

中西医结合治疗脑卒中后感觉障碍

周开斌

【摘要】 目的:观察中西医结合综合治疗脑卒中后感觉障碍的临床疗效。方法:脑卒中后感觉障碍患者52例随机分为2组各26例,均给予Bobath法、运动再学习、Rood技术等常规运动及感觉训练,观察组在此基础上增加中药、穴位注射等治疗,治疗前后采用Fugl-Meyer(FMA)法的感觉和运动评分对2组患者进行疗效评价。结果:治疗40d后,2组FMA评分感觉及运动功能积分均较治疗前明显提高($P<0.01$),且观察组显著高于对照组($P<0.05,0.01$)。治疗后2组临床疗效比较,观察组总有效率明显高于对照组(92.31%、76.92%, $P<0.05$)。治疗后,2组血液流变学各项检测指标均较治疗前明显降低($P<0.05$),2组间比较差异无统计学意义。结论:中西综合治疗不仅有利于感觉功能恢复,而且对提高运动功能及改善血液黏稠度均有良好的作用。

【关键词】 中西医结合;脑卒中;感觉障碍;康复

【中图分类号】 R49;R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2012.02.005

Combination of Traditional and Western Medicine for Sensory Dysfunction after Stroke ZHOU Kai-bin, Department of Rehabilitation Medicine, the First Affiliated Hospital of Guangxi Medical University, Nanning 530007, China

【Abstract】 Objective: To observe the clinical effect of the combination of traditional Chinese and western medicine for sensory dysfunction after stroke. Methods: Fifty-two cases of sensory dysfunction after stroke were randomly divided into treatment group (traditional Chinese medicines, point injection and regular rehabilitation training) and control group (regular rehabilitation training). The effect of rehabilitation training was evaluated by Fugl-Meyer Assessment (FMA) before and after treatment. Results: After treatment for 40 days, the sensory dysfunction score and exercise score in both groups were significantly increased as compared with those before treatment ($P<0.01$), and those in treatment group were significantly higher than in control group ($P<0.05,0.01$). The blood viscosity in both groups was decreased effectively after treatment ($P<0.05$). Conclusion: The combination of traditional Chinese and western medicine is not only favorable for recovery of sensory awareness, but also the improvement of motor function and the blood viscosity.

【Key words】 traditional Chinese and Western medicine; stroke; sensory dysfunction; rehabilitation

感觉障碍是脑卒中后的常见症状,具有病程长、疗效差、见效慢等特点,目前针对感觉障碍的治疗手段较少,疗效欠佳^[1]。我科采用中药、穴位注射及常规感觉、运动功能训练的综合疗法,取得较好的疗效,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008年2月~2010年2月在我科住院的脑卒中患者52例,均符合第四届全国脑血管病会议制订的诊断标准并经头颅CT或MRI证实且伴有感觉障碍。随机分为2组各26例。①观察组,男14例、女12例,平均年龄(55.5±8.1)岁;病程(47.0±15.6)d;脑梗死16例,脑出血10例。②对照组,男16

例、女10例;平均年龄(57.3±6.8)岁;病程(44.2±17.5)d;脑梗死14例、脑出血12例。2组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 2组均给予Bobath法、运动再学习为主的常规功能训练以及根据浅、深感觉、复合觉障碍分别给予冷热交替、轻微疼痛刺激、结合Rood技术快速摩擦患侧皮肤、各方向挤压关节,适当负重及实物触摸训练,并指导、督促家属共同参与,每天1次,60min。观察组在此基础上根据中医辨证施治^[2],①中药:采用方药补阳还五汤加减,方药黄芪30g,当归15g,赤芍12g,川芎、桃仁、红花各9g,地龙6g水煎服,每日1剂;②穴位注射:患侧上肢取肩髃、曲池、外关、手三里、合谷,下肢取伏兔、足三里、阳陵泉、丰隆、三阴交、血海等穴,每次各选取上下肢2~3个穴位交替注射甲钴胺注射液(弥可保,卫材药业有限公司),常规消毒皮肤,进针提插得气后,回抽无血,将药物注入,推液速度依体质而定,每穴注射液0.5mL,每日1次。

收稿日期:2011-01-05

作者单位:广西医科大学第一附属医院康复医学科,南宁530007

作者简介:周开斌(1978-),男,主治医师,从事中西医结合方法在神经康复中的应用。

1.3 评价指标 2组治疗前后由专人进行评定,①应用改进 Fugl-meyer(FMA)评价法进行感觉与运动功能评分^[3]。②临床疗效:感觉功能评分 0~42分;运动功能评分 0~16分,痊愈:治疗后积分达到其最高积分 90%以上(含 90%),同时患者自述症状消失,与健肢比较无明显差异。显效:治疗后积分达到其最高积分 70%以上(含 70%),同时患者自述症状较治疗前明显好转。有效:治疗后总积分达到最高积分 50%以上(含 50%),同时患者自述症状较治疗前有一定的减轻。无效:治疗后总积分不足最高积分 50%,同时患者自述症状与治疗前相比无明显改变。③血液浓度学:按实验室操作步骤进行血液浓度学各项指标检测。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 13.0 统计软件分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 及百分率比较, t 检验,及 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗 40 d 后,2 组 FMA 评分运动及感觉功能均较治疗前明显提高,且观察组提高更显著。见表 1。

