

改良铺灸对脑卒中后偏侧肢体痉挛的康复疗效观察*

王晓丹¹ 冯晓东^{1,3} 刘承梅¹ 高玲莉² 宋晓磊¹ 王丽娜¹ 牛璞琳¹

摘要

目的:观察改良铺灸疗法对脑卒中后肢体痉挛患者康复疗效。

方法:将60例脑卒中后偏侧肢体痉挛的患者按照随机数字表法分为对照组和治疗组,每组各30例。对照组给予常规的治疗,主要包括:康复训练及内科治疗,治疗组在此基础上施加改良铺灸疗法,每天1次,每周5次,共4周。分别于治疗前后采用改良Ashworth评分评价各组患者肘关节、膝关节痉挛程度;采用Fugl-Meyer评分(Fugl-Meyer assessment, FMA)评价患侧肢体运动功能;日常生活能力量表(ADL)评分评价患者生活自理能力。

结果:治疗后两组的Ashworth评分均下降,治疗组优于对照组($P < 0.05$);治疗后两组Fugl-Meyer评分及ADL评分均提高,治疗组优于对照组($P < 0.05$)。

结论:改良铺灸疗法是促进脑卒中后偏侧肢体痉挛康复的有效方法之一。

关键词 改良铺灸;脑卒中;肢体痉挛

中图分类号:R493, R743 文献标识码:B 文章编号:1001-1242(2017)-02-0199-03

脑卒中是一种死亡率、复发率、致残率均高的疾病,据统计,约有70%—80%的患者遗有不同程度的功能障碍^[1]。偏侧肢体痉挛是其常见的功能障碍之一,有资料显示^[2],肢体痉挛在脑卒中患者中的发生率高达80%。一般在发病后3周患者出现患侧肢体痉挛,持续约12周,若不及时施治,将会出现患侧疼痛,不能进行随意运动及关节挛缩等,阻碍患者运动功能及日常生活活动(ADL)能力的恢复。因此,缓解患者的肢体痉挛有助于促进患者运动功能的康复及ADL能力的提高。古代医家发现铺灸作用于人体皮部,能够激发卫气,加强卫气在人体肌表与体内的循行,温通经络,平衡阴阳。我们在临床中采用改良铺灸治疗脑卒中患者肢体痉挛中取得良好疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2013年9月—2015年2月河南中医学院第一附属医院康复中心脑卒中后肢体痉挛住院患者60例,按随机数字表分为治疗组和对照组各30例。治疗过程中共54例患者完成实验,中止1例(该病例因对艾灸过敏,无法坚持);剔除2例(该病例未能按要求按时进行治疗),脱落3例(中途患者自愿退出者3例);其中对照组28例,治疗组26例。两组患

者一般资料比较差异无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性,见表1。

表1 两组患者的一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(月)	脑卒中类型(例)	
		男	女			脑出血	脑梗死
对照组	28	14	14	43.4±11.2	4.5±1.17	16	12
治疗组	26	14	12	43.1±12.5	4.5±1.14	15	11

纳入标准:①西医诊断参照《中国脑血管病防治指南》^[3]诊断为脑卒中者;中医诊断根据《中风病诊断与疗效评定诊断(试行)》^[4]诊断为中风病者;②年龄20—70岁;③生命体征平稳,配合治疗;④发病时间>3周,患者偏侧肢体肌张力Ashworth评分在Ⅱ级或以上;⑤签署知情同意书。排除标准:①不符合上述纳入标准者;②并发严重心、肺、肝、肾疾病,糖尿病,骨质疏松,或有严重出血倾向者;③合并全身感染者,或病情严重不稳定者;④对艾灸过敏及惧怕者;⑤排除其他疾病所致的偏侧肢体痉挛。中止、剔除及脱落标准:①中止标准:出现严重不良反应者,因试验中出现问题,疗效无法判断者;②剔除标准:未能按要求配合治疗者,已入组病例后发现不符合纳入标准者;③脱落标准:患者自行中途退出者。

1.2 方法

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2017.02.015

*基金项目:2015年度国家中医临床研究基地业务建设第二批科研专项资助项目(JDZX2015314);河南省中医临床学科领导人才培养计划资助项目(2100202)

1 河南省中医学院第一附属医院康复中心,450000; 2 河南中医学院; 3 通讯作者
作者简介:王晓丹,女,主管护师;收稿日期:2015-08-29

对照组给予常规的康复训练及内科治疗。康复训练主要包括:患肢体位抗痉挛体位摆放,上肢屈肌痉挛摆在伸展位,下肢伸肌痉挛摆在屈曲位;国内外多数学者认为脑卒中后肌痉挛首先应选择以运动疗法为主的物理治疗^[5]。我们主要采用Brunnstrom、Rood、PNF技术进行康复训练。每次30min,1次/d,每周5次,共4周。内科治疗主要包括:给予药物控制血压、调节血脂、血糖等。

