中,约有75%的患者不同程度地丧失劳动能力,重度致残者约占40%^[1]。其中约75%患者上肢功能障碍持续,甚至36%患者上肢无功能,这说明上肢功能恢复较下肢缓慢^[2]。在日常生活中,下肢功能有较多替代依赖器具弥补其不足,而上肢因屈肌挛缩而失用,其代偿方式较少,对患者的日常生活能力的影响较大,加重家庭负担。近年来,大量的临床研究证实了针灸可以改善脑卒中偏瘫患者的中枢神经功能,是治疗、缓解脑卒中偏瘫肢体痉挛的重要方法^[3-4]。董氏奇穴在取穴、针法、诊法、理论及治疗方面有其独到之处。笔者特观察董氏奇穴针刺配合康复训练对脑卒中后上肢痉挛性偏瘫患者上肢运动功能的改善情况,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

根据纳入排除标准共纳入105例2013年11月—2014年9月南方医院针灸科门诊,神经内科、康复科住院部收治脑卒中后上肢痉挛性偏瘫患者。诊断标准参照《中国脑血管病防治指南》^[6]诊断为脑卒中者。

纳入标准:①符合上述诊断标准,男女不限,年龄25—80岁;②有颅脑影像学检查结果支持;③生命体征平稳,意识清楚,配合并自愿坚持治疗;④发病时间 ≥ 2 周,改良的Ashworth评分在2级以上(包括2级);⑤Brunnstrom分期在II—III期;⑥签订知情同意书。

排除标准:①符合诊断标准,并经影像学证实,但无明显脑卒中后上肢痉挛性偏瘫症状的患者。②病情危重或急性期病情尚未稳定;③合并有严重的心、肺、肝、肾疾病,糖尿病,骨质疏松,或有严重出血倾向;④收缩压 $> 180\text{mmHg}$ 或舒张压 $> 110\text{mmHg}$ 者;⑤惧怕针刺者;⑥参与其他临床研究或接受其他治疗可能影响本研究结果者。

将105例上肢痉挛性偏瘫患者按随机数字表随机分为康复治疗组、董氏奇穴组和结合治疗组3组。三组患者中,董氏奇穴组和结合治疗组各有1名患者因私人原因要求退

出,未能完成研究,最终纳入研究的例数为康复治疗组35例、董氏奇穴组34例、结合治疗组34例。三组患者在年龄($F=2.157$)、性别($\chi^2=0.257$)、病程($F=0.615$)、治疗前FMA($F=0.149$)、治疗前MAS($F=0.493$)方面比较均无显著性差异($P>0.05$),三组资料具有可比性,见表1。

表1 三组患者一般资料 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	年龄 (年)	病程 (月)	治疗前 FMA	治疗前 MAS
康复治疗组	35	60.71 $\pm$ 8.21	3.56 $\pm$ 4.03	18.60 $\pm$ 9.99	3.03 $\pm$ 0.17
董氏奇穴组	34	59.32 $\pm$ 8.13	4.71 $\pm$ 8.06	19.24 $\pm$ 8.22	3.00 $\pm$ 0.00
结合治疗组	34	56.41 $\pm$ 9.86	3.35 $\pm$ 2.76	19.91 $\pm$ 11.48	3.03 $\pm$ 0.17

1.2 治疗方法

三组患者均接受基础治疗的基础上,康复治疗组接受口服巴氯酚配合康复训练治疗、董氏奇穴组接受针刺董氏奇穴治疗,结合治疗组接受针刺董氏奇穴配合康复训练治疗。

1.2.1 基础治疗:参照《中国脑血管病防治指南》的方案,控制血压、控制血糖、调节血脂、防止血小板聚集、神经营养药、对症治疗、防治并发症,辅以必要的营养支持^[6]。

