

巴氯芬结合康复训练对脑卒中后肌痉挛的疗效观察

陈秀琼, 阳初玉, 徐薇, 黎刚

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区江滨医院康复病房

作者简介: 陈秀琼(1975-), 女, 研究生学历, 学士学位, 主治医师, 研究方向: 神经康复。E-mail: chenxa7161@163.com

[摘要] 目的 观察巴氯芬对脑卒中后偏瘫患者肌痉挛的治疗效果及不良反应。方法 脑卒中后的偏瘫住院患者60例, 均给予巴氯芬口服并结合康复训练3~6个月。服药前、服药中每1个月检查1次血常规及肝、肾功能。按修订的Ashworth评分法评定肌张力, 按Fugl-Meyer运动量表(FMMS)评定患者的运动功能。结果 60例患者中显效3例(5.0%), 有效27例(45.0%), 好转24例(40.0%), 无效6例(10.0%), 总有效率为90.0%。FMMS从(29.91±7.63)上升为(58.18±8.32)($P < 0.01$)。未见明显的毒副作用。结论 巴氯芬结合康复训练能明显改善脑卒中偏瘫肢体的痉挛状态, 提高运动功能。

[关键词] 脑卒中; 肌痉挛; 巴氯芬; 康复训练

[中图分类号] R 743.3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2009)06-0638-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.06.37

Effect of baclofen combined with rehabilitation therapy on poststroke spasticity CHEN Xiu-qiong, YANG Chu-yu, XU Wei, et al. The Department of Rehabilitation Medicine, Jiangbin Hospital of Guangxi, Nanning 530021, China

[Abstract] **Objective** To study the effect of baclofen with rehabilitation therapy on poststroke spasticity. **Methods** Sixty patients accepted baclofen with rehabilitation for 3~6 months. Blood and urine routine test, hepatic and renal function were monitored before and every 1 months after treatment. Modified Ashworth scale was used for evaluation of the spasticity and Fugl-Meyer Motor Scale (FMMS) was used for evaluation of the motor function. **Results** Their muscular tension was significantly improved ($P < 0.01$) after treatment, as well as the FMMS ($P < 0.01$). 3 patients were very effective, 27 patients were effective, 24 patients were improved, 6 patients were not effective. No side-effect was observed. **Conclusion** Baclofen combined with rehabilitation can effectively relieve spasticity and improve the motor function of the stroke patients with spastic hemiplegia.

[Key words] Stroke; Spasticity; Baclofen; Rehabilitation

脑卒中偏瘫患者约80%~90%有某种程度的痉挛^[1]。虽然痉挛有助于某些患者的站立和转移, 或使某些患者的静脉回流增加, 从而减轻水肿, 但痉挛限制了大多数患者肢体活动, 甚至有的患者因肌张力的增高导致关节僵硬、强直, 形成了不可逆转的二次并发症, 严重影响了患者的运动功能, 同时延迟了康复训练的进程。我们对巴氯芬结合康复训练治疗脑卒中后肌痉挛的疗效进行了临床观察, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 病例为2004-09~2008-09在我院康复病房住院的脑卒中后偏瘫患者, 根据病史、神经系统体格检查和头部CT或MRI检查, 符合全国第四届脑血管病会议制定的标准, 所有患者均存在痉挛性偏瘫。共60例, 其中男性39例, 女性21例, 年龄37~81岁, 平均年龄62.2岁; 脑梗死42例, 脑出血18例; 左侧偏瘫32例, 右侧偏瘫28例。病程1~3个月。按修订的Ashworth评分法, 上肢: I⁺级6例, II级

45例, III级9例; 下肢: I⁺级9例, II级36例, III级15例。血常规及肝肾功能检查未见肝、肾功能损害。排除消化道溃疡病史、癫痫病史及精神病史。

1.2 治疗方法

1.2.1 用药方法 巴氯芬常规在饭后服用, 起始剂量每次5mg, 3次/d, 1周后增加为每次5mg, 直至获得最佳效果或患者能耐受程度, 每日常规剂量15~45mg, 每日最大剂量不超过75mg。治疗3~6个月。患者若出现不可耐受的不良反应或服用最大剂量1个月仍无效时, 可酌情减量直至停药。

1.2.2 康复训练 (1) 正确体位摆放: 从卧床期开始就将肢体摆放于抗痉挛体位, 配合使用系列塑形或矫形器固定关节于功能位。(2) 站立训练: 使用电动起立床、站立架或在平行杠内进行站立训练, 2次/d, 每次30~60min。(3) 被动活动: 每日进行2次全范围的关节被动或助力活动训练, 尽量

保持关节和软组织最大范围的活动,每次最少 30 min。(4)持续牵张训练:由治疗师被动牵张受累的关节到其活动范围的极限,然后固定该关节近端部分,牵拉其远端部分,每次持续 20~30 s,连续 5~10 次。牵张活动前后给予局部手法按摩。

1.3 观察指标 采用修订的 Ashworth 评分法(Modified Ashworth Scale, MAS)评定患者肌痉挛情况,采用 Fugl - Meyer Motor Scale(FMMS)法评定运动功能,于治疗前及治疗 3 个月后进行评定。服药前、服药中每 1 个月检查 1 次血、尿常规及肝、肾功能。

1.4 疗效判断 同治疗前相比,肌张力减低半级(从 II 级降

为 I⁺级,或 I⁺级降为 I 级)为好转,减低 1 级为有效,减低 2 级为显效。总有效率 = (好转例数 + 有效例数 + 显效例数) / 总例数 × 100%。