治疗组在上述治疗的基础上,采用改良铺灸疗法,改良铺灸即在传统铺灸的基础上进行改良^[6],将艾绒隔姜铺摊灸盒内,通过燃烧方法,作用于撒有铺灸药粉的穴区,以达到治疗疾病的目的。具体操作:①将切好的新鲜姜丁放入搅拌机中打成姜末,用过滤纱布将姜汁滤出,将姜末均匀平整地铺满灸盒内,压紧实,厚度约1cm左右,然后将艾绒平铺于姜末之上;②药物散剂的组成:熟地、山茱萸、白术、狗脊、蔓荆子、地肤子、牛膝、萆薢、山药、川牛膝、泽泻等适量制成散剂;③铺灸选穴^[7]:协助患者仰卧于治疗床上,选取患侧上、下肢穴区施灸,在此过程中,观察局部皮肤及病情变化,随时询问患者有无灼痛极度不适感,施灸完毕,去除灸盒,熄灭艾火,清洁局部皮肤。治疗时间:30min/次,1次/d,5次/周,共4周。注意事项:①注意室内温度的调节,保持室内空气流通;②施灸过程中询问患者有无灼痛极度不适感;③注意施灸的时间,不要在饭前空腹或饭后立即施灸;④施灸后局部皮肤出现微红、灼热,属于正常现象。如灸后出现小水疱,无需处理,可自行吸收。如水疱较大时,消毒局部皮肤后,用注射器抽出液体,覆盖无菌纱布,保持干燥,防止感染;⑤初次使用灸法时,以小剂量、短时间为宜,待患者耐受后,逐渐增加剂量;⑥操作完毕后,记录患者施灸部位、施灸处皮肤及患者感受等情况。

1.3 疗效观察指标

采用Ashworth量表分级法评定肘关节及膝关节治疗前后的痉挛程度^[8]。疗效评价:痉挛级别降低2级为显效,降低1级为有效,没有变化为无效。采用Fugl-Meyer运动功能评定法评定肢体运动功能,运动总分100分,上肢66分,下肢34分。采用Barthel指数分级法^[9]评定ADL能力,包括10项指标,总分为100分,>60分者为良;60—41分为中,有功能障碍,稍依赖;<40分者为差,依赖明显或完全依赖。

1.4 统计学分析

所得数据采用SPSS19.0进行统计学分析,计量资料用均数±标准差表示,组内比较采用配对t检验,组间比较采用独立样本t检验,计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

治疗前,两组患者Ashworth分级组间比较,差异无显著性意义($P>0.05$)。经4周治疗后,两组患者Ashworth分级均

较治疗前均有改善,治疗组优于对照组($P<0.05$)。见表2。

治疗后,治疗组肘关节、膝关节总有效率均高于对照组($P<0.05$),差异有显著性意义($P<0.05$)。见表3。

治疗前,对照组与治疗组患者Fugl-Meyer运动功能评分分组间比较,差异无显著性意义($P>0.05$)。经4周治疗后,两组患者Fugl-Meyer运动功能评分均较治疗前均有改善,且治疗组优于对照组($P<0.05$)。见表4。

治疗前,对照组与治疗组患者Barthel指数评分分组间比较,差异无显著性意义($P>0.05$)。经4周治疗后,两组患者Barthel指数评分均较治疗前均有改善,且治疗组优于对照组($P<0.05$)。见表5。

3 讨论

偏侧肢体痉挛是脑卒中患者常见的临床表现之一,脑卒中痉挛性肌强直往往有特殊分布^[10],常表现为上肢伸肌肌群、下肢屈肌肌群张力增高,手指呈屈曲状态,被动伸直时有僵硬的抵抗感,一般在发病后3周出现,持续约12周,严重影响患者的整体功能的康复。西医认为^[11]脑卒中后的偏侧肢体痉挛其主要的病理机制,脊髓上神经通路未能起到适当调节作

表2 两组患者治疗前后Ashworth量表分级比较

组别	例数	治疗前					治疗后						
		0	I	II	III	IV	V	0	I	II	III	IV	V
对照组													
肘关节	28	0	0	2	15	9	2	0	1	7	18	2	0
膝关节	28	0	0	0	13	14	1	0	0	11	10	6	0
治疗组													
肘关节	26	0	0	3	9	12	2	0	3	10	13	0	0
膝关节	26	0	0	1	12	8	5	0	2	17	6	0	1