1.2.2 董氏奇穴疗法:取穴:双侧肾关(天皇副穴),健侧灵骨、大白、木火、足三重,患侧重子、重仙、曲陵。操作:先取健侧木火穴针刺0.5—1寸,留针不超过10min,留针期间,嘱患者运动患肢,或者医师辅助下做被动运动,包括肩关节屈伸、外展内收、旋前旋后运动,肘关节屈伸、旋前旋后运动,腕关节屈伸、外展内收运动;出针后,肾关穴向后(向肝、肾经方向)斜刺1—2寸,先健侧,后患侧;健侧大白向同侧灵骨齐刺0.5—1寸;灵骨向同侧重仙齐刺1.5—2寸;足三重穴成回马针,贴腓骨进针1.5—2寸;患侧重子、重仙穴直刺0.5—1寸,强刺激后,曲陵直刺1—1.5寸,行捻转泻法。得气后留针30min,每5min行针1次^[7]。

1.2.3 抗痉挛药:采用西医常规抗痉挛用药,巴氯酚(力奥来素,北京诺华制药有限公司),10mg/次,3次/d;根据患者病情酌情加量,最高剂量不高于75mg/d^[8]。

1.2.4 康复训练治疗:康复训练:①良姿位摆放:患侧上肢保持外展,外旋,伸肘,前臂旋后,伸腕和指,拇指外展位置。②

Bobath握手练习:手臂过头,意念双侧用力。每次举10下,1日做6次。③康复训练:对痉挛肌采用持续牵拉,必要时采用关节松动术,以及痉挛肌松弛后即予诱导分离运动等手法。训练时间45min,每日1次,每周5次^[7]。

1.3 疗效观察

1.3.1 观察周期:针刺与康复训练均每周治疗5次,休息2天,共治疗6周。

1.3.2 观察指标:①临床疗效评定:采用临床神经功能缺损程度评分量表(total and factorial score of China Stroke Scale, CSS)积分值的减少(功能改善)及患者总的生活能力状态(评定时的病残程度)进行评定^[9]。基本痊愈:功能缺损评分减少91%—100%,病残程度为0级;显著进步:功能缺损评分减少46%—90%,病残程度为1—3级;进步:功能缺损评分减少18%—45%;无变化:功能缺损评分减少17%左右;恶化:功能缺损评分减少或增加18%以上。②上肢运动功能评定:采用上肢简化Fugl-Meyer运动功能评分量表(FMA评分)^[10]。主要包括腱反射、屈肌协同运动、伸肌协同运动、伴有协同运动的活动、脱离协同运动的活动、反射亢进、腕稳定性、手指运动、协同能力与速度等9个方面,共包括33项,每项分为3级,分别计0分、1分和2分,总分为66分。③肌张力改善评定:根据改良Ashworth痉挛量表评分(MAS评分)^[11];将患者上肢痉挛情况分为0—Ⅳ级,0级记0分,Ⅳ级记5分。

1.4 统计学分析

数据采用SPSS 20.0软件包进行统计学分析。正态分布的计量数据采用 t 检验或方差分析;计数资料采用 χ^2 检验和校正 χ^2 检验;非正态分布的计量资料和等级资料采用秩和检验等非参数检验。

2 结果

2.1 临床疗效评定

三组患者临床疗效见表2,采用Kruskal-Wallis检验,发现三组临床疗效差异有显著性, $\chi^2 = 17.292, P < 0.001$,即治疗后结合治疗组、董氏奇穴组患者临床神经功能缺损改善程度及病残程度较康复治疗组效果更好。

2.2 治疗前后三组间FMA评分变化

采用配对 t 检验对各组治疗前后FMA总分进行组内比较,发现差异均有显著性($P < 0.01$)。组间比较则采用方差分析,三组FMA治疗前总分比较无显著性差异($P > 0.05$);FMA治疗后总分、治疗前后差值组间差异有显著性($P < 0.05$)。对FMA治疗后总分及治疗前后差值进行两两组间比较,并采用Bonferroni校正 P 值后发现,结合治疗组与康复治疗组间FMA治疗后总分和治疗前后差值具有显著性差异($P < 0.05$)。即三组患者在治疗后上肢运动功能都有改善,且董氏奇穴配合康复训练疗法对患者上肢运动功能改善较抗

痉挛药配合康复训练效果更显著,见表3。

2.3 治疗前后MAS评分比较

组内比较采用配对 t 检验,各组MAS评分治疗前后比较均有显著差异($P < 0.01$),即治疗后三组患者上肢痉挛情况均较治疗前有所改善。组间方差分析,三组治疗前、治疗后及治疗前后差值Ashworth量表评分组间无显著性差异($P > 0.05$),即三组患者上肢痉挛情况均较治疗前改善程度相当,见表4。

