

温和灸经筋结点治疗老年中风后上肢痉挛性瘫痪的临床疗效观察¹

盛国滨¹ 赵淑芳 李海燕

(黑龙江中医药大学 黑龙江 哈尔滨 150040)

摘要: 目的: 观察温和灸经筋结点治疗老年中风后上肢痉挛性瘫痪的临床疗效。方法: 对照组采用电针上肢伸肌侧经筋结点, 观察组在对照组基础上行温和灸屈肌侧经筋结点, 于治疗前后观察两组患者的 MAS 量表、FMA 量表、MBI 量表评分。结果: 两组患者 MAS 分级、FMA (上肢) 积分、MBI 评分均优于治疗前 ($P < 0.05$, $P < 0.01$); 2 个疗程后观察组 MAS 分级、FMA (上肢) 评分、MBI 评分改善程度均优于对照组 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。结论: 两组治疗方法均能有效的改善老年中风后患者的上肢痉挛性瘫痪, 针灸联合作用优于单纯针刺作用。

关键词: 中风; 上肢痉挛性瘫; 老年; 温和灸; 经筋结点

中风后痉挛性瘫痪是中风后的常见后遗症, 也是老年人发生残疾的主要表现形式^[1], 给患者、主要照顾者及家庭造成极大的精神和经济负担^[2]。本研究旨在观察电针结合温和灸阴经、阳经经筋结点治疗老年中风后上肢痉挛性瘫的临床疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

病例选取黑龙江中医药大学附属第二医院针灸一科符合纳入标准的 40 例患者, 按随机数字表法分为观察组 20 例, 对照组 20 例。两组治疗前基线比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有比较性。见表 1。

表 1. 一般情况比较

组别	例数	性别 (例)		年龄 (岁)			病程 (d)		
		男	女	最大	最小	平均 ($\bar{x} \pm s$)	最大	最小	平均 ($\bar{x} \pm s$)
观察组	20	12	8	75	60	67.35 \pm 3.92	65	20	42.15 \pm 13.87
对照组	20	11	9	78	60	66.90 \pm 5.27	60	23	38.35 \pm 12.31

1.2 诊断标准

(1) 西医诊断标准: 参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》中的诊断标准。

(2) 中医诊断标准: 参照《中风病诊断和疗效评定标准》(试行)中关于中风病的诊断标准。

1.3 纳入标准

①符合以上诊断标准, 年龄 60-80 岁; ②病程 14-180 日; ③改良 Ashworth 量表 (MAS), 患侧上肢肌张力分级 I-III 级; ④意识清楚能配合治疗; ⑤短期内未使用过与本研究目的相冲突的药物; ⑥签署知情同意书。

1.4 排除标准

①不全符合以上诊断及纳入标准; ②除中风外导致的其他肢体肌张力增高, 或伴有严重影响肢体功能的疾病 (如骨折); ③严重的出血倾向, 或合并心、肝、肾等脏器功能衰竭; ④伴精神障碍或严重抑郁症不能配合治疗; ⑤晕针, 晕灸, 无法接受电针治疗。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 常规治疗

两组均参照《中国脑血管病诊治指南与共识 (2016 版)》给予神经内科常规诊疗处理及对症支持治疗。

2.1.2 对照组

选取患侧上肢手三阳经经筋循行处的结点, 即肩髃结点、肘髃结点、腕髃伸指结点、拇指展结点、指伸展结点。选用 0.35*40mm 华佗针, 常规消毒针刺, 连接电针治疗, 使用疏波 (2Hz), 正极连接肢体近端, 负极连接肢体远端, 电流强度以患者耐受为度, 时间为每次 30min, 每日 2 次, 每周 6 天, 2 周为 1 疗程, 共 2 个疗程。

2.1.3 观察组

在对照组治疗基础上, 结合温和灸屈肌侧经筋结点^[3], 选取患侧上肢手三阴经经筋循行处结点。手太阴经经筋 1 结点(肱骨外上髁下 1 寸), 手少阴经经筋 1 结点(肱骨内上髁下 1 寸), 手少阴经经筋 2 结点(腕掌侧横纹尺侧上 1.5 寸), 手厥阴经经筋 1 结点(腋横纹下 1 寸)。百笑灸于施术部位常规消毒固定, 各屈肌经筋结点灸 2 壮, 局部有明显的温热感为佳, 每次针刺结束 15min 后进行, 每日 2 次, 每周 6 天, 2 周为 1 疗程, 共 2 个疗程。

2.2 疗效观察

2.2.1 观察指标

(1) 改良 Ashworth 量表 (MAS)。

(2) 简化 Fugl-Meyer 运动功能量表 (FMA) (上肢部分)。

(3) 改良的 Barthel 指数 (MBI) 评分法。

2.2.3 统计学方法

采用 SPSS.22.0 版统计软件进行原始数据分析。

(1) Ashworth 量表 (MAS) 痉挛分级比较, 见表 2。

3 结果

表 2. 两组患者治疗前后 MAS 分级比较 (例)

