

循环,促进局部致痛物质吸收,既活血化瘀、温经通络,又消除病变组织对神经、血管的不良刺激,有效发挥消炎止痛作用。本研究中,观察组 PRI、VAS 及 PPI 评分均显著低于对照组,治疗总有效率明显高于对照组,提示耳穴压贴联合中药热敷有助于缓解神经根颈信病疼痛程度,提高治疗效果。

本研究表明,耳穴贴压联合中药穴位热敷能有助于改善神经根型颈椎病患者临床症状,缓解疼痛程度,提高治疗效果,建议临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 王艳国,郭秀琴,张琪,等.手法治疗神经根型颈椎病的系统评价[J].中华中医药杂志,2013,28(2):499-503.
- [2] 张红星,张武昌.颈椎病[M].北京:中国医药科技出版

社,2010:27.

- [3] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002.
- [4] 赵宝昌,崔秀云.疼痛学[M].3版.沈阳:辽宁教育出版社,2000:186.
- [5] 王玉花,方兴德.电针配合穴位注射治疗神经根型颈椎病 120 例临床观察[J].中医临床研究,2015,28(2):258-260.
- [6] 吴凯.耳穴贴压结合电针治疗神经根型颈椎病疗效观察[J].中国中医急症,2014,23(7):1360-1361.
- [7] 徐星星,王玉,郭银丰,等.耳穴压豆联合中药敷贴治疗气滞血瘀型颈椎病疗效观察[J].中国中医急症,2013,22(8):1398,1458.

(责任编辑:马力)

火针点刺联合 Bobath 疗法治疗中风痉挛性偏瘫 35 例临床观察

曾红文¹, 赖耀铭¹, 刘婉玲²

1. 广东省第二中医院, 广东 广州 510095; 2. 广州市花都区人民医院, 广东 广州 510800

[摘要] 目的:观察火针点刺联合 Bobath 疗法治疗中风痉挛性偏瘫的临床疗效。方法:将 71 例患者随机分为治疗组 35 例,对照组 36 例。治疗组采用火针联合 Bobath 疗法;对照组采用 Bobath 疗法。2 组均进行临床痉挛指数、日常生活活动能力、运动功能评定的量表评定。结果:总有效率治疗组 82.9%,对照组 66.7%,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2 组治疗后 Barthel 指数、临床痉挛指数及 Fugl-Meyer 评分,与治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);2 组治疗后 Barthel 指数、临床痉挛指数及 Fugl-Meyer 评分比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),以治疗组效果更明显。结论:火针点刺联合 Bobath 疗法临床疗效确切,优于单纯的 Bobath 疗法。

[关键词] 中风痉挛性偏瘫;火针疗法;Bobath 疗法

[中图分类号] R246.6 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)12-0200-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.090

中风痉挛性偏瘫除肌张力异常增高外,还表现为联合反应、共同运动、牵张反射等。长时间处于高肌张力的痉挛状态可使患者偏瘫侧肢体关节挛缩、关节僵硬、肢体畸形,甚至导致终身残疾。因此,中风后的康复治疗要点是对肢体痉挛状态的改善,这直接关系到患者康复效果及患者以后的生活质量^[1]。笔者采用火针点刺联合 Bobath 疗法治疗中风痉挛性偏瘫,临床效果显著,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为 2013 年 7 月—2014 年 7 月在广东省第二中医院针灸康复科的住院及门诊患者,共 71 例。简单随机分为治疗组 35 例和对照组 36 例。治疗组男 18 例,女 17 例;年龄 55~70 岁,平均(65.09±4.57)岁;病程 3 周~6 月,平均(12.69±5.50)周。对照组男 17 例,女 19 例;年龄 54~70 岁,平均(64.25±4.95)岁;病程 3 周~6 月,平均

[收稿日期] 2015-07-22

[基金项目] 2013 年建设中医药强省立项资助科研课题(20131114)

[作者简介] 曾红文(1966-),女,主任中医师,研究方向:针灸治疗神经系统疾病。

(12.47 ± 5.96)周。2 组性别、年龄、病程、合并疾病等比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 中医诊断标准参照《中风病诊断与疗效评定标准》^[2]。西医诊断标准参照《各类脑血管疾病的诊断要点》^[3]。

1.3 纳入标准 年龄 50~70 岁, 病程 20 天~6 月。无严重肝肾疾病及痴呆者。已明确由脑卒中引起的偏瘫肢体处于痉挛状态, 痉挛程度按照 Ashworth 分级, 评定为 ~ 级者。无影响患者功能恢复的其他肌肉骨骼或神经疾病, 近期未曾服用过肌松剂或中西镇静药物的患者。意识清醒, 生命体征平稳者, 配合本课题研究, 签署知情同意者。

