

电针夹脊穴联合穴位透刺法治疗 脑卒中后足内翻的对照研究[※]

● 宋书昌 卢智[▲] 王润云 赵见文 贾丽娟

摘要 目的:观察电针夹脊穴联合穴位透刺法治疗脑卒中后足内翻的临床疗效。方法:将患者随机分为治疗组、对照组,治疗组给予电针夹脊穴联合穴位透刺法治疗,对照组给予常规针刺方法治疗,治疗8周后观察两组患者痉挛程度、肢体运动功能和临床疗效。结果:治疗组总有效率为91.49%,对照组为76.09%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$);两组Ashworth量表评分均降低、Fugl-Meyer量表评分均升高,且治疗组较对照组降低、升高更显著($P < 0.01, P < 0.01$)。结论:电针夹脊穴联合穴位透刺法治疗脑卒中后足内翻的临床疗效优于常规针刺方法,具有临床应用及推广价值。

关键词 夹脊穴 穴位透刺 脑卒中后足内翻 临床研究

脑卒中是临床上的常见病和多发病,并且具有很高的病死率和致残率,足内翻是脑卒中偏瘫患者在恢复期及后遗症期常见的临床表现之一,严重影响患者的步行能力,延缓患者肢体功能的康复进程。如何有效地纠正足内翻,提高患者生活自理能力,是脑卒中偏瘫患者康复过程中亟待解决的问题。课题组从2010年起开展了针灸治疗脑卒中后足内翻,经临床对照研究,疗效显著,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 所选病例均为笔者所在医院脑病科、康复科住院患者,共计100例。将患者按就诊先后顺序编为1~100号,依据随机数字表法^[1]分为治疗组和对照组。纳入本项研究病例经治疗后,其中治疗组脱落1例,剔除2例即47例,对照组脱落2例,剔除2例即46例。治疗组47例,男28例,女19例;年龄最小51岁,最大70岁,平均(62.42±5.12)岁;病程最短9天,最长15天,平均(11.57±3.61)天;缺血性脑卒中29例,出血性脑卒中18例。

对照组46例,男27例,女19例;年龄最小53岁,最大69岁,平均(62.73±5.37)岁;病程最短10天,最长16天,平均(11.78±3.65)天;缺血性脑卒中27例,出血性脑卒中19例。两组患者性别、年龄、病程经统计学处理,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断标准 ①参照1996年国家中医药管理局脑病急症科研协作组起草制定的《中风病中医诊断疗效评定标准》^[2];②半身不遂患肢有足内翻。

1.2.2 西医诊断标准 ①参照中华医学会第四次全国脑血管病学会制订的《各类脑血管病诊断要点》^[3];②偏瘫肢体有足内翻。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准,意识清楚,病程在6个月内的首次发病患者,或既往有脑卒中病史,经治疗无肢体功能障碍者;②患侧下肢肌力达2级或以上,下肢Brunnstrom分期Ⅱ期以上者;③年龄在40岁至80岁之间者;④愿意接受针刺治疗者;⑤认知功能基本正常,签署知情同意书者。

1.4 排除标准 ①短暂性脑缺血发作,可逆性神经功能缺损者;②多次发病有肢体及认知功能障碍残留者,或有意识、精神、智能障碍病史者;③合并严重骨关节病,关节挛缩或强直,合并有肝肾、造血系统

※基金项目 河北省沧州市科学技术研究与发展指导计划课题(No.08ZD53)

▲通讯作者 卢智,男,副主任医师,主要从事针灸推拿优势病种研究。E-mail:songtcm@163.com

•作者单位 河北省沧州中西医结合医院(061001)

和内分泌系统等严重原发性疾病者,先天性马蹄内翻足或急性脊髓灰质炎、周围神经麻痹、肌营养不良等原因造成的足内翻者;④血压过高者(>180/120mmHg);⑤已经接受矫形手术,使用矫形器具或应用肉毒素等对足内翻有积极作用的治疗方案,影响疗效判定者。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 采用整体与局部综合针刺方法,即电针夹脊穴与穴位透刺疗法。嘱患者取俯卧位,主穴取腰椎(L2、L3、L4、L5)夹脊穴,穴位皮肤常规消毒,选用华佗牌 0.30 × 40mm 毫针,针尖向脊柱方向,针身与皮肤呈 45 度角斜刺 0.8 ~ 1.2 寸,以 60 次/min 速度均匀捻转,力度以局部有麻胀感为宜。夹脊穴接 G6805 - I 型多功能电针治疗仪,输出波型为疏密波,输出强度以患者能够耐受为度,通电 25min。下肢穴位透刺法:主穴取申脉透照海、阳陵泉透阴陵泉。选用华佗牌 0.30 × 60mm 毫针,申脉穴透向照海穴,阳陵泉透向阴陵泉,进针 1.5 ~ 2 寸,两组穴位以 120 转/min 速度捻转,以局部有酸麻胀感并向足背放射为度,或患足背屈、外翻为度,不留针。每周治疗 6 次,翌日休息 1 天,共治疗 8 周。

