

- [J]. Clin Psychiatry, 2013, 74(2):137.
- [12] PALANISAMY AR, KLICKOVICH AM, RAMSAY, *et al.* Intravenous dexmedetomidine as an adjunct for labor analgesia and cesarean delivery anesthesia in a parturient with a tethered spinal cord[J]. Int J Obstet Anesth, 2009, 18(3):258.
- [13] 郭子林, 许立新, 余守章, 等. 右美托咪定在手术麻醉与镇痛中的研究进展[J]. 广东医学, 2012, 33(8):1043.
- [14] JULIANA M, MENDOZA V. Dexmedetomidine as adjunct for analgesia in labor: a report of two cases [J]. Rev Colomb Anestesiol, 2012, 40(1):79.
- [15] EL-TAHAN MR, MOWAFI HA, *et al.* Efficacy of dexmedetomidine in suppressing cardiovascular and hormonal responses to general anaesthesia for caesarean delivery: a dose response study[J]. Int J Obstet Anesth, 2012, 21(3):222.
- [16] KUTLUCAN L, SEKER I, DEMIRARAN Y, *et al.* Effects of different anesthesia protocols on lactation in the postpartum period [J]. J Turk Ger Gynecol Assoc, 2014, 15(4):233.

(本文编辑 卢玉清)

[文章编号] 1000-2200(2017)05-0667-03

· 临床医学 ·

综合康复治疗脑卒中后上肢肌张力增高的疗效观察

张彬彬¹, 陈莉秋¹, 朱勋兵²

[摘要] 目的: 观察综合康复疗法治疗脑卒中后上肢肌张力增高的临床疗效。方法: 将 60 例脑卒中病人随机分为对照组和观察组, 各 30 例。对照组采用康复训练, 观察组在对照组的基础上加用腹针疗法。2 组均为每周连续治疗 5 次, 休息 2 d, 连续治疗 4 周, 共计治疗 20 次。治疗前后应用改良 Ashworth 分级量表、四肢简化 Fugl-Meyer 运动评分比较 2 组病人的治疗效果。结果: 经过 6 周的治疗后, 观察组的总有效率 93.3% 高于对照组的 70.0% ($P < 0.01$), 观察组上肢 Fugl-Meyer 评分治疗后增加分数 (20.62 ± 6.35) 分, 亦高于对照组的 (13.63 ± 4.25) 分 ($P < 0.01$)。结论: 综合康复疗法治疗脑卒中后上肢肌张力增高具有较好的康复疗效, 值得推广。

[关键词] 脑卒中; 康复治疗; 肌张力; 腹针

[中图分类号] R 743.3

[文献标志码] A

DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2017.05.033

国内相关文献^[1]报道, 脑卒中后肌张力增高的发病率为 80% ~ 90%, 脑卒中后偏瘫病人约 65% 有不同程度的肌张力障碍。肌张力增高是脑卒中病人由软瘫期进入痉挛期的重要过程, 也是肢体渐渐恢复的象征, 多数病人在脑卒中发生后 1 ~ 3 周就进入痉挛期^[2], 痉挛一般持续 3 个月左右^[3]。维持一定的肌张力是患肢活动的必要条件。但肌张力过度增高将导致上肢屈曲痉挛, 下肢足内翻膝关节僵直等临床表现, 严重影响病人的生活质量。为有效地治疗脑卒中后上肢肌张力的增高, 本研究应用综合康复疗法, 取得一定的治疗效果, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 1 月至 2016 年 4 月就诊于我院康复医学科和神经内科脑卒中后上肢肌张力增高的住院病人 60 例。随机分为对照组和观察组, 各 30 例。对照组中男 19 例, 女 11 例; 年龄

35 ~ 70 岁; 病程 (1.62 ± 0.71) 个月。观察组中男 21 例, 女 9 例; 年龄 35 ~ 70 岁; 病程 (1.59 ± 0.65) 个月。2 组病人在性别、年龄、病程方面均具有可比性。