表2 三组治疗前后临床疗效比较 (例,%)

组别	例数	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化
康复治疗组	35	0(0.00)	0(0.00)	17(48.57)	18(51.43)	0(0.00)
董氏奇穴组	34	0(0.00)	1(2.94)	29(85.29)	4(11.76)	0(0.00)
结合治疗组	34	0(0.00)	9(26.47)	18(52.94)	7(20.59)	0(0.00)
总计		0(0.00)	10(9.71)	64(62.14)	29(28.16)	0(0.00)

康复治疗组与董氏奇穴组和结合治疗组间有显著差异, $P < 0.05$,董氏奇穴组与结合治疗组间差异无显著性, $P > 0.05$ 。

表3 三组治疗前后FMA评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后	差值	t 值	P 值
康复治疗组	18.60±9.99	26.97±11.01 ^①	8.37±7.97 ^①	-6.213	<0.001
董氏奇穴组	19.24±8.22	30.15±11.20	10.91±8.39	-7.587	<0.001
结合治疗组	19.91±11.48	34.24±11.24 ^①	14.32±8.64 ^①	-9.663	<0.001
F 值	0.149	3.675	4.423		
P 值	0.862	0.029	0.014		

两两组间比较采用Bonferroni校正 P 值,①康复治疗组与结合治疗组间有显著差异 $P < 0.05$

表4 三组治疗前后MAS评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后	差值	t 值	P 值
康复治疗组	3.03±0.17	2.17±0.75	0.86±0.73	6.915	<0.01
董氏奇穴组	3.00±0.00	1.97±0.72	1.03±0.72	8.370	<0.01
结合治疗组	3.03±0.17	1.88±0.59	1.15±0.61	10.971	<0.01
F 值	0.493	1.600	1.546		
P 值	0.612	0.207	0.218		

3 讨论

肌痉挛多出现在脑卒中后数天到数周内,可影响约65%的脑卒中患者,其中上肢的表现表现为肩关节内收和肘、腕、手部关节屈曲,并且肌张力增高,并经常伴有反射亢进、阵挛、协同肌-拮抗肌共同收缩,病理征、乏力和疲劳等^[12]。现代医学认为^[13],脑卒中后由于中枢性运动抑制系统失调,使A运动神经元和C运动神经元相互制约、相互作用失衡,造成C运动神经元占优势,使中枢性运动抑制系统作用减弱,致使低级中枢的原始功能释放,导致运动环路的兴奋性增强,使患侧肢体肌张力增高,呈肢体痉挛。

而在传统医学中也有对肢体痉挛的病因病机的认识,如《难经·二十九难》曰:“阴跷为病,阳缓而阴急;阳跷为病,阴缓而阳急。”认为肢体痉挛状态是阴阳失调所致。古代医家

认为脑卒中后痉挛性瘫痪与筋、肝肾、气血有密切的关系,认为脑卒中患者或气血阴阳失调、或肝肾阴虚、或经脉阻塞致筋脉失养,肢体拘挛;故在脑卒中后遗肢体痉挛的治疗中多采用益气活血养阴之法。

而根据董氏奇穴的全息通应、奇正相通、同气相求等理论,本研究选取了位于大肠经的循行路线上的灵骨穴和大白穴两穴,大肠经多血多气,所以可以补益气血,同时灵骨穴可以温阳活血;肾关穴位于脾经循行路线上,向后透刺肾经,可起到健脾益肾的作用;足三重穴活血化痰,加木火穴共治脑卒中后遗症,本研究前期研究采用董氏奇穴治疗脑卒中后遗症得到肯定疗效^[9,14],并在临床观察中发现董氏奇穴在缓解患者上肢痉挛性偏瘫方面有一定效果,因此,进一步采用重子、重仙穴强刺激后泻曲陵,以筋治筋,以缓解手指拘挛不伸。本研究在针刺方法方面,灵骨、大白成“倒马针”,可加强疗效;巨刺木火穴得气后嘱患者活动患肢,停止捻针后,视情况留针或出针,此针法属于董氏奇穴“动气针法”^[15],适用于肢体病变,以改善患者上肢运动功能。

