

温针结合抗痉挛支具治疗痉挛性偏瘫的疗效

闫志强 李国君 陈素菊

(石家庄市第一医院康复二科, 石家庄, 050011)

摘要 目的:探索温针结合抗痉挛支具以及常规康复训练治疗痉挛性偏瘫的疗效。方法:选取2016年7月至2017年6月接受治疗的100例痉挛性偏瘫患者为研究对象,按照随机数表分成2组,其中50例应用温针结合抗痉挛支具联合治疗痉挛性偏瘫的患者为观察组,其余50例应用常规康复训练治疗的患者为对照组。对患者治疗前、治疗后2周、4周、2个月、3个月时分别评价日常生活能力(BI)、Berg平衡量表、最大步行速度(MWS)、步行功能(Holden)进行评分。使用肌电图仪对患者进行H反射测量。结果:观察组患者接受温针结合抗痉挛支具治疗痉挛性偏瘫效果更为明显,治疗前2组患者各项评分差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后观察组患者日常生活能力(BI)评分、Berg平衡评分、步行功能评分均较对照组高,且步行功能(Holden)分级结果显示观察组患者步行功能恢复良好,差异有统计学意义($P<0.05$),疗效较对照组明显。对照组患者H反射亢进,潜伏期时间有所缩短至,肌电图波峰增高,说明上运动神经元病变,而观察组患者H反射潜伏期缩短较小,差异无统计学意义($P>0.05$),肌电图波峰没有增高现象,说明患者H反射情况较好。结论:温针结合抗痉挛支具治疗痉挛性偏瘫较常规康复训练疗效更为显著。

关键词 温针结合抗痉挛支具;痉挛性偏瘫;疗效比较

Curative Efficacy of Warm Acupuncture Combined with Anti-spasm Brace in the Treatment of Spastic Hemiplegia

Yan Zhiqiang, Li Guojun, Chen Suju

(Department of Rehabilitation, First Hospital of Shijiazhuang, Shijiazhuang 050011, China)

Abstract Objective: To explore the curative efficacy of warm acupuncture combined with anti-spasm brace and conventional rehabilitation training in the treatment of spastic hemiplegia. **Methods:** A total of 100 patients with spastic hemiplegia who were treated from July 2016 to June 2017 in our hospital were selected as the research object and divided into observation group and control group according to random number table, with 50 patients in each group. The observation group was treated with warm acupuncture combined with anti-spasm brace, and the control group was treated with routine rehabilitation training. Before treatment, the Barthel Index (BI), Berg balance scale, maximum walking speed (MWS), walking function (Holden) score at 2 weeks, 4 weeks, 2 months, 3 months after treatment were measured. H reflex in patients was determined with electromyography. **Results:** Warm acupuncture combined with anti-spasm brace had more significant curative efficacy in the treatment of spastic hemiplegia. The differences between 2 groups were not statistically significant before treatment ($P>0.05$). After treatment, BI, Berg balance score, walking function scores in the treatment group were higher than the control group, and walking function (Holden) classification results showed that walking function of the patients in the treatment group recovered well. And the difference was statistically significant ($P<0.05$), and the clinical efficacy was significant when compared with the control group. H hyperreflexia, incubation time was shortened, and the peak of EMG increased in control group, indicating upper motor neuron lesion. And H reflex latency shortened less in the treatment group, with no significant difference ($P>0.05$). No wave EMG increased indicated that patients with better H reflecting. **Conclusion:** Warm acupuncture combined with anti-spasm brace treatment of spastic hemiplegia has more significant curative efficacy than routine rehabilitation training.

Key Words Acupuncture combined with anti-spasm brace; Spastic hemiplegia; Curative effect comparison

中图分类号:R245 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.11.050

痉挛性偏瘫指的是大脑丧失对运动功能的控制,从而产生以低级中枢控制运动造成的痉挛为基础的异常运动模式^[1-2]。针灸是治疗偏瘫的常用方法之一,而温针^[3-5]则是主要通过将针刺、艾灸的中医手法优点结合起来,该疗法对患者有活血化

