

· 论 著 ·

康复训练、中药和针刺治疗脑卒中偏瘫的临床观察

伊春锦 黄德清

【摘要】目的 探讨康复训练、中药和针刺治疗脑卒中偏瘫的效果。**方法** 120 例脑卒中偏瘫患者,随机分为康复组和对照组,2 组各 60 例,前者采用康复训练、中药和针刺治疗,后者采用中药和针刺治疗。2 组患者治疗前及治疗 1 个月后采用 Brunnstrom 偏瘫运动功能恢复的 6 期标准进行评价。**结果** 康复组治疗前、治疗后相比,对照组治疗前、治疗后相比,运动功能均有显著提高。2 组治疗后相比,康复组有效率明显优于对照组, $P < 0.01$ 。**结论** 早期康复训练对脑卒中偏瘫患者的功能恢复具有重要意义。

【关键词】 脑卒中偏瘫; 康复训练; 中药; 针刺; 早期

Clinical observation of the therapeutic effect of rehabilitation training, Chinese medicine and acupuncture in stroke patients YI Chunjin*, HUANG Deqing. * Department of Traditional Chinese Medicine, Fujian Provincial Hospital, Fuzhou 350001, China

【Abstract】Objective To study the effect in apoplectic patients who were treated by rehabilitation training, Chinese medicine and acupuncture therapy. **Methods** One hundred and twenty stroke patients were divided randomly into a rehabilitation group ($n = 60$), in which patients were treated with rehabilitation training as well as Chinese medicine and acupuncture therapy; and a control group ($n = 60$), treated with Chinese medicine and acupuncture therapy only. Brunnstrom's 6 stages of recovery were used to evaluate the patients motor function before and after treatment. **Results** The motor function of these hemiplegic patients in both groups improved significantly after treatment. However, the effective rate of rehabilitation group was significantly superior to that of control group, $P < 0.01$. **Conclusion** This results suggests that early rehabilitation training is of great importance for promotion of functional recovery in stroke patients.

【Key words】 Apoplexia; Rehabilitation training; Chinese medicine; Acupuncture; Early

脑卒中偏瘫是中老年人的常见病、多发病,运动功能障碍常严重影响患者的生存质量,也给家庭和社会带来负担。目前,发达国家对脑卒中偏瘫主要采用康复训练进行治疗,而国内多应用中药、针刺、推拿等疗法。有关用康复训练、中药和针刺与中药和针刺治疗脑卒中偏瘫的临床疗效对比观察,国内报道较少。1997 年~2001 年,我们对 120 例脑卒中偏瘫患者进行了临床治疗观察,现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

120 例脑卒中偏瘫患者为门诊或住院患者,全部经临床和 CT 或 MRI 确诊。其中男 78 例,女 42 例;年龄 43~72 岁,平均 57 岁;脑出血 47 例,脑梗死 73 例;右侧偏瘫 68 例,左侧偏瘫 52 例;病程 13~62 d,平均 26 d;患者均接受神经科常规药物治疗及早期的良肢位摆放;随机分为康复组 60 例,对照组 60 例。

二、治疗方法

1、康复组:(1)康复训练:由经过康复医学专业学习的医师给予系统的康复训练。①早期床上保持良好肢位及体位变换,床上四肢关节被动和主动运动、按摩;②床上训练:包括腰背肌、腹肌和呼吸肌训练,伸髓练习(单侧桥式、双侧桥式);③坐起训练:先从半坐位(约 30~45°)开始,逐渐加大角度、延长时间和次数,然后从仰卧位到床边坐位,最后坐到椅子或轮椅上;④从坐位到起立训练:要求起立时患腿负重,体重平均分配;⑤站立及站立平衡训练:扶持站立,徒手站立;⑥步行训练:先扶持步行,然后到徒手步行;⑦上下台阶训练:开始要“健腿先上,病腿先下”,待安全可靠时再任其自然;⑧上肢及手功能训练:包括肩、肘、腕、掌指及指间关节各方向的活动;⑨作业治疗:包括进食、个人卫生、穿衣、持物、书写等日常生活动作训练;⑩心理治疗:脑卒中偏瘫患者除具有一般患者的心理变化外,还有因脑部受损而产生不同程度的心理和情感障碍,因此对患者进行心理治疗十分重要,使患者面对现实、正确对待病情及树立康复信心。康复训练每天 1 次,每次 60 min,并教给家属或陪伴人员,以帮助练习^[1]。

