

# 口服中药联合穴位埋线治疗中风患者下肢痉挛

冯晓东\*, 闫秀丽, 宋小蕾

(河南中医学院第一附属医院康复中心, 郑州 450000)

**[摘要]** 目的: 观察口服中药联合穴位埋线治疗中风后下肢痉挛的临床疗效。方法: 将 62 例患者随机分为两组, 治疗组口服补阳还五汤联合穴位埋线法, 对照组口服西药妙纳, 两组同时都配合常规康复治疗, 疗程均为 40 d。治疗前后分别进行表面肌电数据的采集。结果: 治疗组、对照组表面肌电和肌肉痉挛分级(改良 Ashworth 分级量表)的数据有明显下降, 且治疗组优于对照组; 治疗组总有效率 93.5%, 明显高于对照组(67.7%)。结论: 口服补阳还五汤联合穴位埋线治疗中风后下肢痉挛状态疗效优于口服妙纳, 且无明显副作用。

**[关键词]** 中风; 下肢痉挛; 穴位埋线; 妙纳

**[中图分类号]** R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2012)06-0265-02

痉挛是脑卒中的常见并发症, 发生率为 65%, 是妨碍肢体运动功能好转的最大障碍, 使患者无法行走、活动困难, 出现异常坐姿与平衡障碍, 日常生活受到严重限制, 甚至延续终身<sup>[1]</sup>。目前临床上治疗卒中后痉挛的方法很多, 如针刺、康复治疗、药物治疗等, 其中药物治疗中妙纳是一种相对安全、有效的抗痉挛及痉挛状态的口服药物<sup>[2]</sup>。为了寻求更有效的抗痉挛方法, 笔者近 2 年采用口服中药联合穴位埋线法治疗中风后下肢痉挛状态 31 例患者, 有较好疗效。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 62 例均为我院 2010 年 4 月至 2011 年 3 月期间的住院患者, 采用随机数字表法将入院患者随机分为治疗组与对照组, 各 31 例, 治疗组男性 22 例, 女性 9 例, 年龄 31 ~ 60 岁, 平均(48.50 ± 9.71) 岁; 病程 4 周 ~ 10 个月, 平均(91.50 ± 9.92) d; 脑梗死 10 例, 脑出血 21 例。对照组男性 21 例, 女性 10 例, 年龄 32 ~ 62 岁, 平均(49.19 ± 8.72) 岁; 病程 5 周 ~ 9 个月, 平均(92.42 ± 9.31) d; 脑梗死 9 例, 脑出血 22 例。两组患者年龄、性别、痉挛程度等一般资料经统计学检验无明显差异, 有可比性。

**1.2 诊断与纳入标准** 中医诊断均符合国家中医药管理局脑病急症协作组于 1996 年制定的“中风病诊断标准”<sup>[3]</sup>, 西医诊断均符合 1995 年中华医学会第四届全国脑血管学术会议修订的《各类脑血管疾

病诊断要点》<sup>[4]</sup>拟定, 患者经头部 CT 或 MRI 检查支持诊断。痉挛 Ashworth 评定<sup>[6]</sup>瘫痪肢体肌张力为 ≥ I 级且 ≤ III 级的患者。

**1.3 治疗方法** 对照组口服妙纳(苏州卫材药业有限公司), 50 mg, 饭后口服, 1 片/次, 3 次/d。治疗组口服补阳还五汤(黄芪 60 ~ 120 g, 当归尾 9 g, 赤芍 9 g, 地龙 6 g, 川芎 6 g, 红花 3 g, 桃仁 9 g) + 穴位埋线法。穴位埋线取穴: 大椎、陶道、至阳、筋缩、阳陵泉、足三里等。患者仰卧位, 取双侧穴位, 局部皮肤常规消毒后, 选用 0-5 号医用羊肠线 2 ~ 3 cm, 用镊子将其穿入 7 号注射针头管中, 以 1.5 寸(同身寸) 针灸针为针芯, 针尖朝穴位快速沿皮横刺进针, 然后缓慢退针, 边退针边向前推针芯, 待针尖有落空感时拔针。20 d 后再埋 1 次, 两组同时加常规康复治疗(运动疗法、作业疗法、物理疗法等)。40 d 后进行疗效评定。

**1.4 疗效评价** 表面肌电评估于治疗前后进行。患者仰卧位, 皮肤去脂后将表面电极片贴在要观察的肌肉(患侧股四头肌和腓肠肌内侧头的肌腹)上, 在安静完全放松状态下做被动牵伸活动, 以治疗前后采集到的肌电动作电位数据中波幅均方根值的平均值为观察指标(单位为 μV), 治疗前后肌电动作电位增加或减少 5% 以内为无效, 减少 5% ~ 10% 为有效, 减少 10% 以上为显效, 增加 5% 以上为加重<sup>[5]</sup>。同时运用改良 Ashworth 分级量表法评定肌张力, 评定标准 0 级: 无肌张力的增加; 1 级: 肌张力略微增加, 受累部分被动屈伸时, 在关节活动范围之末时突然出现卡住或呈现最小的阻力或释放; 1<sup>+</sup> 级: 肌张力轻度增加, 在关节活动后 50% 范围内呈现最小的阻力; 2 级: 肌张力较明显增加, 在关节活