瘀、疏通血脉的效果。国内研究^[6-7]也表明有多种治疗痉挛性偏瘫的疗法,本研究通过将温针结合抗痉挛支具以及常规康复训练疗法进行比较,为选择治疗痉挛性偏瘫患者的疗法提供指导,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 7 月至 2017 年 6 月于我院接受治疗的 100 例痉挛性偏瘫患者为研究对象,患者符合肝阳暴张、痰浊内阻、气虚血瘀、元气暴脱等中医证型。按照随机数表平均分成 2 组,其中 50 例应用温针结合抗痉挛支具联合治疗痉挛性偏瘫的患者为观察组,其余 50 例应用常规康复训练治疗的患者为对照组。其中观察组男 27 例,女 23 例,平均年龄 (42.47 ± 8.92) 岁,平均病程 (6.29 ± 2.41) 个月;对照组男 29 例,女 21 例,平均年龄 (46.20 ± 7.12) 岁,平均病程 (5.83 ± 3.04) 个月。

1.2 诊断标准 日常生活能力评分(BI)大于等于 25 分,改良 Ashworth 分级 I 级以上的患者为痉挛性偏瘫。

1.3 纳入标准^[8] 患者年龄在 18~60 岁之间;患者属于脑卒中恢复期痉挛性偏瘫;患者及其家属对本次治疗知情并签署知情同意书。

1.4 排除标准 有严重认知障碍、精神性疾病;有严重高血压、心脏病、糖尿病;非药物控制疼痛病史的患者。

1.5 脱落与剔除标准 因转院等原因退出研究;治疗过程中意外死亡;步行过程中意外跌倒致重伤。

1.6 治疗方法 对照组患者应用常规康复训练疗法治疗痉挛性偏瘫,即每 2 天接受 1 次常规康复运动训练、常规护理等。观察组患者应用温针结合抗痉挛支具联合治疗,由主管医师以及责任护士负责根据病情评估结果,辨证选取拮抗肌部位腧穴,每 2 天针刺治疗 1 次,温针治疗后结合常规康复训练,常规康复训练在温针治疗 30 min 后进行,在常规治疗时间内依据不同训练内容,给予抗痉挛支具控制相关痉挛肌防止其痉挛,且在自行训练时、休息时根据治疗师的训练要求继续佩戴抗痉挛支具,以保持持续牵伸的效果。

1.7 观察指标 治疗前后的日常生活能力评价、患者具体动作顺畅程度评价以及 H 反射的测定成绩

1.8 疗效判定标准 在治疗前、治疗后 2 周、4 周、2 个月、3 个月时分别评价日常生活能力(BI)评分(总分为 100 分,共 10 个小项)、Berg 平衡量表评分(共

14 个小项,共 56 分,每项总分 4 分;根据患者具体动作顺畅程度评分,动作越顺畅,分数越高)、最大步行速度(MWS)评分(患者在规定的 10 m 距离用最大速度行走,并记录行走时的速度)、步行功能(Hold-en)评分(具体分为 0 级:不能行走;I 级:需大量协助才能行走;II 级:需少量帮助;III 级:需监护以及言语协助;IV 级:平地上能独立行走;V 级:完全独立行走)。H 反射测定:使用肌电图仪对患者进行测量,输出持续 0.2 ms,刺激频率为 2 Hz。测量时保持电极固定,防止压迫性移动距离产生的误差,测量前与患者详细说明测量过程以及方法,以求得患者充分配合,从而最大程度降低测量误差。H 反射潜伏期为 30~40 ms。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 16.0 统计软件对研究中得到数据进行统计学分析。2 组计量结果比较采用 t 检验,计数资料比较用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者日常生活能力比较 研究发现,2 组患者治疗前生活日常能力(BI)评分差异无统计学意义($P > 0.05$),接受治疗后 2 组患者评分均有所上升,其中观察组患者评分上升明显,且上升幅度较对照组大,治疗后 3 个月的评分观察组比对照组高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 患者 Berg 平衡量表及最大运动速度比较 2 组患者接受治疗前 Berg 平衡评分以及最大步行速度差异无统计学意义($P > 0.05$),观察组患者在接受温针结合抗痉挛支具治疗后 Berg 平衡评分上升明显,最大步行速度也有显著提高,观察组较对照组有显著疗效,治疗后比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 患者步行功能例数比重 观察组与对照组患者治疗前步行功能差异无统计学意义($P > 0.05$),但接受治疗后,观察组患者步行功能明显好转,患者从 II 级、III 级评分转为 IV 级 V 级,对照组患者情况好转,但仍有大部分患者步行功能未好转,2 组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 2 组患者日常生活能力(BI)评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	治疗前	治疗后			
		2 周	4 周	2 个月	3 个月
观察组($n=50$)	27.23 $\pm$ 4.63	38.87 $\pm$ 10.06	50.12 $\pm$ 13.02	63.08 $\pm$ 10.88	89.04 $\pm$ 13.80
对照组($n=50$)	28.02 $\pm$ 4.90	30.12 $\pm$ 11.02	45.01 $\pm$ 8.92	52.05 $\pm$ 11.21	68.20 $\pm$ 12.78
t	1.878	2.089	2.013	2.132	2.236
P	0.052	0.045	0.047	0.041	0.037