作者单位:350001 福州,福建省立医院中医科(伊春锦),康复医学科(黄德清)

(2) 中药纠瘫方(自拟): 黄芪 30 ~ 120 g, 川芎 10 ~ 15 g, 当归 10 ~ 15 g, 桃仁 15 g, 葛根 30 g, 川红花 12 g, 水蛭 10 ~ 30 g, 地龙干 15 ~ 30 g, 丹参 15 ~ 30 g, 胆星 9 g。每日 1 剂, 水煎 2 次, 分上、下午 2 次服, 30 d 为 1 个疗程。久瘫肢体肿胀疼痛者加防风 15 g, 木瓜 15 g, 灵仙 15 g, 桂枝 10 g。患肢冰凉者加熟附子 10 g, 桂枝 10 g。心烦失眠者加山栀 10 g, 酸枣仁 15 ~ 30 g。流涎者加苍术 10 g, 党参 15 g, 僵蚕 9 g。口眼歪斜者, 加僵蚕 6 ~ 12 g, 白附子 6 ~ 15 g, 全蝎 6 ~ 9 g。大便秘结者, 加麻仁 15 ~ 30 g, 杏仁 6 ~ 9 g, 生大黄 6 ~ 10 g^[2]。小便失禁者, 加熟地 15 g, 山萸肉 10 ~ 15 g, 五味子 6 ~ 10 g。语言不利者, 加石菖蒲 9 g, 远志 6 g。

(3) 针刺: 头针可取运动区、感觉区。体针: 弛缓型取肩髃、曲池、手三里、外关、合谷、环跳、风市、足三里、血海、昆仑等穴; 痉挛型在拮抗肌群部位取穴, 如上肢屈肌痉挛明显, 取天井、外关, 下肢取阳陵泉、风市、昆仑等穴。以伸肌群痉挛为主, 上肢取尺泽、曲泽、内关透外关, 合谷等穴, 下肢取阴陵泉、三阴交等穴。失语症取语言区、哑门、廉泉等穴。口眼歪斜取地仓、颊

车、合谷、太冲、迎香、翳风、列缺、曲池等穴。然后连接 G6805-2 型电针治疗仪, 波型为连续波, 频率 4 ~ 6 Hz, 每日针刺 1 次, 每次留针 30 min, 10 d 为 1 个疗程^[3]。

2、对照组: 采用中药和针刺治疗(同康复组)。

三、功能评定

采用 Brunnstrom 偏瘫运动功能恢复的 6 期标准评价 120 例脑卒中偏瘫患者的上、下肢和手功能, 康复治疗前评定 1 次, 治疗 1 个月后再评定 1 次, 所有评定均由同一医师进行。

四、统计学分析

所有数据采用 SPSS 10.0 软件包分析, 用方差分析比较 2 组之间的差异。

结 果

康复组治疗前、后比较, 对照组治疗前、后比较, 2 组运动功能均有显著提高。2 组治疗后比较, 康复组有效率明显优于对照组($P < 0.01$)。提示早期康复训练对脑卒中偏瘫患者运动功能的恢复具有重要意义^[4]。详细结果见表 1。

表 1 2 组治疗前、后 Brunnstrom 分期的比较(例数)

组 别	例数	上肢						手						下肢					
		I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	IV	V	VI
康复组	60																		
治疗前		25	19	7	7	2	0	36	12	5	5	2	0	19	20	12	6	3	0
治疗后		2	4	10	13	13	18	3	7	10	12	12	16	2	2	4	13	18	21
对照组	60																		
治疗前		28	17	8	5	2	0	33	15	6	4	2	0	21	17	11	8	3	0
治疗后		11	20	16	6	4	3	14	18	13	9	4	2	4	16	22	7	6	5

注: 治疗后 2 组比较, $P < 0.01$

讨 论

脑卒中偏瘫早期进行康复训练对功能恢复的疗效已经得到证实, 尤其是术后前 3 个月进行康复训练能使患者肢体功能恢复的进度加快。康复训练可通过感觉输入刺激和反复学习强化等手段促使运动反应出现, 从而改善运动功能^[5]。