1.2 诊断和纳入标准 参照《神经内科疾病》诊断标准^[4], 且符合下述标准: (1) 头颅 CT 或 MRI 诊断为脑梗死或脑出血的住院病人; (2) 年龄 35 ~ 70 岁, 男女均可; (3) 病情稳定, 情绪无明显波动; (4) 病程 > 2 周; (5) 意识清楚能主动配合康复治疗师的治疗; (6) 改良 Ashworth 量表评定患肢的肌张力分级 > 0 级; (7) 征得病人同意。

1.3 排除标准 (1) 生命体征不平稳、有严重意识障碍的病人; (2) 合并严重肝肾脑功能障碍和出血倾向、精神病人; (3) 对针刺恐惧、晕针的病人。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 只采用康复训练的治疗方法。由康复医生对病人进行病情评估, 记录评估后改良 Ashworth 肌张力的分级和四肢简化 Fugl-Meyer 运动评分 (FMA), 根据评估结果制定相应的康复计划, 由专业的治疗师进行治疗。每天 1 次, 每次 30 min, 每周连续治疗 5 次, 休息 2 d, 连续治疗 4 周, 4 周后统计疗效。康复训练方法^[5]: (1) 手法治疗: 通过被

[收稿日期] 2016-06-03

[作者单位] 蚌埠医学院第二附属医院 1. 康复医学科, 2. 骨科, 安徽蚌埠 233040

[作者简介] 张彬彬 (1990 -), 男, 硕士研究生。

动牵伸患肢、关节负重、肌腱的挤压、轻刷和振动等特殊手法缓解局部痉挛。(2)神经肌肉促进技术:根据正常的人体神经生理发育过程,运用多种感觉刺激,通过诱导和抑制方法,控制肢体痉挛状态,以正常的运动方式,完成日常活动。(3)功能性活动训练:控制病人痉挛的同时,自主完成站起、步行训练等。

1.4.2 观察组 由针灸医生对病人进行腹针治疗,腹针治疗结束后 30 min,由专业的康复治疗师对病人进行康复训练。选用一次性无菌针灸针具,规格 0.35 mm × 40 mm(无锡佳健医疗器械有限公司),病人仰卧位,暴露腹部,75%乙醇局部常规消毒,进针时避开血管,施术轻柔只捻转不提插,或仅轻度提插。穴位选取参照《腹针疗法》^[3],主穴选取引气归元四穴、中腕、下腕、气海、关元,配穴选取滑肉门(患侧)、外陵(双)、上风湿外点(患)、下风湿外点(患)、大横(双)、商曲、气旁。每次留针 30 min,每天 1 次,每周连续治疗 5 次,休息 2 d,连续治疗 4 周,4 周后统计疗效。

1.5 疗效评价标准^[6] 肌张力评定:采用改良的 Ashworth 分级量表。通过记录分值的下降程度,评定治疗效果。(1)显效:肌张力评级降低大于 2 个级别以上;(2)好转:肌张力评级下降 1 个级别以上;(3)无效:肌张力评级无改变;(4)恶化:肌张力继续增加。显效+好转为总有效。FMA 评分:按照 Fugl-meyer 评分量表对病人进行评分。上肢 66 分,下肢 34 分,满分 100 分。积分 < 50 分为严重运动障碍,积分在 50~84 分为明显运动障碍,积分 85~95 分为中度运动障碍,积分 96~99 分为轻度运动障碍。

1.6 统计学方法 采用秩和检验和 *t* 检验。

2 结果

2.1 2 组上肢肌张力的疗效比较 观察组的总有效率明显优于对照组($P < 0.01$)(见表 1)。

表 1 2 组上肢肌张力疗效的比较[*n*;百分率(%)]

分组	<i>n</i>	显效	好转	无效	总有效	u_c	<i>P</i>
观察组	30	18(60.00)	10(33.30)	2(6.67)	28(93.30)		
对照组	30	13(43.30)	8(26.60)	9(30.00)	21(70.00)	5.45	<0.01
合计	60	31(51.67)	18(30.00)	11(18.33)	49(81.60)		

2.2 2 组治疗前后 FMA 评分比较 治疗前 2 组 FMA 评分差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后 2