1.5 统计学方法 对治疗前后数据进行 t 或 χ^2 检验。

2 结果

2.1 治疗后 3 个月,患者偏瘫侧上下肢体的肌张力较治疗前均有明显好转($P < 0.01$),见表 1。显效 3 例(5.0%),有效 27 例(45.0%),好转 24 例(40.0%),无效 6 例(10.0%),总有效率为 90.0%。

表 1 治疗前后患者上下肢肌张力 MAS 评分比较

时间	上肢						下肢					
	0	I	I ⁺	II	III	IV	0	I	I ⁺	II	III	IV
治疗前	0	0	6	45	9	0	0	0	9	36	15	0
治疗后	0	24*	18*	15*	3*	0	0	30*	12	12*	6*	0

注:与治疗前比较,* $P < 0.01$

2.2 治疗前患者 FMMS 为(29.91 ± 7.63),治疗后为(58.18 ± 8.32),治疗前后比较,差异有统计学意义($t = 19.398, P < 0.01$)。

2.3 不良反应:嗜睡、乏力 8 例,服药 4~5 日后自然消失;胃肠道反应 5 例,在用药 1~2 周后不良反应逐渐消失。未观察到肝功、肾功、血象改变及其他不良反应。

3 讨论

3.1 肌张力增高是偏瘫患者恢复过程中一个重要的阶段。具备一定的肌张力对患者的站立和行走具有重要的意义。但肌张力过度增高导致肌肉痉挛会造成肢体活动困难,甚至关节僵硬,且运动时往往消耗大量的体力,容易产生疲劳,严重者轻微刺激即可造成肌肉痉挛。若过度增高的肌痉挛得不到有效地控制,就会影响分离运动的出现及向正常运动模式的转换,从而影响患者的康复进程^[2]。因此,如何对患者的过高肌张力进行必要的干预,使肌张力按顺序恢复,是脑卒中患者合并痉挛性偏瘫康复的关键所在。

3.2 以运动训练为主的物理治疗一直是康复医学治疗偏瘫痉挛的主要方式,也是最基础、使用最广泛的方法,其内容包括良肢位的摆放、抗痉挛模式训练、关节活动度的保持以及痉挛肌肉的静态牵张等,通过上述方法,可以缓解痉挛,同时,通过促进疗法训练,诱发分离运动模式,建立正常运动模式^[3]。通过上述康复训练,部分患者能达到比较满意的效果,但对于肌张力过度增高的患者效果较差。

3.3 巴氯芬是人体中枢神经系统主要抑制性 γ -氨基丁酸(GABA)的衍生物,通过抑制脊髓的单突触和多突触反射的传递,促使中间神经元活动的转正,减少 α -运动神经元的活动,同时也作用于脑部前半部分,刺激 GABA_B 受体,从而抑制兴奋性神经递质的释放,使异常增高的骨骼肌张力得到部分缓解^[4]。国外使用巴氯芬泵,在控制下向鞘内注药以达到控制痉挛的目的^[5],但由于是侵袭性治疗措施,限制了临床的应用。

3.4 本组结果表明,口服巴氯芬结合康复训练对降低脑卒中痉挛性偏瘫肢体肌张力疗效确切,更为重要的是由于对偏瘫肢体自然恢复过程中的过高肌张力进行了有效的干预,避免了由于过高肌张力对康复锻炼的限制,可以最大限度地避免偏瘫肢体异常的运动模式的出现,使得患者在康复的介入下,较顺利地诱导出正常运动模式的再现,有利于患者运动功能的恢复。临床研究表明,巴氯芬是一个安全有效的药物^[6]。本组的患者服用巴氯芬片后多数患者无明显不良反应,少数患者在服药开始时有嗜睡、乏力、胃肠道不良反应,但在服药约 1 周后症状自行缓解,这与既往文献报道类似^[7]。

参考文献

- 1 公维军,张 通,孙新亭. 卒中后痉挛性偏瘫的研究现状[J]. 中国康复理论与实践,2008,14(3):212-213.
- 2 缪鸿石. 康复医学理论与实践[M]. 上海:上海科学技术出版社,2000,318:1198-1199.
- 3 李 华,杨 俊,赵艳青,等. 抗痉挛模式对偏瘫患者肢体痉挛的作用[J]. 中华物理医学与康复杂志,2001,23(1):55-56.
- 4 姚金荣,王东生,倪新宝,等. 巴氯酚并康复训练对脑卒中患者痉挛性偏瘫的治疗效应[J]. 中国临床康复,2004,8(10):1814-1815.
- 5 Guillaume D, Van Havenbergh A, Vloeberghs M, et al. A clinical study of intrathecal baclofen using a programmable pump for intractable spasticity [J]. Arch Phys Med Rehabil, 2005, 86(11):2165-2171.
- 6 Azhar S. Poster 70: Very early use of intrathecal baclofen in a stroke patient is safe and efficacious; a case report [J]. Arch Phys Med Rehabil, 2006, 87(10):e26.
- 7 尹 清,汪 琴,刘青山,等. 巴氯芬结合运动疗法对颅脑外伤后偏瘫患者肌痉挛的疗效观察[J]. 中国康复理论与实践,2007,13(11):1052-1053.

[收稿日期 2009-02-25][本文编辑 韦挥德 黄晓红]