

· 临床研究 ·

中药熏洗配合推拿治疗脑卒中后足内翻的疗效观察

万裕萍 杜念念

【摘要】目的 观察中药熏洗配合推拿治疗脑卒中后足内翻的临床疗效。**方法** 采用随机数字表法将 50 例脑卒中患者分为对照组和治疗组, 每组 25 例。2 组患者均给予常规康复训练, 治疗组在此基础上辅以中药熏洗和推拿治疗, 所有治疗均持续 4 周。治疗前及治疗 4 周后(治疗后), 采用改良 Ashworth 量表(MAS)、Clonus 分级法、Fugl-Meyer 量表(FMA)及 Barthel 指数(BI)对 2 组患者小腿三头肌的痉挛程度、踝阵挛评分、下肢运动功能及日常生活活动(ADL)能力进行评定。**结果** 治疗前, 2 组患者 MAS、Clonus、FMA 及 BI 评分之间比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 治疗组患者 MAS[(1.68 ± 0.59)分]、Clonus 评分[(1.05 ± 0.49)分]较组内治疗前降低($P < 0.05$), FMA[(30.24 ± 1.86)分]、BI 评分[(64.41 ± 6.02)分]较组内治疗前增高($P < 0.05$); 对照组患者 MAS[(2.98 ± 1.13)分]、Clonus 评分[(2.48 ± 0.53)分]较组内治疗前降低($P < 0.05$), FMA[(26.89 ± 2.12)分]、BI 评分[(50.12 ± 4.84)分]较组内治疗前增高($P < 0.05$)。与治疗组治疗后比较, 对照组 MAS、Clonus 评分较高($P < 0.05$), FMA、BI 评分较低($P < 0.05$)。**结论** 在常规康复训练基础上辅以中药熏洗及推拿治疗, 可显著减轻脑卒中患者的足内翻状态, 改善其运动功能及 ADL 能力。

【关键词】 中药熏洗; 推拿; 脑卒中; 足内翻

肌张力增高是脑卒中患者常见的并发症之一, 其在很大程度上阻碍了肢体功能的恢复, 严重影响患者的日常生活自理能力, 其中足内翻是下肢肌张力增高最为典型的临床表现之一。有效抑制痉挛、诱发部分分离运动是提高脑卒中后足内翻患者康复疗效的关键所在。痉挛的治疗方法具有阶梯式的特点, 即首先采用保守治疗, 待病情趋于稳定后, 再逐渐过渡至侵入式治疗^[1]。目前, 治疗痉挛的方法有口服药物、肉毒毒素注射、手术治疗等。本研究在常规康复训练的基础上增加传统中药熏洗联合推拿治疗, 旨在探讨这一方法对脑卒中后足内翻患者的影响, 取得了满意疗效, 现报道如下。

对象与方法

一、一般资料

选取 2012 年至 2013 年在我院针灸康复科住院的脑卒中合并足内翻患者 50 例。入选标准: ①符合全国第四次脑血管病学术会议制订的脑卒中诊断标准^[2]; ②首次发病, 病程 1~2 个月; ③偏瘫侧有明显的足内翻; ④生命体征稳定, 积极配合治疗, 并签署治疗知情同意书。排除标准: ①合并严重的肝、肾、血液病及内分泌系统原发病; ②精神失常或认知功能低下; ③既往有严重的踝关节疾病; ④因各种原因未完成本研究或观察记录不完整者。按照随机数字表法将符合入选标准的患者分为对照组和治疗组, 每组 25 例。2 组患者年龄、性别、病程、病变性质、偏瘫侧别等一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性, 详见表 1。

二、治疗方法

2 组患者均采用常规康复训练, 治疗组在此基础上辅以中药熏洗及推拿治疗。常规康复训练包括体位摆放、被动伸展及关节活动度训练等。

表 1 2 组患者一般资料比较

组别	例数	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	性别(例)		病程 (月, $\bar{x} \pm s$)
			男	女	
治疗组	25	62.08 ± 9.56	14	11	1.03 ± 0.78
对照组	25	66.13 ± 7.83	13	12	1.23 ± 0.43