1.5.2 对照组 根据高等中医院校教材《针灸学》^[4]有关中风病的取穴与操作。取穴:阳陵泉、足三里、三阴交、昆仑、解溪、丘墟。操作方法:患者取仰卧位,选用华佗牌 0.30 × 40mm 毫针,快速直刺进针,得气后均施以平补平泻手法,留针 25min。每周治疗 6 次,翌日休息 1 天,共治疗 8 周。

1.6 疗效观察

1.6.1 观察指标 痉挛程度评定:采用改良的 Ashworth 量表^[5],评定患者下肢痉挛程度,以膝关节为观测对象,通过对腱反射、肌张力及阵挛进行综合评定。运动功能评定:采用简化 Fugl - Meyer 评价法^[6],评定患者偏瘫侧下肢运动功能。

1.6.2 疗效评定标准 参照文献^[7]制定。痊愈:足内翻完全消失,运动功能恢复正常;显效:足内翻基本消失,不影响正常工作活动,但与正常人有别;有效:足内翻较前减轻,但活动受到明显影响;无效:足内翻无变化。

1.7 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计软件,计量资料用 *t* 检验,计数资料用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。所有相关评估项目均由专门人员统计,对临床观察指标的评价者实行盲法,评价者不参与临床治疗。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 表 1 显示,治疗 8 周后,治疗组总有效率为 91.49%,对照组总有效率为 76.09%,经统计学处理,两组总有效率相比差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 两组患者临床疗效比较(%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	47	12	21	10	4	91.49 ¹⁾
对照组	46	7	15	13	11	76.09

注:与对照组比较:¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后 Ashworth 评分比较 表 2 显示,两组患者治疗前 Ashworth 评分差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗后两组评分均明显下降,与治疗前进行组内比较差异有统计学意义($P < 0.01$),且治疗组比对照组下降更显著($P < 0.01$)。

表 2 两组治疗前后 Ashworth 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	47	2.93 ± 0.48	1.70 ± 0.25 ¹⁾²⁾
对照组	46	2.97 ± 0.56	2.15 ± 0.32 ¹⁾

注:与同组治疗前比较,¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,²⁾ $P < 0.01$ 。

2.3 两组患者治疗前后 Fugl - Meyer 评分比较 表 3 显示,两组患者治疗前 Fugl - Meyer 评分差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗后两组评分均明显升高,与治疗前进行组内比较差异有统计学意义($P < 0.01$),且治疗组比对照组升高更显著($P < 0.01$)。

表 3 两组治疗前后 Fugl - Meyer 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	47	19.34 ± 5.17	28.57 ± 5.36 ¹⁾²⁾
对照组	46	19.52 ± 5.26	23.63 ± 5.74 ¹⁾

注:与同组治疗前比较,¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,²⁾ $P < 0.01$ 。

3 讨论

足内翻是脑卒中常见的后遗症之一,严重影响患者的进一步康复和生活质量。我院从 2010 年开展了针灸治疗脑卒中后足内翻的临床研究,经过大量的临床观察发现,脑卒中后足内翻应从整体与局部两个方面进行综合治疗。整体即患侧下肢的痉挛程度,局部即患侧踝关节的痉挛程度,现讨论如下。

足内翻多出现于卒中急性期后,下肢肌力开始恢复,肌张力也由低下变为亢进或已进入痉挛期。足内翻的发病与转归与肌张力增高密切相关。脑卒中后偏瘫肌张力增高是继发于上运动神经元损伤后,脊髓和脑干反射活动亢进的表现^[8],是高级中枢丧失对随意运动控制能力的表现,严重影响患者肢体运动功能的正常恢复。瑞典学者 Burnnstorm 针对脑卒中后偏瘫的恢复过程,提出了著名的 6 阶段恢复理论^[9],即偏瘫患者肢体的恢复经历了弛缓(无反射)(I 期)、轻度痉挛,出现联合反应(II 期)、痉挛加剧,可随意引起协同动作(III 期)、痉挛减弱及出现分离性运动(IV 期)、自主性运动建立(V 期)、运动接近正常(VI 期)6 个阶段。从解剖学的角度看,足内翻肌主要为胫骨前肌和胫骨后肌,二肌分别可背向和趾向屈足,外翻肌主要为腓骨长肌和腓骨短肌,此二肌尚可趾向屈足。卒中后由于踝关节周围肌肉牵张反射控制紊乱,胫前肌、伸趾肌、腓骨长短肌无力而胫后肌、屈趾肌,小腿三头肌痉挛,从而形成了足内翻^[10]。因此脑卒中后足内翻恢复的关键是能否在肌张力逐渐增高出现痉挛时顺利的使肌张力逐步降低进入分离运动。因此抑制患者肢体痉挛和诱发部分分离运动,是脑卒中后足内翻康复治疗的关键,也是临床康复的一大难题。