表 2 2 组患者 Berg 平衡量表及最大运动速度比较($\bar{x} \pm s$)

组别	Berg 平衡评分(分)	最大步行速度(m/s)
观察组(<i>n</i> = 50)		
治疗前	26.76 ± 12.22	0.53 ± 0.13
治疗后	51.32 ± 5.10 * [△]	1.12 ± 0.34 * [△]
对照组(<i>n</i> = 50)		
治疗前	27.13 ± 12.07	0.52 ± 0.21
治疗后	42.01 ± 5.37 *	0.63 ± 0.24 *

注:与同组治疗前比较,**P* < 0.05;与对照组治疗后比较,[△]*P* < 0.05

表 3 2 组患者治疗前后步行功能比较[例(%)]

组别	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
观察组(<i>n</i> = 50)					
治疗前	6(12.0)	9(18.0)	26(52.0)	8(16.0)	1(2.0)
治疗后	0(0.0) *	2(4.0) * [△]	7(14.0) * [△]	18(36.0) * [△]	23(46.0) * [△]
对照组(<i>n</i> = 50)					
治疗前	7(14.0)	10(20.0)	25(50.0)	8(16.0)	0(0.0)
治疗后	1(2.0) *	7(14.0) *	24(48.0) *	13(26.0) *	5(10.0) *

注:与同组治疗前比较,**P* < 0.05;与对照组治疗后比较,[△]*P* < 0.05

2.4 患者 H 反射情况比较 对照组患者 H 反射亢进,潜伏期从(39.28 ± 11.02) ms 缩短至(32.28 ± 10.23) ms,肌电图波峰增高,说明上运动神经元病变,而观察组患者 H 反射潜伏期从(38.75 ± 10.24) ms 缩短至(37.90 ± 11.27) ms,肌电图波峰没有增高现象。

3 讨论

痉挛性偏瘫具有发病率、致残率高,治疗周期长、康复效果短期内不显著等特点,正因如此,国外多项^[9-10]研究正在寻求一种能够有效降低痉挛性偏瘫发病率、致残率的有效疗法。温针是中医中结合了针刺艾灸优点的治疗技术,通过对患者使用温针技术,对患者痉挛性偏瘫的脉络、血管等部位活血化瘀,提高患者活动的能力,从而恢复患者的运动功能,使患者投入正常生活。抗痉挛支具^[11]则是在痉挛患者治疗过程中使用的防止痉挛患者产生过于剧烈痉挛反应,协助患者治疗痉挛疾病的辅助用具。本研究针对温针及抗痉挛支具的优点,将于本院接受治疗的 100 例患者进行分组治疗,探讨温针结合抗痉挛支具治疗痉挛性偏瘫的实际疗效。

本研究观察组接受温针结合抗痉挛支具治疗,而对照组接受常规康复训练治疗,分析研究 2 组患者实际疗效,治疗前以及治疗过程中对患者的日常生活能力(BI)、Berg 平衡量表、最大步行速度(MWS)、步行功能(Holden)进行评分。日常生活能力(BI)是对患者日常生活各项能力进行评分,是对患者接受治疗各项功能恢复程度的评定方法之一^[12-13]。由于该评价指标是对患者日常生活的综