2 治疗方法

2 组患者均给予脑卒中常规药物基础治疗, 合并高血压、糖尿病、高血脂症等给予对症处理。

2.1 对照组 给予 Bobath 疗法。操作分为上肢及躯干训练和下肢训练两部分。上肢及躯干训练的操作方法: 侧卧前伸肩: 患者取健侧卧位, 下肢呈屈曲位, 前屈患侧上肢 90° 并伸肘, 治疗师面对患者, 一手握住患者患侧手部, 与患者手掌相触, 一手放在患者肘部上, 保持伸肘, 同时给予适当的阻力, 让患者上肢用力向前推; 抑制上肢痉挛模式: 患者取坐位, 治疗师站于患者患肢外侧, 先将患侧上肢托起(使肩外展), 然后一手放在患者腋窝下, 让患者保持伸肘姿势, 并推向外侧, 治疗师同时给予适当阻力, 当患者已放松时, 治疗师往回推上肢; 反射性控制关键点: 颈、肩胛带、脊柱、肘腕、拇指等是抑制上肢及躯干的屈肌痉挛模式常用的关键点。注意事项: 在患者进行常规的康复训练的过程中, 如坐位转换、床上运动、卧位坐起、步行及上下楼梯练习等, 就要求患者的健侧手或治疗师控制关键点, 使上肢保持伸展位。下肢训练的操作方法: 髋内收、骨盆旋前训练: 患者坐位, 治疗师一手控制患侧膝关节使其处于内收、内旋位, 另一手控制踝关节于背屈、外翻位, 帮助患者将患侧腿跨在健腿上方, 同时带动骨盆前倾, 然后在控制下肢缓慢放下。提腿训练: 患者坐位, 下肢呈全屈曲位, 令患者有控制地将下肢徐徐落地, 并练习在关节各个活动范围内的控制能力。屈膝训练: 患者坐位, 在足底着地状态下屈曲膝关节。踝关节控制能力训练: 仰卧位, 患者下肢在屈曲或伸展位下进行踝关节背屈、足趾抬高支撑面的动作。仰卧位时, 膝关节保持屈曲位, 进行踝关节、足趾的伸展训练。在上述功能训练后再行站立训练、行走训练(包括患侧下肢负重训练、迈步训练)以进一步控制下肢肌张力及下肢功能恢复。在下肢训练过程中要充分考虑到患者的全身状况, 将躯干、上肢、下肢进行综合治疗, 特别要始终保持上肢及躯干的抗痉挛体位。注意事项: 在训练过程中, 治疗师应不断地向患者本人、陪护及家属宣传抗痉挛的重要性, 鼓励患者积极主动参与到活动中, 同时要注意观察患者的生命体征, 如心率、脉搏、血压、面色等改变。每天 1 次, 每周 6 次, 每次 40 min, 休息一天后继续下一疗程, 共治疗 4 周,

共治疗 24 次。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用火针点刺治疗。取穴: 头颈躯干: 百会、患侧风池、患侧翳风、大椎、命门、腰阳关、中腕、关元、天枢(双); 患侧上肢: 肩贞、肩髃、臂臑、曲池、手三里、阳池、合谷; 患侧下肢: 足三里、阳陵泉、委中、承山、申脉、丘墟。操作方法: 根据不同穴位取不同体位, 局部常规消毒后, 将穴位上涂一薄层万花油, 医者一手持酒精灯, 另一手持细火针, 烧针至通红, 迅速准确地刺入穴位, 刺入深度 2~5 mm, 并敏捷地将针拔出, 快进快出, 全程约 0.5 s, 出针后用棉球按压针孔片刻, 再涂上一层万花油, 可减少疼痛和保护针孔。注意事项: 火针点刺处当天不宜沾水, 忌食生冷、虾、牛肉、鱼腥等发物。1 周治疗 3 次, 隔天治疗 1 次, 每次在头颈躯干、患侧上肢、患侧下肢各取 3~4 穴, 每次取穴尽量避免重复, 治疗 4 周, 共治疗 12 次。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 治疗前后生活自理能力(ADL)评分(Barthel 指数)^[4], 治疗前后临床痉挛指数^[5], 四肢简式 Fugl-Meyer 运动功能评分^[6]。所有病例在治疗前、治疗第 28 天分别记录各临床评定量表评分。

3.2 统计学方法 运用 SPSS 17.0 统计软件包分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 行 t 检验; 等级资料采用秩和检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 采用日常生活活动能力(ADL)的评分标准评定临床疗效。疗效指数 = (ADL 治疗后得分 - ADL 治疗前得分) / ADL 治疗前得分 × 100%。根据指数变化范围分为 4 个等级, 显效: 疗效指数 ≥ 20%; 有效: 12% ≤ 疗效指数 < 20%; 无效: 疗效指数 < 12%; 恶化: 疗效指数 < -12%。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组 82.9%, 对照组 66.7%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	恶化	总有效率(%)
治疗组	35	25	4	6	0	82.9
对照组	36	16	8	12	0	66.7

秩和检验, $U=2.1982$, $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后 Barthel 指数、临床痉挛指数及 Fugl-Meyer 评分比较 见表 2。治疗前, 2 组各项指标评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。2 组治疗后 Barthel 指数、临床痉挛指数及 Fugl-Meyer 评分, 与本组治疗前比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 2 组治疗后 Barthel 指数、临床痉挛指数及 Fugl-Meyer 评分比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$), 以治疗组效果更明显。