组病人的 FMA 评分均明显升高($P < 0.01$),且观察组评分增高得更快,观察组在提高病人上肢运动功能方面优于对照组($P < 0.01$)(见表 2)。

表 2 2 组病人治疗前后 FMA 评分比较($\bar{x} \pm s$;分)

分组	<i>n</i>	治疗前	治疗后($\bar{d} \pm s_d$)	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	30	30.18 ± 6.30	20.62 ± 6.35	17.79	<0.01
对照组	30	31.37 ± 3.87	13.63 ± 4.25	17.56	<0.01
<i>t</i>	—	0.88	5.01	—	—
<i>P</i>	—	>0.05	<0.01	—	—

3 讨论

中医认为脑卒中后痉挛属于中医体系中的“筋病”“痉病”“臂肘挛疾”等范畴。文献《素问·生气通天论》记载“阳气者,精则养神,柔则养筋”意为筋得到阳气温养肢体才能柔和自如,阳气衰弱则筋脉运行不畅,发为痉挛。《灵枢·邪客》言:“邪气恶血,固不得住留,住留则伤筋络骨相关,不得屈伸,故拘挛也”。指出中风后肢体痉挛是由于气滞血瘀阻塞脉络所致。《景岳全书》云:“偏枯拘急痿弱之类,本由阴虚……夫血非气不行,气非血不化……气中无血,则病为抽掣拘挛”认为发病部位在肝和筋,发病的病因病机为阳热、风、筋燥血虚。腹针以中医理论为基础,神阙调控系统为核心,脏腑经络学说为指导的一种方法^[7]。腹部是人体经络分布最多、脏腑最集中、气血最丰沛的部位。通过对腹部穴位的针刺,可以最大限度调节脏腑经络功能。促进气血生化,使肢体的功能得到恢复,达到降低肢体肌张力的目的^[8]。所取穴位中关元、气海、中腕、下腕称为引气归元,关元主肾,气海补养正气,中腕主心、小肠,所以此组穴位具有交通心肾、健脾养胃、培肾固本调畅气机的作用。滑肉门、大陵为通腹气要穴具有引导气血上输下达濡养肢体的作用。风湿点具有通利关节消炎止痛的功效。大横作为调脾穴,能够健脾祛湿滑利关节。

现代医学认为脑卒中后肌张力过度增高是由于上运动神经元损伤,对下运动神经元抑制作用减弱或消失,引起随意运动障碍^[9]。长时间的肌张力过度增高不利于分离运动的出现,更阻碍了患肢的康复。通过对关节的持续被动静力牵伸可以使亢进的反射降低,使早期的痉挛降低和逆转。Bobath 技术治疗肌张力增高主要是通过抑制技术,减少上运动神经元损伤症状,通过促进技术增强健患两侧之间

肢体、躯干正常运动的协调。促进患侧肢体运动功能,减少代偿模式的出现^[10]。神经肌肉促进技术是以神经生理学为理论基础,通过语言命令、视觉引导、手的接触影响运动模式。运用等张收缩、重复牵伸、拮抗肌逆转等技术,加强拮抗肌肌张力和肌力来抑制偏瘫病人患肢的痉挛,促使痉挛肌和拮抗肌的肌张力达到动态平衡,以此促进正常姿势和反射的出现,达到病人运动协调的目的^[11]。通过控制关键点等神经发育技术在抑制异常的反射模式同时,也可以促进病人分离运动的出现,加快正常运动模式的建立。采用康复训练的方法治疗脑卒中病人的肌张力过度增高已经被广泛推广。本研究运用综合康复治疗治疗脑卒中后上肢肌张力增高,可显著降低患肢上肢肌张力,提高上肢运动能力,是治疗本病的有效方法,值得进一步研究推广。

[参 考 文 献]

- [1] 李玉琴,李建媛. 腹针治疗缺血性脑卒中恢复期肌张力增高疗效观察[J]. 现代中医临床, 2014, 21(4): 33.
- [2] 杨晓静. 运动功能训练配合物理疗法对脑卒中后下肢肌痉挛

的疗效分析[J]. 中国医药指南, 2014, 12(32): 210.