表3 两组患者的临床疗效对比 (例)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组					
肘关节	28	1	14	13	53.6 ^①
膝关节	28	6	9	13	53.6 ^①
治疗组					
肘关节	26	6	17	3	88.5
膝关节	26	13	10	3	88.5

与治疗组比较^① $P<0.05$

表4 两组患者Fugl-Meyer运动功能评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	28	46.07±5.50	51.42±8.03 ^①
治疗组	26	48.08±7.76	65.77±7.56 ^{①②}

^①同组治疗前后比较 $P<0.05$;^②组间治疗后比较 $P<0.05$

表5 两组患者Barthel指数评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	28	53.21±7.72	65.00±7.93 ^①
治疗组	26	52.69±10.02	73.08±8.36 ^{①②}

^①同组治疗前后比较 $P<0.05$;^②组间治疗后比较 $P<0.05$

用、脊髓水平新神经旁系形成以及脊髓反射亢进。正常情况下,肌张力是由 α 运动神经元在静息状态下发放冲动控制的,痉挛^[12]是肌张力异常增高的症候群,脑卒中后中枢神经系统调节运动的能力下降,运动神经元的兴奋性增高、再抑制的改变、突出前抑制的消失以及肌肉内在特性的变化引起患侧肢体出现痉挛,形成了临床上常见的“Wernickce-Mann”体位。目前国内外主要的治疗方法^[13]:西药治疗、运动疗法、理疗、矫形器、神经阻滞、手术等方法,由于上述治疗方法均存在一定的不足,寻找一种简便、有效、经济的治疗方法是十分必要的。我国传统医学在临床的治疗中占有重要地位,多年的临床实践表明,中药、灸法、针刺、推拿等治疗方法具有良好的临床疗效。铺灸做为传统的康复疗法之一,康复治疗中得到广泛应用。

古人认为肢体痉挛的病位在于经筋^[14],《素问·调经论》曰:“手屈而不伸者,其病在筋。”《素问·痿论》提到:“宗筋主束骨而利机关也。”说明经筋之间相互联系可以协调人体运动,邪气恶血留滞筋络骨节,肢体屈伸不能,为痉挛,《灵枢·邪客》:“筋癱疾者,身倦挛急大,故将其归属于“经筋病”、“痉证”、“拘挛”等范畴。其发病的病因病机^[15]是阴阳失调、窍闭神匿、经筋失养。《素问·生气通天论》曰:“阳气者,精则养神,柔则养筋。”中风恢复期,正气亏虚,脉络瘀阻,经脉失于温通濡养,而致中风后痉挛性瘫痪,治以温通经脉、补虚培本、益气活血等。铺灸疗法^[16]是一种将隔物灸与中药外用疗法相结合的治疗方法。铺灸作用于人体皮部,激发宣散卫气,加强卫气在人体肌表与体内的循行,发挥温经通络、平衡阴阳的作用^[17]。传统铺灸^[18]取重灸的思想并在临床上得到了广泛使用。重灸指偏重灸经治病,源于《阴阳十一脉灸经》与《足臂一脉灸经》,其火气足、温通力强,非一般灸法所及。韦莉莉等^[19]采用传统铺灸治疗强制性脊柱炎取得了良好的临床疗效。赵中亭等^[20]研究发现:三伏铺灸能够明显改善胃寒型慢性胃炎的临床症状。张居东等^[21]采用铺灸结合 TDP 照射治疗膝关节骨性关节炎 110 例,发现中药铺灸配合 TDP 照射能够显著改善膝关节功能并改善疼痛。我们采用的改良铺灸即是使用灸盒作用于患侧上下肢的穴区,其温热效应能通过穴位传入肌肉深层,使其温经通络、平衡阴阳,以达到缓解肢体痉挛的作用,且具有痛苦小,易操作且经济的优点。宫军等^[22]对 30 例中风痉挛性瘫痪进行温灸疗法治疗取得了良好的临床疗效。迟振海^[23]发现循经往返灸加反射抑制模式能够降低脑卒中患者肢体的肌张力,减少神经功能缺损,改善日常生活能力。王澍欣等^[24]在临床中应用麦粒灸配合靳三针疗法治疗脑卒中后的肢体痉挛性,发现显著改善了患者临床症状。李宝国等^[25]临床观察发现艾灸偏瘫痉挛优势侧穴位可明显降低患者肢体痉挛程度,提高运动功能。宋琳琳等^[26]研究发现改良铺灸法能够改善痉挛肌群肌张力肌电、肌力肌电,缓解痉挛,增强肌力。