组别	例数	病变性质(例)		偏瘫侧别(例)	
		脑出血	脑梗死	左	右
治疗组	25	10	15	9	16
对照组	25	8	17	10	15

1. 中药熏洗治疗: 采用杭州产 LXZ-200B 型熏蒸床进行治疗。患者取卧位, 治疗师协助患者将患肢置于熏蒸床上。中药熏蒸方: 伸筋草 30 g, 透骨草 30 g, 桑枝 20 g, 鸡血藤 30 g, 赤芍 15 g, 红花 15 g, 川芎 15 g, 丹参 20 g, 牛膝 30 g, 当归 15 g, 全虫 15 g, 地龙 20 g。调配药液后, 将其倒入仪器中, 温度调控在 37~39 ℃, 每次治疗 30 min, 每日 1 次, 7 d 为 1 个疗程, 连续治疗 4 个疗程。

2. 推拿治疗: 先采用拿捏及滚法疏通踝关节附近的经筋, 约 2 min, 然后用拇指按揉法作用于解溪穴、太溪穴、昆仑穴, 每处穴位 2 min, 每日 1 次, 7 d 为 1 个疗程, 连续治疗 4 个疗程。

三、临床疗效评定

治疗前及治疗 4 周后(治疗后), 采用改良 Ashworth 量表(modified Ashworth scale, MAS)、Clonus 分级法、Fugl-Meyer 量表(Fugl-Meyer assessment, FMA)及 Barthel 指数(Barthel index, BI)对 2 组患者小腿三头肌的痉挛程度、踝阵挛评分、下肢运动功能及日常生活活动(activities of daily living, ADL)能力进行评定。

1. 患肢痉挛程度评定: 采用 MAS 量表和 Clonus 分级法对 2 组患者患肢的足内翻程度进行评定。①参照 MAS 评定法, 将小腿三头肌的肌张力分为 0、I、I⁺、II、III、IV 级, 分别计为 0、1、2、3、4、5 分^[3]; ②根据 Clonus 分级法, 将踝阵挛分为 0、1、2、3、4 级, 分别评定为 0、1、2、3、4 分, 0 级——无踝阵挛; 1 级——踝阵

挛持续 1~4 s;2 级——踝阵挛持续 5~9 s;3 级——踝阵挛持续 10~14 s;4 级——踝阵挛持续时间 ≥ 15 s^[4]。

2. 下肢运动功能评定:采用 FMA 量表进行评定,最高为 34 分,最低为 0 分,分数越高,表示运动功能越好。

3. ADL 能力评定:采用 BI 对患者的 ADL 能力进行评定,最高分为 100 分,最低分为 0 分,0~20 分表示极严重功能缺陷,25~45 分表示严重功能缺陷,50~70 分表示中度功能缺陷,75~95 分表示轻度功能缺陷,95~100 分表示生活可以完全自理^[5]。

四、统计学分析

本研究所得计量资料以($\bar{x} \pm s$)形式表示,采用 SPSS 16.0 版统计学软件包进行数据分析,计量资料采用 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

结 果

治疗前,2 组患者 MAS、Clonus、FMA 及 BI 评分之间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 4 周后(治疗后),2 组患者 MAS、Clonus 评分均较组内治疗前降低($P < 0.05$),FMA、BI 评分均较组内治疗前增高($P < 0.05$)。与治疗组治疗后比较,对照组 MAS、Clonus 评分较高($P < 0.05$),FMA、BI 评分较低($P < 0.05$),详见表 2。

表 2 2 组患者治疗前、治疗 4 周后(治疗后)MAS、Clonus、FMA 及 BI 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	MAS	Clonus	FMA	BI
治疗组					
治疗前	25	3.35 $\pm$ 0.72	3.04 $\pm$ 0.63	12.35 $\pm$ 2.02	25.31 $\pm$ 5.86
治疗后	25	1.68 $\pm$ 0.59 ^a	1.05 $\pm$ 0.49 ^a	30.24 $\pm$ 1.86 ^a	64.41 $\pm$ 6.02 ^a
对照组					
治疗前	25	4.01 $\pm$ 0.68	3.62 $\pm$ 0.71	12.83 $\pm$ 1.93	26.04 $\pm$ 4.98
治疗后	25	2.98 $\pm$ 1.13 ^{ab}	2.48 $\pm$ 0.53 ^{ab}	26.89 $\pm$ 2.12 ^{ab}	50.12 $\pm$ 4.84 ^{ab}