踝关节痉挛状态主要表现为筋脉拘急,病位在筋,当属十二经筋的病候,以气血不通,筋脉受损,筋失濡养为主要表现。《灵枢·邪客》篇指出“邪气恶血,固不得住留,住留则伤筋络骨节,机关不得屈伸,故拘挛也”。《灵枢·经脉》曰:“膀胱足太阳之脉…是动则病:冲头痛,目似脱,项如拔,脊痛,腰似折,髀不可以曲,膈如结,踡如裂,是为踝厥”。因此针对本病应舒筋通络,活血祛瘀。腰部夹脊穴是位于腰背部的经外奇穴,位于各个腰椎棘突下两侧后正中线旁开 0.5 寸,位居督脉和足太阳膀胱经之中,恰是督脉与膀胱经经气重叠之处,针刺此穴可以联络两经,起到调和气血、舒筋缓急的作用。腰部的夹脊穴下有竖脊肌,深部有相应椎骨下方发出的脊神经后支及其伴行的动静脉。L2-L5 组成腰丛神经的一部分,包括股神经、闭孔神经,主要支配下肢后肌群。根据针刺具有良好的双向调节作用的理论,针刺腰部夹脊穴可以抑制兴奋的痉挛肌,使其舒缓,兴奋相应的拮抗肌^[11],使其收缩,使痉挛侧亢进的肌张力降低,拮抗肌张力增高的痉挛肌肌群,达到抑制痉挛,平衡张力的目的。电针疗法是在针刺腧穴“得气”后,在针上通以接近人体生物电的微量电流,它的

优点是:在针刺腧穴的基础上,加以脉冲电的治疗作用,针与电两种刺激相结合,故对某些疾病能提高疗效;能准确地掌握刺激参数,代替手法运针。本课题采用波型为疏密波,疏密波是疏波和密波自动交替出现的一种波形,能够克服单一波形易产生适应的缺点。疏密波动力作用较大,治疗时兴奋效应占优势,能增加代谢,促进气血循环,改善组织营养^[12]。《难经·二十九难》云:“阳跷为病,阴缓而阳急;阴跷为病,阳缓而阴急”。跷脉起于足内外踝边,有矫健之意,是举足步行的机要,即本病拘急,跷脉纵缓而形成足内翻。治疗时选用申脉透照海强刺激,意在申脉、照海为八脉交会穴,申脉通阳跷,照海通阴跷,此二穴可平调阴阳跷脉,泻实补虚,平衡阳缓阴急。阳陵泉是八会穴之筋会,阳陵泉透刺阴陵泉,可舒筋解痉,以助足踝部肌力恢复,使足内外踝气血畅通,缓解拘急内翻。

通过对比研究发现,治疗前后治疗组 Ashworth 量表、Fugl-Meyer 量表评定与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.01$),表明治疗组在抑制下肢痉挛,改善运动功能方面优于对照组。本研究具有选穴精少,重视针刺手法,疗效确切,安全可靠等特点,对于脑卒中后足内翻的治疗有着较好的应用前景和推广价值。

参考文献

- [1] 方积乾. 卫生统计学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:456.
- [2] 国家中医药管理局脑病急症科研协作组. 中风病中医诊断疗效评定标准[S]. 北京中医药大学学报,1996;19(1):55-56.
- [3] 全国第四届血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996;29(6):379-383.
- [4] 徐恒泽. 针灸学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:295.
- [5] 缪鸿石. 康复医学理论与实践[M]. 上海:上海科学技术出版社,2000:317-315.
- [6] 中华人民共和国卫生部医政司. 《中国康复医学诊疗规范》[S]. 北京:华夏出版社,1999:220-231.
- [7] 文洪,张彦. 针刺治疗中风后足内翻 50 例[J]. 山西中医,2005,21(3):38.
- [8] 乔治·阿得尔曼. 神经科学百科全书[M]. 上海:伯克豪依萨尔出版社和上海科学技术出版社,1992:302.
- [9] Brunnstrom. Movement therapy in hemiplegia. A neurophysiological approach. New York: Harper and Row Publishers, 1970: 5-15.
- [10] 张通. 脑卒中的功能障碍与康复[M]. 北京:科学技术文献出版社,2007:563.
- [11] 李佩芳. 针刺拮抗肌群治疗脑卒中后肌张力增高[J]. 中国康复,2001,16(1):42-43.
- [12] 梁繁荣,赖新生,方剑乔,等. 针灸学[M]. 北京:中国中医药出版社,2005:234.