参考文献

- [1] Prasad G, Herman P, Coyle D. Applying a brain - computer interface to support motor imagery practice in people with stroke for upper limb recovery: a feasibility study[J]. Journal of Neuro Engineering and Rehabilitation, 2010, 7: 60.
- [2] 尚艳杰, 马程程, 蔡玉颖, 等. 中西医结合治疗中风偏瘫肌肉痉挛状态的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2006, 4(3): 238—239.
- [3] 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.
- [4] 国家中医药管理局脑病急症科组. 中风辨证诊断标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55—56.
- [5] 魏涛华, 杨文明. 脑血管病后肢体痉挛发生机制及干预[J]. 中医药临床杂志, 2012, 24 (3): 255—259.
- [6] 董莉莉, 王军燕, 刘安国, 等. 铺灸疗法[J]. 中医外治杂志, 2013, 22(3): 3—5.
- [7] 何天有. 何氏药物铺灸疗法[M]. 第 1 版. 北京: 中国中医药出版社, 2010. 112—378
- [8] 恽晓平. 康复疗法评定学[M]. 北京: 华夏出版社, 2011. 211.
- [9] 南登崑. 康复医学[M]. 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008. 74.
- [10] 余明, 黄光, 付明, 等. 肌电图引导下 A 型肉毒毒素治疗脑卒中肢体痉挛疗效观察[J]. 中国康复理论与实践, 2004, 10(12): 742—743.
- [11] Simon O, Yelnik AP. Managing spasticity with drugs[J]. Eur J Phys Rehabil Med, 2010, 46(3): 401—410.
- [12] 南登崑. 康复医学[M]. 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008. 271—272.
- [13] 岳增辉, 叶禹, 李良, 等. 脑中风痉挛性瘫痪的临床研究概况[J]. 世界中西医结合杂志, 2011, 6 (10): 255—259.
- [14] 陈瑛玲, 陈立典. 脑卒中后肢体痉挛的康复研究进展[J]. 世界中医药, 2013, 8(1): 110—112.
- [15] 董莉莉, 王军燕, 刘安国, 等. 药物铺灸疗法[C]. 全国针灸临床适宜技术推广研讨会暨甘肃省针灸学会 2013 年学术年会会议论文集. 2013. 218—223.
- [16] 胡丽萍, 余曙光, 郭焯, 等. 铺灸探新[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42 (7): 1307—1309.
- [17] 何天有, 王亚军. 敦煌《灸经图》重灸思想探讨[J]. 针灸临床杂志, 2010, 26(12): 65—67.
- [18] 韦莉莉, 卢金景, 许毅强. 铺灸治疗强直性脊柱炎临证体会[J]. 浙江中医杂志, 2015, 50 (5): 377.
- [19] 史军月, 张新亚, 张春红. 中风后痉挛性瘫痪的理论认识及针灸研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2015, 31(3): 85—87.
- [20] ZHAO Zhongting, LI Ying, ZHANG Xiaoling. Fourteen cases of chronic gastritis with stomach cold treated by long snake moxibustion on dog days[J]. World Journal of Acupuncture-Moxibustion, 2014, 24(3): 57—60.
- [21] 张居东, 温小玲. 中药铺灸配合 TDP 照射治疗膝关节骨性关节炎 110 例疗效观察[J]. 新中医, 2015, 47(3): 228—229.
- [22] 宫军, 张智龙. 温灸疗法治疗中风痉挛性瘫痪的临床观察[J]. 时珍国医国药, 2010, 21(7): 1825—1826.
- [23] 迟振海, 熊俊, 陈日新, 等. 循经往返灸加反射抑制模式治疗脑卒中后痉挛性偏瘫患者 30 例临床研究[J]. 中医杂志, 2013, 54(7): 580—583.
- [24] 王澍欣, 张宾, 徐展琼, 等. 麦粒灸配合靳三针疗法治疗中风后痉挛性偏瘫的临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2014, 31(4): 548—552.
- [25] 李宝国, 张东淑. 艾灸治疗中风痉挛性偏瘫选穴对比研究[J]. 江苏中医药, 2012, 44(1): 52—53.
- [26] 宋琳琳, 冯晓东, 刘承梅, 等. 改良铺灸法联合常规疗法治疗脑卒中后肱二头肌肌张力增高 31 例随机对照研究[J]. 中医杂志, 2015, 56 (14): 1224—1227.