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$;与治疗组治疗后比较,^b $P < 0.05$

讨 论

足内翻多出现在脑卒中急性期后,此时患者的肌张力由低下逐渐转变为增高或痉挛,并出现联合反应和共同运动,严重妨碍患者的步行能力和日常生活活动。治疗痉挛的物理方法较多,如浅部冷疗和热疗、透热疗法、电刺激及按摩。本研究所采用的中药熏蒸疗法具有热疗和药物治疗的双重功效。中性温度(血液和深部组织的温度)被认为可降低 γ 运动神经元的兴奋性,从而作为一种局部抑制手段有效控制痉挛,整体受热(如热水沐浴)则会加重痉挛。动物实验表明,表浅热可通过抑制脊髓伤害性神经元的活动,提高痛阈、缓解痉挛,提示中性温热可降低交感神经的兴奋程度、促使肌肉放松^[6]。本研究对患肢局部进行中药熏蒸,温度控制在 37~39℃之间,一方面可通过蒸汽热刺激局部温度感受器,减缓纤维神经的传导速度,从

而降低肌梭的兴奋性,缓解肌肉痉挛,同时还可改善血液循环,带走堆积在局部的乳酸,减轻疼痛,消除疼痛-反射性肌紧张-疼痛加重的恶性循环,使骨骼肌的异常兴奋状态得以缓解,减轻疲劳;另一方面,祖国医学认为肢体痉挛的发病机理为“邪气恶血”入侵,导致“筋络拘挛”,选用中药熏洗可舒筋活络、减轻痉挛^[7]。本研究将蒸汽热疗与中药联合应用,发挥了良好的协同效应,使患者的肌肉痉挛得以明显缓解。

按摩也是缓解疼痛和痉挛的物理治疗手段之一,根据其作用深度,按摩可分为深部按摩和表面触摸两种形式。有研究报道,皮肤刺激可降低肌肉的肌紧张程度、提高交感神经的兴奋性,且深部按摩较表面触摸更能引发中枢性抑制^[6]。本研究选用拇指按揉法作为推拿手法,对患者的解溪穴、太溪穴、昆仑穴进行深部按摩,结果发现,患者的各项功能指标明显改善。中医理论认为痉挛应归属于十二经筋病候,由于十二经筋多聚集于关节和骨骼附近,所以推拿应在踝关节附近选穴。采取手法按摩对痉挛肌肉进行治疗,可起到促进静脉回流、降低肌张力、消除运动后疲劳的作用^[8]。经过推拿治疗后,患者的肌肉可较治疗前更加柔软、富有弹性,被动运动的阻力可明显减小,关节运动范围可基本恢复正常^[9]。

综上所述,在常规康复训练基础上辅以中药熏洗及推拿治疗,可显著减轻脑卒中患者的足内翻状态,改善其运动功能及 ADL 能力,治疗方法简便易行,具有良好的应用价值,值得临床应用、推广。

参 考 文 献

- [1] 张彩侠,高晶,赵斌,等.头针结合常规康复治疗对痉挛型脑瘫患儿肌张力及关节活动度的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2013,35(2):130-131.
- [2] 中华神经科学会.中华神经外科学会.各类脑血管疾病的诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [3] 郭铁成,卫小梅,陈小红.改良 Ashworth 量表用于痉挛评定的信度研究[J].中国康复医学杂志,2008,23(10):906-909.
- [4] 王玉龙.康复功能评定学[M].北京:人民卫生出版社,2010:106.
- [5] 郭铁成,黄晓琳,尤春景.康复医学临床指南[M].北京:科学出版社,2013:213.
- [6] 谢芹,王培生.痉挛的物理治疗[J].国外医学:物理医学与康复学分册,2003,23(2):83-86.
- [7] 袁记霞,常小维.温水中康复训练联合低频脉冲电刺激治疗痉挛型脑瘫患儿的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2013,35(11):896-897.
- [8] 原黎君.肌电生物反馈刺激对痉挛型脑瘫患儿下肢功能恢复的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2012,34(11):850-852.
- [9] 尹爱兵.止痉擦剂加手法推拿治疗中风后肌张力增高 31 例[J].中医外治杂志,2000,23(3):101-102.

(修回日期:2014-07-03)

(本文编辑:凌 琛)