合评价,着重在短期内连续的数据进行比较。而 Berg 着重对患者经过长期治疗后的肢体顺畅程度进行评价,若对短期内的患者平衡能力比较差异、变化太小,不适合进行比较。治疗前 2 组患者差异无统计学意义,接受治疗后,观察组患者以及对对照组评分不断上升,说明常规康复训练治疗以及温针结合抗痉挛支具治疗均对患者有治疗效果,但是观察组患者评分明显高于对照组,治疗 3 个月后观察组评分说明患者基本恢复正常生活能力,结果与国内外数据比较基本一致。Berg 平衡量表是综合评价患者动作顺畅程度的标准量表,通过对患者 14 个小项的考察,能够对患者的动作顺畅程度作出客观的评价。研究发现,观察组患者在 Berg 平衡量表评价中评分较高,而且观察组患者在接受最大步行速度测量的时候提升较大,而对照组提升较小^[14]。恢复期的痉挛性偏瘫患者以本虚为主,即肝肾不足,气血衰少,并且兼有风痰阻络、气虚血瘀等特征,温针治疗主要调整阴阳,使阴阳互济,气血充足,筋脉得以濡养,因此患者步行等恢复较快,效果更为显著。此外,本次研究对患者步行功能进行评定,对患者的步行能力分为 5 个级别。接受治疗前 2 组患者多数处于 II 级或者 III 级,即步行较为困难且步行需要一定协助的患者;而接受了温针结合抗痉挛支具治疗的观察组患者步行能力提升迅速,并且基本达到 IV 级或者 V 级水平,即基本具备步行能力且不需要太大辅助。而对照组患者仍有一部分患者步行能力提升困难,说明温针结合抗痉挛支具疗法较常规康复训练治疗疗效更为显著。本次研究有较为突出的创新性,如在训练中巧妙应用支具从而提高患者训练依从性,提高训练效果,减轻治疗师的工作负担等。国外一部分的研究^[15-16]表明抗痉挛支具治疗痉挛性偏瘫疗效显著,并且在康复训练中能够增加患者的训练信心和热情。

综上所述,温针结合抗痉挛支具治疗痉挛性偏瘫比常规康复训练疗法疗效更为显著,适合临床推广。

参考文献

[1] 黄劲柏,陈庆,王峥,等. 温针结合易化技术治疗偏瘫后肢体痉挛临床疗效观察[J]. 中国中医急症,2013,22(1):42-44.
[2] 王景刚,吕智海,范艳萍,等. 肌内效贴治疗痉挛型偏瘫患者拇指内收的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志,2016,38(1):65-67.
[3] 王月,张鹏琳. 中药熏蒸联合强制性运动疗法治疗痉挛性偏瘫的效果观察[J]. 中国医药,2016,11(11):1637-1640.

- 脂水平的相关性分析[J]. 当代医学, 2014, 20(4): 53-53, 54.
- [2] 熊静芳, 傅国胜, 任宏宇, 等. 阿托伐他汀联合拜阿司匹林对缺血性脑卒中患者颈动脉斑块及卒中复发的影响[J]. 浙江中西医结合杂志, 2016, 26(4): 311-313, 321.
- [3] 董亚贤, 尧慧燕, 石红婷, 等. 缺血性脑卒中患者颈动脉斑块稳定性的影响因素分析[J]. 中国动脉硬化杂志, 2015, 23(7): 717-721.
- [4] 李中, 周德生, 江元璋, 等. 针药结合治疗缺血性脑血管病临床研究述评[J]. 世界中医药, 2016, 11(9): 1922-1928.
- [5] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[J]. 中国临床医生, 2011, 39(3): 67-73.
- [6] 高颖, 马斌, 刘强, 等. 《缺血性中风证候要素诊断量表》临床验证[J]. 中医杂志, 2012, 53(1): 23-25.
- [7] Gupta A, Baradaran H, Schweitzer AD, et al. Carotid plaque MRI and stroke risk: a systematic review and meta-analysis[J]. Stroke, 2013, 44(11): 3071-3077.
- [8] 胡玉英, 刘泰, 胡跃强, 等. 中青年颈动脉粥样硬化斑块形成患者中医证型与血浆髓过氧化物酶、颈动脉斑块类型的关系[J]. 重庆医学, 2014, 43(1): 33-34, 38.
- [9] 李淑玲, 刘国安, 朱成朔. 益气活血汤联合西药治疗气滞血瘀型老年高血压 80 例临床观察[J]. 实用中医内科杂志, 2013, 27(4): 89-91.
- [10] 尹爱兵, 郝媯, 李筱媛. 针药并举联合西药治疗高血压颈动脉粥样硬化 80 例临床观察[J]. 中医杂志, 2015, 56(7): 590-593.
- [11] 郝媯, 尹爱兵, 丁元庆. 针刺人迎穴联合中药治疗高血压颈动脉粥样硬化的临床疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017, 15(5): 526-529.
- [12] 施丽俊, 徐荣, 曾虹玲. 针刺治疗颈动脉粥样硬化斑块的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2014, 12(5): 539-540, 541.
- [13] 钱李冕, 蒋丽丹. 脑蛋白水解物治疗缺血性脑血管病的临床疗效及对神经功能的影响[J]. 实用药物与临床, 2014, 17(9): 1123-1126.
- [14] 丁作鹏, 何年安, 赵志宏, 等. 彩色多普勒超声检查颈动脉 IMT 及斑块与缺血性脑卒中的相关性分析[J]. 安徽医药, 2013, 17(10): 1697-1699.
- [15] 岳蕴华, 白旭东, 张小宁, 等. 普罗布考联合阿托伐他汀对脑梗死患者血清 hs-CRP、ox-LDL、MMP-9 水平及颈动脉斑块的影响[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2014, 40(11): 641-645.
- [16] 郭双喜, 马安娜, 史莉瑾. 糖化血红蛋白水平与急性缺血性脑卒中患者神经功能缺损及预后的关系[J]. 山东医药, 2014, 54(8): 32-34.
- [17] 区腾飞, 潘速跃. 同型半胱氨酸表达水平对缺血性脑卒中神经功能缺损程度的影响[J]. 中国实验诊断学, 2014, 18(9): 1438-1439.
- [18] Dong JH, Lin XF, Jia-Wen YI. Changes and Clinical Significance of Hey in Patients with Acute Ischemic Stroke before and after Treatment[J]. Medical Innovation of China, 2017, 30(2): 86-87.
- [19] 颜丙玉, 张丽, 吕静静, 等. 2014 年山东省戊型肝炎血清流行病学研究[J]. 中华预防医学杂志, 2017, 51(7): 587-592, 609.
- [20] 马文娟, 杨佳, 赵世刚. 普罗布考联合阿托伐他汀对脑梗死患者血清 hs-CRP ox-LDL MMP-9 水平及颈动脉斑块的影响[J]. 河北医学, 2017, 23(4): 620-623.

