

针灸结合康复训练治疗中风后痉挛性瘫痪的临床分析

谷安华

张家界市人民医院 湖南张家界 427000

[摘要] 目的 探讨针灸结合康复训练治疗中风后痉挛性瘫痪的临床实施方法及效果。**方法** 选取 2014 年 3 月—2017 年 5 月期间在医院进行中风后痉挛性瘫痪疾病治疗的患者病例共 120 例, 将其作为本次临床研究的主要观察对象, 并按照随机性原则, 将其平均划分为二组, 即对照组、治疗组, 每组患者各 60 例。对照组患者实施康复训练治疗, 治疗组在对照组基础上实施针灸治疗, 对二组患者临床治疗有效率进行比较、分析。**结果** 对照组、治疗组疾病治疗总有效率分别为 68.33% 和 90.00%, 两组结果比较差异明显, 具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 针灸结合康复训练治疗中风后痉挛性瘫痪临床效果明显, 患者各项身体机能得到显著改善, 临床应用价值及效用突出。

[关键词] 针灸治疗; 中风后痉挛性瘫痪; 临床; 实施效果; 分析

[中图分类号] R246.6

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2018) 03-137-01

中风为脑血管疾病, 其肢体瘫痪在发生和发展过程中, 几乎都会出现瘫痪肢体肌张力增高或痉挛。现代康复医学观点对痉挛性瘫痪肢体能否针灸一直有争议。近年来, 笔者采用针灸治疗中风后痉挛性瘫痪 60 例, 取得了较好疗效, 现报告如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

选取 2014 年 3 月—2017 年 5 月期间在医院进行中风后痉挛性瘫痪疾病治疗的患者病例共 120 例, 其中男 56 例, 女 64 例, 年龄 40—76 岁, 平均年龄 (66.23 ± 10.5) 岁, 病程 13d—11 个月, 平均病程 (5.2 ± 0.8) 个月。将 120 例患者作为本次临床研究的主要观察对象, 并按照随机性原则, 将其平均划分为二组, 即对照组、治疗组各 60 例。二组患者性别、年龄、病程等对本次实验结果不产生影响, 一般资料比较差异不明显, 不具有统计学意义 ($P > 0.05$)。

纳入标准: 1. 所有脑卒中病例符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议的诊断标准^[1], 经头部 CT 或 / 和头部 MRI 证实; 2. 选用改良 Ashworth 法评定, 瘫痪肢体痉挛于 1 级及 1 级以上; 3. 神志清楚, 病情相对稳定; 4. 排除颅内损伤等其他疾患所致致痉挛性瘫痪。

1.2 方法

两组患者均给予西医综合治疗, 予以药物脱水肿, 控制血压, 营养神经, 改善脑循环等治疗。病情稳定后开始针灸等康复治疗。

对照组: 采用现代康复治疗行康复训练, 根据 Rood 技术, PNF 技术, Bobath 理论, Brunnstrom 理论及运动再学习理论, 实施床上正确体位摆放抗痉挛, 运用兴奋性易化技术提高拮抗肌肌力, 桥式训练, 翻身训练, 仰卧位至坐位转换训练, 坐位平衡训练, 站起和坐下训练, 上肢够物和操作训练, 站立平衡训练和重心转移训练, 负重训练, 步态平衡训练, ADL 训练。每次 40 分钟, 每周 5 次, 共治疗 8 周。

治疗组: 在对照组基础上实施针灸治疗。取穴: 头部上星、百会; 上肢主要屈肌痉挛为主, 取穴患侧合谷、外关、内关、曲池、手三里, 肩髃; 如下肢伸肌痉挛: 取穴足三里、阳陵泉、风市、三阴交、太冲, 如下肢屈肌痉挛: 取穴: 三阴交、血海、梁丘、扶突、环跳。方法: 穴区常规消毒, 选用直径 0.40mm 的一次性毫针刺入穴位适当深度, 并施以捻转提插手法 30 秒钟, 并产生针感, 同时曲池与肩髃, 足三里与三阴交或扶突与血海加电针, 采用 G6805-2 型电针治疗仪, 连续波, 强度以患者可耐受为度, 留针 30 分钟, 结束取针时行针 1 次。每日 1 次, 每周 5 次, 共治疗 8 周。

1.3 疗效判定

根据患者的实际情况, 将治疗效果分为显效、有效、无效三个等级。显效: 患者的临床症状大部分消失, 但仍存在一定不适感; 有效: 患者临床症状一部分消失, 存在较多不适感; 无效: 患者症状没有得到任何改善, 甚至出现加重情况。

1.4 统计学方法

采用统计学软件 SPSS12.0 进行文本数据分析与处理, 两样本率比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$, 表明差异有统计学意义。

2 结果

由表 1 可知, 对照组治疗有效率显著低于治疗组患者, $P < 0.05$, 具有统计学意义。

表 1: 两组患者治疗效果比较

组别	例数	显效	有效	无效	有效率 (%)
对照组	60	24	17	19	68.33
治疗组	60	30	24	6	90.00*

注: * 与对照组比较, $P < 0.05$

3 讨论

中风又称脑血管意外, 当脑血管病变损害到皮质、基底节、脑干部及其下行运动径路的任何部位, 均可出现瘫痪肢体的肌张力增高或痉挛。现代医学认为痉挛是由于锥体束的损害, 使脊髓的中枢反射机构从抑制状态解放出来, 产生肌张力的亢进状态, 是一种位相性牵张反射, 动态 r 运动神经的活动性增高的一种状态^[2]。肌痉挛影响患者正常运动模式的产生, 阻碍分离运动的出现, 导致临床上足内翻、膝过伸、上肢屈曲状态等异常步态, 降低了步行能力。现代康复医学运用正确体位摆放抗痉挛, 施以兴奋性易化技术, 床上桥式运动、坐站平衡训练, 输入正确的运动模式, 促进正确运动模式生成, 抑制异常运动姿势, 从而改善肌痉挛及运动能力。中医方面采用按痉挛部位选穴原则, 多针刺痉挛肌的拮抗肌, 提高拮抗肌的兴奋性, 促进拮抗肌的肌力, 根据交互抑制理论, 降低了肌张力, 并促进正确运动模式的形成。另外, 临床上发现针刺足三里、阳陵泉、太冲等穴位有诱发瘫痪下肢屈曲反射及屈曲运动的出现, 有明显改善伸肌痉挛效果。本临床观察结果表明针灸结合康复训练治疗中风后痉挛性瘫痪效果明显优于对照组, 且安全, 副作用少。

[参考文献]

- [1] 南登崑黄晓琳. 实用康复医学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 732
- [2] 方定华, 陈小梅, 李漪. 脑血管病临床与康复 [M]. 上海: 上海科学技术文献出版社, 2001: 74-75