5 讨论

痉挛性瘫痪是中风后主要后遗症之一, 其发病率高达 65%。痉挛性瘫痪严重影响患者的肢体功能, 成为影响其生

表 2 2 组治疗前后 Barthel 指数、临床痉挛指数及 Fugl-Meyer 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	Barthel 指数	临床痉挛指数	Fugl-Meyer 评分
治疗组	治疗前	55.57± 17.69	11.60± 2.16	64.06± 17.09
	治疗后	73.29± 19.25 ^②	8.83± 2.51 ^②	77.77± 17.36 ^②
对照组	治疗前	56.39± 18.11	11.33± 2.23	61.86± 18.37
	治疗后	64.17± 18.96 ^①	10.00± 2.43 ^①	69.75± 16.23 ^①

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

活质量的一个重要因素。中医学对中风后痉挛性偏瘫的认识自古有之, 总归属阴阳失衡、经筋失养、本虚标实或阳气虚弱之范畴。中风后由于痰饮、瘀血等阻滞经脉, 左右脉气失调, 正如《素问·调经论》所言: “左右邪正盛衰失调, 阴阳失衡, 左或右发病致偏瘫”。又如《难经·二十九难》所言: “阴跷为病, 阳缓而阴急; 阳跷为病, 阴缓而阳急”。痉挛性瘫痪多发于中风后恢复期, 《景岳全书》曰: “其病在血液, 血液枯燥, 所以痉挛”, 可见是由于病后阴血不足, 不能濡养经筋所致, 再合并有痰瘀等实邪的阻滞, 便形成了本虚标实的病理本质^[1]。《素问·生气通天论》曰: “阳气者, 精则养神, 柔则养筋”, 意为阳气对于四肢百骸的濡养非常重要, 阳气亏虚, 则肢体经筋失其所养, 不能行使正常的伸缩功能, 表现为拘挛。

火针治疗具有针刺与灸的双重作用, 火针能够改善气血运行, 具有行气活血、温通经络的作用。督脉为一身之阳脉之海, 用火针点刺百会、大椎、命门、腰阳关可升提阳气, 助一身之阳的运行; 取中腕、关元、双侧天枢等穴可以起到培补正气、激发阳明气血的作用, 使得气血来之有源; 而患侧的风池、翳风可祛风止痉。中风后痉挛的患者多表现为上肢向内侧屈曲, 故取患侧肩贞、肩髃、臂臑、曲池、手三里、阳池、合谷以增强外侧阳部经筋的力量, 以求阴阳平衡; 取下肢足三里、阳陵泉、委中、承山、申脉、丘墟以平衡下肢的阴筋阳筋。同时, 火针又可以助阳化气, 使得气机运行流畅, 使津液不凝滞, 从而使得痰湿之邪可以化解, 对于凝滞于脉络、皮里膜外之痰起到清解的作用。

现代医学认为, 痉挛是因脑卒中后中枢性运动抑制系统失调, 上运动神经元损伤后导致脊髓反射活动增高, 使 α 和 γ 运动神经元相互制约、相互作用失衡, 造成 γ 运动神经元相

对亢奋, 致使低级中枢的原始功能过度表达, 增强了运动环路的兴奋性^[2], 故患者在瘫痪侧出现肌张力增高, 肌肉痉挛。Bobath 理论是为中枢神经系统疾病患者开发的治疗与康复技术, 其主要采取抑制异常姿势、促进正常姿势的发育和恢复的方法来进行临床治疗。以往的相关研究已表明此方法是具有实际临床意义的, 而将其配合火针疗法, 更能使它的效应发挥至最大程度。火针的温热刺激、舒缓拘挛的经筋作用通过选取恰当的穴位配伍来进行体现, 而在此基础之上同时对 Bobath 疗法进行应用, 则实现了三个节点的交叉作用。肢体经筋在经平衡调整的基础上受到外力保持正常姿势的被动刺激, 便加强了 Bobath 疗法的临床效应。火针同时结合 Bobath 疗法, 可能内在调节了 α 与 γ 运动神经元之间的平衡关系, 对于此过程效应的内在机制, 还需进一步研究探讨。本研究显示, 火针点刺联合 Bobath 疗法治疗中风痉挛性偏瘫临床疗效显著, 可提高患者生活质量。

[参考文献]

- [1] 南登崑. 康复医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 209.
- [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)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- [3] 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.
- [4] 燕铁斌, 窦祖林. 实用偏瘫康复[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999, 11(2): 91-94.
- [5] 张艳峰. 日常生活能力量表在骨科住院患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2011, 8(3): 66-67.
- [6] 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.
- [7] 龙佳佳. 针灸推拿在中风后遗症康复治疗中的研究进展[J]. 广西中医学院学报, 2011, 14(2): 56-58.
- [8] Esquenazi A, Talaty M. Gait analysis, technology and clinical applications [M]. B raddom R. Physical Medicine and Rehabilitation. 2nd ed. Philadelphia: W B Saunders, 2000: 93-108.

(责任编辑: 马力)