**[收稿日期]** 2011-09-29

**[通讯作者]** \* 冯晓东, 主任医师, Tel: 15303828605, E-mail: fxd0502@163.com

动范围大部分时肌张力均明显增加,但受累部分仍较易被移动;3级:肌张力严重增高,被动活动困难;4级:僵直,受累部分被动活动时不能活动<sup>[5]</sup>。基本痊愈:肌张力基本恢复正常;显效:肌张力未恢复正常,但已下降2个级别;有效:肌张力下降一个级别;无效:肌张力治疗前后无变化<sup>[7]</sup>。

**1.5 统计方法** 数据采用 SPSS 15.0 统计软件分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,两组比较用 *t* 检验。计数资料采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  作为有统计学意义,以  $P < 0.01$  作为有显著性统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组治疗前后肌肉动作电位比较** 治疗后两组股四头肌、腓肠肌动作电位均有明显下降,且治疗组下降强于对照组。见表 1。

表 1 两组治疗前后肌电动作电位比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 31$ )  $\mu V$

组别	时间	股四头肌	腓肠肌
治疗	治疗前	11.15 ± 4.05	11.40 ± 3.71
	治疗后	5.86 ± 3.84 <sup>2,3)</sup>	6.41 ± 4.06 <sup>2,3)</sup>
对照	治疗前	10.88 ± 4.04	10.97 ± 3.74
	治疗后	9.29 ± 4.03 <sup>1)</sup>	10.35 ± 3.60 <sup>1)</sup>

注:与治疗前比较<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ,<sup>2)</sup>  $P < 0.01$ ;与对照组比较<sup>3)</sup>  $P < 0.01$ 。

**2.2 两组治疗前后改良 Ashworth 分级比较** 治疗组总有效率 93.5%。对照组总有效率 67.7%,两组治疗后差异显著 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组治疗前后肌肉痉挛分级比较 ( $n = 31$ )

组别	时间	改良 Ashworth 分级					
		0	1	1 <sup>+</sup>	2	3	4
治疗	治疗前	0	4	8	10	9	0
	治疗后	7	8	12	3	1	0
对照	治疗前	0	4	9	9	9	0
	治疗后	2	6	9	8	6	0

## 3 讨论

中风半身不遂,多属中气不足则邪气中之。中风后约有 80% 的病人遗留有不同程度的功能障碍。如果治疗不当,不但会引起患者肢体的疼痛,并且可以造成患肢肌肉萎缩、关节挛缩及变形。《灵枢·刺节真邪》云:“虚邪偏客于身半,其入深。内居营卫,营卫稍衰,则真气去,邪气独留,发为偏枯。”清·王清任云:“半身不遂。亏损元气,是其本源。”故中风后痉挛性瘫痪病机特点为阳气虚衰,气血不足,经脉失养。现代医学认为,卒中后瘫痪肢体痉挛主要是脊髓中枢兴奋性增加,痉挛期优势肌群的张力出现并逐渐增大而后发展为痉挛。

妙纳主要作用于中枢神经系统,缓解骨骼肌紧张状态。妙纳是通过抑制人的肌梭产生的传入神经

活动来缓解患者肌肉痉挛状态。但是口服妙纳有副作用,最严重可能发生休克现象,另外有过敏、恶心、呕吐、便秘、腹泻、口干、眩晕、无力等。补阳还五汤方中黄芪为君药,大量使用可补中益气,提携中气,祛瘀通络;当归尾为臣药,活血化瘀,且能养血;赤芍、川芎、桃仁、红花为佐药,可助当归尾活血化瘀、疏肝祛风的作用,地龙活血而通经络,全方补气活血通络。

穴位埋线有普通针刺的刺激作用,但较普通针刺作用时间更长,对机体产生持久而柔和的刺激,很好的起到降低痉挛的作用。《素问·生气通天论》曰:阳气者,精则养神,柔则养筋。而督脉总督一身之阳,又为阳脉之海,故通阳之法又以调督为先。若督脉经气通畅,阳气宣发正常,则肢体筋脉得以温煦濡养,拘急挛缩可缓。故取督脉上胸穴进行治疗。督脉贮存了六阳经之阳,取用督脉诸穴将其所贮之阳达于四末,振奋人体阳气。阳陵泉为八脉交会穴之筋会,为筋气聚集之处,是治疗筋病的要穴,特别是下肢筋病,具有舒筋作用,临床上较为常用。足三里是保健要穴,具有调节机体免疫力,补中益气,扶正祛邪的作用。阳陵泉、足三里在解剖位置上位于拮抗肌群上,在诸穴上埋线,使拮抗肌收缩,通过交互抑制作用,使痉挛肌松弛,从而降低肌张力。

综上,口服补阳还五汤联合穴位埋线治疗中风后下肢痉挛有较好疗效。

## [参考文献]

- [1] Marra G A, D' Aleo G, Di Bella P, et al. Intrathecal baclofen therapy in patients with severe spasticity [J]. Acta Neurochir Suppl, 2007, 97 (Pt1): 173.
- [2] 窦祖林. 痉挛评估与治疗 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 77.
- [3] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准 [试行] [J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19 (11): 55.
- [4] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点 [J]. 中华神经科杂志, 1996, 29 (6): 379.
- [5] 袁佳, 张建宏, 林惠玲. 肌电图在神经促通针刺治疗脑卒中痉挛患者时的评估及指导价值 [J]. 中国实用医药, 2008, 3 (1): 1.
- [6] 王玉龙. 康复功能评定学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 162.
- [7] 俞国桥. 调督通阳针法治疗脑卒中痉挛性瘫痪疗效观察 [J]. 上海针灸杂志, 2009, 28 (10): 578.

[责任编辑 何伟]