(2017-08-31 收稿 责任编辑: 王明)

(上接第 2766 页)

- [4] 张颖, 高宁沁, 李擎, 等. 芍药甘草汤联合运动训练治疗脑卒中偏瘫肘关节屈曲痉挛的临床分层研究[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2015, 37(2): 107-111.
- [5] 陈钊德, 龙耀斌, 梁天佳, 等. 局部振动对脑卒中后偏瘫患者上肢痉挛和功能障碍的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2015, 37(8): 600-601.
- [6] 陈健安, 郑禹, 余康潮, 等. 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[J]. 中国康复医学杂志, 2015, 30(7): 715-717.
- [7] 李哲, 王国胜, 郭钢花, 等. 全身振动疗法治疗偏瘫患者踝关节屈伸痉挛的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2014, 29(5): 451-454.
- [8] 王朴, 张世莲, 田小雨, 等. 抗痉挛三角架治疗偏瘫患者痉挛上肢功能的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2013, 35(8): 648-649.
- [9] Feng J, Pierce R, Do KP, et al. Motion of the center of mass in children with spastic hemiplegia: balance, energy transfer, and work performed by the affected leg vs. the unaffected leg[J]. Gait Posture, 2014, 39(1): 570-576.
- [10] Ng SS, Hui-Chan CW. Ankle dorsiflexor, not plantarflexor strength, predicts the functional mobility of people with spastic hemiplegia[J]. J Rehabil Med, 2013, 45(6): 541-545.
- [11] 房显辉, 周鹏, 周蔚华, 等. 温针治疗中风后痉挛性偏瘫的疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2011, 27(4): 50-51.
- [12] 汤治中, 徐应乐, 易进科, 等. 不同方案治疗脑卒中痉挛性偏瘫的临床对比研究[J]. 中国医药导报, 2012, 09(18): 75-76.
- [13] 王英. 温针治疗中风后痉挛性偏瘫 30 例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志, 2016, 37(8): 70-71.
- [14] Feng J, Pierce R, Do KP, et al. Motion of the center of mass in children with spastic hemiplegia: balance, energy transfer, and work performed by the affected leg vs. the unaffected leg[J]. Gait Posture, 2014, 39(1): 570-576.
- [15] Namdari S, Horneff JG, Baldwin K, et al. Muscle releases to improve passive motion and relieve pain in patients with spastic hemiplegia and elbow flexion contractures[J]. J Shoulder Elbow Surg, 2012, 21(10): 1357-1362.
- [16] Ng SS, Hui-Chan CW. Ankle dorsiflexor, not plantarflexor strength, predicts the functional mobility of people with spastic hemiplegia[J]. J Rehabil Med, 2013, 45(6): 541-545.

(2017-04-07 收稿 责任编辑: 杨觉雄)