治疗后 2 组临床疗效比较,观察组痊愈 15 例,有效 6 例,显效 3 例,无效 2 例,对照组分别为 9、4、7 及 6 例。观察组总有效率明显高于对照组(93.31%、76.92%, $P < 0.05$)。治疗后 2 组血液流变学各项指标检测均较治疗前明显下降,2 组间比较差异无统计学意义。见表 2。

表 1 2 组患者治疗前后 FMA 评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	感觉功能		运动功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	26	11.25±5.31	19.89±5.02 ^{ac}	27.57±11.51	69.87±17.54 ^{ab}
对照组	26	10.94±4.88	14.86±4.83 ^a	28.39±10.36	60.23±17.86 ^a

与治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组比较,^b $P < 0.05$,^c $P < 0.01$

表 2 血液流变学各项检测指标 2 组治疗前后比较 $\bar{x} \pm s$

项目	观察组(n=26)		对照组(n=26)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
全血粘度 高切	5.72±0.26	3.60±0.16 ^a	5.67±0.31	3.38±0.22 ^a
(map. s) 低切	19.68±4.42	16.63±3.28 ^a	19.34±4.28	15.96±3.02 ^a
血浆粘度(%)	1.70±0.30	1.30±0.30 ^a	1.60±0.40	1.24±0.32 ^a
红细胞压积(gk)	0.55±0.25	0.39±0.14 ^a	0.53±0.27	0.36±0.16 ^a
纤维蛋白原(g/L)	6.74±1.43	5.06±0.96 ^a	6.36±1.38	4.96±1.02 ^a
红细胞聚集指数	4.52±2.36	3.12±1.54 ^a	3.20±1.46	3.12±1.54 ^a

与治疗前比较,^a $P < 0.05$

3 讨论

脑卒中属中医的“中风”范畴。本文观察组根据中医辩证^[2],气虚血瘀治当益气活血,扶正祛邪,方用补阳还五汤加减。方中重用黄芪补气,配当归养血,合川芎、桃仁、红花、赤芍、地龙以活血化瘀通络,为清代名

医王清任所创,始载于《医林改错》。有研究表明应用补阳还五汤加减治疗脑卒中患者,能改善血瘀患者血液流变性,降低血液的浓、黏、凝、聚状态,急性期可使病情稳定,恢复期和后遗症期可促进肢体功能恢复^[4]。穴位注射疗法又称“水针”,结合了针刺与药物对穴位的渗透刺激作用。甲钴胺是维生素 B₁₂ 的衍生物,易转移主神经细胞的细胞器,促进神经组织内的核酸、蛋白质合成,修复受损的神经细胞,改善运动及感觉神经的传导速度,可明显改善肢体疼痛麻木及感觉减退等症状和体征^[5]。穴选阳明经,系因“治痿独取阳明”,阳明经多气多血,又“主润宗筋”,束骨骼而利关节,故沿阳明经循行取穴;按表里配穴取太阴经穴,意在交通阴阳,调整脏腑气血平衡。采用阳明经与太阴经穴位注射甲钴胺注射液可使药物通过经络的传导和反射,调整人体卫气营血和脏腑功能,恢复人体阴阳的动态平衡,从而发挥针刺和药物对穴位渗透刺激的双重功效,而达益气、养血活血、疏经通络之力,共达改善肢体感觉、运动障碍的目的。

脑卒中患者常伴发患肢感觉障碍,影响患者综合运动功能恢复及日常生活活动能力。同时,由于患肢血管舒缩功能及血液流变学、微循环的改变,又加重了肢体感觉障碍的程度。感觉功能的再训练应逐步由易到难,由简到繁,并持之以恒^[6]。本文发现在常规运动功能及感觉训练的基础上辩证内服中药并取阳明经配合太阴经穴位注射甲钴胺治疗,提高患肢血液流速,改善微循环,从而改善周围神经的供血供氧,减轻其感觉神经传导损害,达到减轻或治愈感觉、运动障碍的目的,且临床操作容易,有一定的临床应用及推广价值。

【参考文献】

- [1] 陈晓虹,王玉洁,孙虹菊. 偏瘫肢体的感觉障碍[J]. 现代康复,2000,4(4):486-488.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:124-124.
- [3] 王玉龙. 康复评定[M]. 北京:人民卫生出版社,2000,181-181.
- [4] 赵春华. 补阳还五汤加减对脑卒中偏瘫患者步行能力的影响[J]. 辽宁中医杂志,2007,34(2):191-191.
- [5] 张蜀平,陆菊明,潘长玉,等. 弥可保对糖尿病周围神经病变治疗作用的实验研究[J]. 中华内分泌代谢杂志,1998,6(4):22-22.
- [6] 邵伟波,孙美红. 脑卒中后感觉障碍的康复训练作用探讨[J]. 中国康复理论与实践,2004,10(12):747-747.