组别	例数		0 级	I 级	I + 级	II 级	III 级	IV 级
观察组	20	治疗前	0	2	8	8	2	0
		治疗后	7	7	3	2	1	0
对照组	20	治疗前	0	4	7	7	2	0
		治疗后	4	5	6	4	1	0

注: 与同组治疗前比较, $P < 0.05$, 与组间比较, $P < 0.05$

(2) 简化 Fugl-Meyer 运动功能量表 (FMA) (上肢部分) 比较, 见表 3。

表 3. 两组患者治疗前后 FMA (上肢部分) 积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	20	20.81 ± 4.56	32.10 ± 5.38 ¹⁾²⁾
观察组	20	21.65 ± 5.54	40.40 ± 5.26 ¹⁾

注: ¹⁾ 与同组治疗前比较, $P < 0.01$, ²⁾ 与组间比较, $P < 0.01$

(3) 改良的 Barthel 指数 (MBI) 积分比较, 见表 4。

表 4. 两组患者治疗前后 MBI 积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	20	44.30 ± 14.77	71.05 ± 12.88 ¹⁾²⁾
对照组	20	41.40 ± 13.64	60.00 ± 10.87 ¹⁾

注: ¹⁾ 与同组治疗前比较, $P < 0.01$, ²⁾ 与组间比较, $P < 0.05$

4 讨论

年龄可作为评价脑卒中发病及预后的独立危险因素, 据统计, 40 岁以上人群, 以 5 年为一个时间段, 每增长 5 年, 卒中患病风险增加 1 倍^[4]。老年人身体机能下降, 组织修复能力渐退, “正气存内, 邪不可干”, 而老年人正气相对较弱, 易受邪气干扰。故针对老年人卒中后遗症的功能恢复研究至关重要。

中风后肢体痉挛性瘫在中医文献主要见于偏枯、半身不遂、拘挛、筋痹、筋挛、转筋等证。现代医学认为卒中后痉挛性瘫痪, 是高级中枢下行控制功能丧失, 脊髓原始功能无抑制释放, α 运动神经元放电频率增加, 引起过度的牵张反射而导致的肌张力增高, 腱反射活跃或亢进等表现^{[5][6]}。因此重塑高级中枢抑制功能, 降低痉挛, 平衡张力是患者功能康复的关键。

艾灸体柔而用刚, 温热而不燥, 理气血, 通经络, 治百病, 具有温经散寒, 消痰通络, 柔筋缓痉的功效。作用于手三阴经经筋结点, 入三阴, 消阴翳, 通经络, 理气血, 缓阴急, 改善肌肉痉挛, 实现“柔则养筋”^[6]。现代研究中, 艾灸作用于手三阴经经筋结点, 即屈肌肌腱结合处, 以柔和的温热刺激、光热辐射作用于肌腹肌腱移行处, 激活持续收缩的痉挛肌腱器官, 启动反牵张反射, 引起肌肉舒张。扩张局部血管, 增加肌腱局部的血液供应, 缓解因持续收缩导致的应力过大^[7]。针灸联合应用, 针刺“阳缓”, 增加伸肌张力, 艾灸“阴急”, 缓解屈肌痉挛, 实现两者张力的平衡。

参考文献:

- [1] 王陇德, 刘建民, 杨弋, 彭斌, 王伊龙. 我国脑卒中防治仍面临巨大挑战——《中国脑卒中防治报告 2018》概要[J]. 中国循环杂志, 2019, 34(02): 105-119.
- [2] 李静, 余茜. 成都市社区脑卒中后遗症期患者跌倒情况调查及相关因素分析[J]. 中国康复医学杂志, 2020, 35(01): 69-72.
- [3] 任倜. 恢刺经筋结点治疗中风后上肢痉挛性瘫痪的临床疗效观察[D]. 黑龙江中医药大学, 2017.
- [4] 甘勇, 杨婷婷, 刘建新, 胡赛, 乔岩, 王超, 杨宇迪, 常园园, 卢祖洵. 国内外脑卒中流行趋势及影响因素研究进展[J]. 中国预防医学杂志, 2019, 20(02): 139-144.
- [5] 李国彰. 神经生理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007.4.
- [6] 霍新慧. 艾灸结合康复训练对脑卒中偏瘫痉挛状态的临床研究[D]. 北京中医药大学, 2014.
- [7] 赵健. 雀啄灸经筋结点治疗中风后痉挛性偏瘫的疗效观察[D]. 广州: 广州中医药大学, 2014.