关于康复训练的持续时间, 我们认为至少要坚持 3 个月, 有条件的患者出院后仍须坚持。本组患者虽经早期康复训练, 取得了一定的疗效, 但许多患者仍在恢复之中。相信若能继续坚持 1 ~ 2 个月, 恢复将会更加理想。

脑卒中偏瘫及其后遗症属于中医的“中风”、“瘫痪”和“失语”。这类病症的病因不外乎“本虚标实”。本虚为“肝肾不足, 气血衰少, 脾虚生痰”, 标实可归纳为: 肝郁气滞, 瘀血内阻, 痰浊闭阻。脑卒中急性期过后, 意识大多恢复, 而遗留各种功能障碍, 进入恢复

期^[6]。中医认为中风恢复期的早期, 患者痰火、气滞、血瘀、肝风等邪气残留, 各种临床症状和体征还很明显, 宜作辩证论治。从中医康复学的角度来认识偏瘫, 主要是改善功能障碍, 而不是治疗中风。中医的康复措施主要是针对偏瘫的弛缓状态和痉挛状态的改善, 提高运动功能^[7]。本文自拟纠瘫方具有活血化瘀, 益气养血, 补益患者气血阴阳虚损, 消除痰阻气滞, 改善血液循环等作用, 对患者的肢体无力, 麻木、疼痛, 痉挛有较好的疗效。经过一段时间的中药汤剂治疗, 患者病情比较稳定、临床症状无明显波动, 表示已进入康复后期。此期与康复早期相比, 各种功能恢复的进度减慢, 此时过多的药物治疗已不大必要, 只宜少量服用一些补益气血、平调阴阳的中成药, 以扶正为主, 通调经脉, 如人参再造丸或华佗再造丸等药。

针刺治疗偏瘫, 在我国已有悠久的历史。针刺可促进脑血管侧支循环的建立、改善脑供血、促进血浆纤维溶系统活性增强及改善血液的粘、聚、凝状态; 可疏通

经络、调节气血和脏腑功能,有助于偏瘫肢体的恢复。

应用康复训练、中药、针刺三者结合治疗脑卒中偏瘫,其效果优于中药和针刺治疗,证明康复训练对偏瘫的疗效是肯定的。但目前尚有一些临床科室的医护人员对康复训练不十分了解,以致不少脑卒中偏瘫患者还不能得到及时的康复训练,从而影响了治疗效果。我们的临床观察表明,在有条件的地方,应尽快开展对脑卒中偏瘫患者的早期康复训练,以促使偏瘫患者早日康复^[8]。

参 考 文 献

1 南登崑,缪鸿石,主编. 康复医学. 北京:人民卫生出版社,1994. 208-

215.

- 2 赵钦,主编. 现代偏瘫治疗学. 北京:人民军医出版社,1996. 215-219.
- 3 邱茂良,主编. 针灸学. 上海:上海科学技术出版社,1995. 212-213.
- 4 张吉青,孙少萍. 脑卒中患者每日训练计划. 中国康复,1998,13:70.
- 5 李红玲,贾子善. 脑卒中的早期康复. 中国康复医学杂志,1996,11:275-277.
- 6 宋一停. 脑血管意外后遗症的中医康复. 中国康复医学杂志,1991,6:27-29.
- 7 张文生,张丽慧. 中风偏瘫中医康复原则探讨. 中国康复医学杂志,2001,16:182-183.
- 8 刘其星,李成军. 100 例偏瘫患者的康复疗效分析. 中国康复医学杂志,1998,13:59-60.

(收稿日期:2002-07-08)

(本文编辑:郭正成)

· 短篇报道 ·

HO:YAG 激光一次性治疗牙根尖周炎疗效观察

赵维亚 郑荣国 王颖丽

我院牙科于 1998 年 1 月~1999 年 5 月间,共收治牙根尖周炎患者 137 例共 137 颗牙,男 64 例,女 73 例;年龄 18~69 岁,平均 39.2 岁;其中发病部位位于前牙 89 颗,双尖牙 48 颗;牙源性根尖周炎 92 颗,其中有瘘型 35 颗。