本研究分别从临床疗效、上肢运动功能改善评定和肌张力改善评定三方面,观察为期6周的董氏奇穴针刺与康复训练对脑卒中后上肢痉挛性偏瘫患者上肢运动功能的改善情况。临床疗效主要采用对脑卒中后遗症评价常规采用的临床神经功能缺损程度评分量表积分值的减少(功能改善)及患者总的生活能力状态(评定时的病残程度)进行评定,结果表明三种疗法均能够有效改善脑卒中后患者的神经功能缺损及生活能力状态,且董氏奇穴配合康复训练的疗效更加显著。对脑卒中后上肢痉挛性偏瘫患者上肢运动功能的评价则采用量化的Fugl-Meyer运动功能评价量表,它是在Brunnstrom 6期评价法基础上发展而来,要求患者进行一系列的动作,来检查不同恢复阶段肢体反射状态、屈伸协同运动和选择性分离运动。结果显示三组治疗后FMA评分显著增加,说明三组治疗方法均可以改善患者上肢功能,并且综合治疗组的改善作用较康复治疗组效果更明显。而对于痉挛的量化评定较困难,目前最常用的方法及改良Ashworth痉挛评定,但其评定分级较粗,欠敏感,故研究结果显示尽管各组MAS评分治疗前后差异显著,但三组间差异无统计学意义,即三种疗法均可以改善患者上肢痉挛情况且效果相当。

综上,针刺董氏奇穴配合康复技术对脑卒中后上肢痉挛性偏瘫患者上肢运动功能改善优于抗痉挛药配合康复训练

效果。但本研究尚存在样本量少、单中心病例收集等不足,还需进一步进行大样本、多中心随机对照研究,从而为临床应用推广提供依据。

参考文献

- [1] 方向华.中国卒中的流行现状及其影响因素[J].中国脑血管病杂志,2004,1(5):233—237.
- [2] 王茂斌.偏瘫的现代评价与治疗[M].北京:华夏出版社,1990.
- [3] 祁营洲,傅立新,熊俊,等.针刺治疗脑卒中后痉挛性瘫痪的系统评价[J].中国针灸,2009,29(8):683—688.
- [4] 陈晓军,陈利芳,章旭萍,等.电针夹脊穴为主治疗脑卒中后痉挛性偏瘫的临床疗效评价[J].中华中医药学刊,2014,32(4):742—744.
- [5] 国家中医药管理局脑病急症科组.脑卒中辨证诊断标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1996,19(01):55—56.
- [6] 中国脑血管病防治指南编委会.中国脑血管病防治指南[M].北京:人民卫生出版社,2007.
- [7] 邱雅昌.董氏奇穴实用手册[M].北京:人民卫生出版社,2012.
- [8] 中华医学会神经病学分会神经康复学组.中国脑卒中康复治疗指南(2011完全版)[J].中国康复理论与实践,2012,18(4):301—318.
- [9] 全国第四届脑血管病学术会议.脑卒中患者神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29(6):381—382.
- [10] Sullivan KJ, Tilson JK, Cen SY, et al. Fugl-Meyer assessment of sensorimotor function after stroke: standardized training procedure for clinical practice and clinical trials[J].Stroke,2011,42(2):427—432.
- [11] Dunder U, Toktas H, Solak O, et al. A comparative study of conventional physiotherapy versus robotic training combined with physiotherapy in patients with stroke[J].Top Stroke Rehabil,2014,21(6):453—61.
- [12] 白玉龙,胡永善.肉毒杆菌毒素治疗脑卒中后肌痉挛的研究[J].中国康复医学杂志,2004,19(1):73—75.
- [13] Esquenazi A, Talaty M. Gait analysis, technology and clinical applications Braddom R. Physical Medicine and Rehabilitation[M]. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders, 2000: 93—108.
- [14] 余康潮,陈俊琦,黄焕琳,等.董氏奇穴治疗脑卒中后遗症的临床观察[J].中国中医基础医学杂志,2013,2:179—180,187.
- [15] 左常波.董氏奇穴针灸特色疗法[J].中国针灸,2003,23(5):283—286.