- [3] 王茂斌. 偏瘫的现代评价与治疗[M]. 北京: 华夏出版社, 1990: 159.
- [4] 白水平. 神经内科疾病诊断标准[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2009: 235.
- [5] 倪朝民. 神经康复学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 361.
- [6] 傅壬桃. 艾灸联合康复训练治疗卒中后上肢肌张力增高的临床疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2015, 34(10): 67.
- [7] 陈莉秋, 刘立飞, 汪雅茹. 腹针结合动力灸治疗腰椎间盘突出症 33 例临床观察[J]. 河北中医, 2015, 37(2): 244.
- [8] 祝晓忠. 腹针治疗中风后肢体肌张力增高的临床研究[J]. 中国医师杂志, 2016(s1): 219.
- [9] 苏苏, 孙远征. 针刺拮抗肌配合康复治疗脑卒中后下肢肌张力增高临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2013, 32(6): 448.
- [10] 樊留博, 江毅卿, 刘宝华, 等. 基于 Bobath 理念的强化膝关节控制训练在痉挛性偏瘫患者康复中的应用[J]. 温州医科大学学报, 2017, 47(1): 23.
- [11] 马达, 和瑞欣, 楚海波. 针药配合康复训练治疗脑卒中后肌张力增高 50 例[J]. 河南中医, 2010, 30(1): 57.

(本文编辑 刘璐)

[文章编号] 1000-2200(2017)05-0669-02

· 临床医学 ·

不明原因上腹痛 108 例诊治体会

张 勇

[摘要] **目的:** 探讨不明原因上腹痛的诊断及治疗体会。 **方法:** 2002 年 9 月至 2012 年 9 月选取反复发作的不明原因上腹疼痛病人 108 例进行研究, 具体操作包括病史采集、体格检查、常规实验室检查、大便培养、腹部平片、超声检查、全消化道钡餐检查。 **结果:** 全消化道钡餐检查提示阑尾未见钡剂充盈、充盈缺损及排空障碍者占 100%。 85.2% 的病人采取手术治疗, 术后腹痛均消失。 术后观察 2 年未见类似腹痛发作。 **结论:** 对于不明原因的上腹痛, 应高度怀疑阑尾绞痛, 采用全消化道钡餐检查进行确诊, 并及时行阑尾切除术。

[关键词] 腹痛; 阑尾绞痛; 钡餐检查

[中图分类号] R 656.1

[文献标志码] A

DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2017.05.034

难以解释的反复发作上腹绞痛是临床医生经常遇到的问题。原因是多方面的, 绝大多数按“胃炎”治疗, 效果差, 其中因阑尾不全性梗阻导致腹部绞痛, 形成类似肠梗阻的非炎性阑尾绞痛, 在临床中较为常见且不易明确诊断。本研究选取我院 2002 年 9 月至 2012 年 9 月共收治不明原因的反复发作上腹绞痛病人 108 例, 旨在探讨该病的诊断及治疗体会。现作报道。

1 临床资料

本组共 108 例, 男 70 例, 女 38 例, 年龄 16~40 岁。病史 1~72 个月。腹部绞痛程度不一, 发作呈阵发性, 每次持续数分钟或数十分钟, 大多在 1 d 之内消失, 每年发作 2~3 次。少数病人 2 次急性腹痛间有持续性隐痛。多数合并有恶心, 少数合并呕吐, 10 例合并腹泻。部分腹痛发现与进食冷食与不洁食物有关。体格检查: 体温均正常, 腹部未见胃肠型及蠕动波, 腹软, 10 例有上腹压痛, 5 例麦氏点压痛, 8 例上腹及右下腹麦氏点均有压痛, 85 例腹部无压痛, 所有病人均无反跳痛, 未及包块, 肠鸣音正常 87

[收稿日期] 2015-11-18

[作者单位] 泰山医学院附属新泰医院 普外一科, 山东 新泰 271200

[作者简介] 张 勇(1973-), 男, 主治医师。