根据术前 X 线片示牙根尖周破坏情况,采用 OmniPulse-MAX™120VP 型 HO:YAG 激光器,激光波长 1.06 μm,输出频率 10、20、30、40、50 Hz,光纤直径 320 μm,输出功率 20 W。对于无瘘型患牙治疗方法:常规消毒、隔离患牙,从舌侧窝开髓、扩锉根管、冲洗、棉捻吸干。将 HO:YAG 激光光纤插入根管约 2/3 处,频率 10 Hz,按根管长度分为 3 段照射,每段照射时间约 2 s。边行根管内照射边向外拔光纤,待完全拔出时即刻用牙胶加氧化锌糊剂行永久性填充。对于有瘘型患牙治疗方法:用 2% 碘酊消毒,1% 利多卡因局部浸润麻醉,采用 HO:YAG 激光,光斑直径 1 mm,频率 40 Hz 或 50 Hz。将光纤头对准暴露的瘘管外口,使光束与瘘管内壁呈 45°~90°,沿瘘管走向直达根尖部,去除根尖部瘘管壁上的肉芽组织及囊肿壁膜,直至清除病灶,术后涂龙胆紫于创口。每日用 2% 硼酸液漱口,创面用碘伏消毒,每日 3~4 次。术后随访 2 年。

疗效判断标准 痊愈:患牙无临床症状,X 线片示阴影缩小或消失;显效:患牙无临床症状,X 线片示阴影缩小不明显或未缩小;无效:出现临床症状,X 线片示阴影增大。

本组患者术后 24 h 仅有 11 例诉轻微疼痛,服消炎镇痛药后 48 h 内缓解,72 h 内未见急性炎症。2 周内痊愈 126 例,痊愈率占 91.97%;显效 11 例,创面轻度感染者 3 d 后痊愈,显效率占 8.03%。随访 2 年,无复发。

讨论 根管治疗的原则是有效清除根管刺激物,并尽可能避免对根管周围组织尤其是根尖部的损伤。传统的根尖治疗包括机械预备髓腔及根管、根管消毒及根管填充 3 大环节,由

于机械填充材料无法消毒、碎屑难彻底清除、易产生边缘微漏等副作用,必然影响根管逆填充术的预后^[1]。本疗法可将无瘘型牙根尖周炎治疗的上述 3 大环节一次完成,其成功的关键是在机械预备根管的基础上进行激光根管内照射。而对于有瘘型牙根尖周炎,使用激光清除病灶和消炎后,可以在短期内行永久性填充。因为 HO:YAG 激光光纤插入根管内照射,牙本质吸收激光能量,引起玷污层内水分、有机成分、碎屑蒸发、炭化,玷污层中剩下的无机成分紧密结合,形成栓塞物,可有效减少根尖微渗漏。通过激光照射后,熔融部分的牙本质钙磷含量显著高于正常牙本质,且再结晶牙本质排列更加紧密,形成类似于牙釉质的羟基磷灰石晶体^[2],这种化学成分及物理结构上的变化导致牙本质通透性降低。虽然 HO:YAG 激光有容易导致热损伤的缺点,但贺慧霞等^[3]统计的相关研究表明:剂量为 15~20 W 的激光在根管治疗中引起的损伤较轻,并有利于根管尖周病灶愈合。细菌感染是牙髓病和牙根尖周病的最主要原因,由于根管系统解剖形态复杂,细菌种类多样,根管消毒尤为重要,HO:YAG 激光根管内照射可以杀灭隐藏在玷污层的细菌,从而消除了传统根管术后可能引起感染而导致治疗失败的根源。综上所述,HO:YAG 激光对根管消毒、清理、成形以及对牙根尖周炎愈合的促进作用,显示了其较传统疗法不可比拟的优越性。

参 考 文 献

- 1 史久成,彭国光. 根管逆填充材料. 口腔医学,1994,6:105.
- 2 Kantola S. Laser-induced effects on tooth structure. IV. A study of changes in the calcium and phosphorus contents in dentine by electron probe microanalysis. Acta Odontol Scand,1972,30:463-474.
- 3 贺慧霞,刘鲁川. Nd:YAG 激光在根管治疗中的研究进展. 国外医学口腔医学分册,2001,28:150-152.

(收稿日期:2002-04-16)

(本文编辑:易 浩)

作者单位:471009 河南省洛阳市中心医院口腔科(赵维亚、王颖丽);河南省洛阳市洛宁县医院口腔科(郑荣国)