

巴氯芬对偏瘫患者肢体功能恢复的影响

张自茂 张盘德

[摘要] 目的 探讨脑卒中偏瘫患者使用抗痉挛药物的时机及其对于肢体运动功能的影响。方法 按肌张力增高程度将 83 例脑卒中偏瘫患者分为轻度增高组(A组)和严重增高组(B组),每组又分为对照组和试验组;对照组患者仅接受康复训练,试验组患者在康复训练的同时接受巴氯芬治疗;分别在训练前和训练 1 个月后对 4 组患者进行肢体运动功能和 ADL 能力评定。结果 训练 1 个月后,4 组患者的肢体功能和 ADL 能力均有提高,但 A 组内对照组与试验组患者提高的程度无显著性差异;B 组内对照组与试验组患者提高的程度有显著性差异。结论 肌张力轻度增高对脑卒中偏瘫患者肢体运动功能恢复无显著影响,只有当肌张力明显增高(Asworth 3 级以上)并影响运动训练时,才有必要进行药物干预。

[关键词] 痉挛;偏瘫;运动功能;巴氯芬

Effect of baclofen on recovery of motor function of stroke patients with hemiplegia ZHANG Zi-mao, ZHANG Pan-de. Department of Rehabilitation, Foshan First People's Hospital, Foshan 528000, Guangdong, China

[Abstract] **Objective** To explore the best applying time and effect of baclofen on recovery of motor function of stroke patients with hemiplegia. **Methods** 83 stroke patients with hemiplegia were divided into group A and group B according to the degree of muscle tension, every group was divided into the treatment group and control group. Patients of the four groups were treated with routine rehabilitation training, and baclofen was added to the patients of two treatment groups. Motor ability and activities of daily living (ADL) of patients were evaluated before and after one-month treatment. **Results** After one-month treatment, motor ability and ADL of all patients were improved, but in group A, there were not significant differences existed between treatment group and control group ($P > 0.05$), while, there was a significant difference existed in group B ($P < 0.01$). **Conclusion** Baclofen is necessary to stroke patients with hemiplegia only when the muscle tension increased obviously (\geq Asworth 3).

[Key words] spasticity; hemiplegia; movement function; baclofen

中图分类号:R743.3 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2004)08-0486-02

[本文著录格式] 张自茂,张盘德.巴氯芬对偏瘫患者肢体功能恢复的影响[J].中国康复理论与实践,2004,10(8):486-487.

肌张力是指肌肉静止状态时的紧张度,是维持肢体位置、支撑体重所必须的,也是保证肢体运动滞空能力、空间位置、进行各种复杂运动所必要的条件。肌张力过高、过低都会影响运动功能。脑卒中患者约 50%—80%有运动功能障碍^[1],这类患者往往存在不同程度的肌张力异常,其中以增高多见,偏瘫侧肢体表现为持续痉挛状态。巴氯芬为中枢性肌松剂,属 γ 氨基丁酸(γ -aminobutyric acid, GABA)衍生物,主要通过 GABA 受体结合,干扰兴奋性氨基酸(如天门冬氨酸、谷氨酸)的释放,抑制脊髓单突触和多突触性反射的传导,降低单突触和多突触反射的兴奋性;或使神经元内 K^+ 外流,产生超极化作用,缓解锥体束受损引起的骨骼肌痉挛,达到缓解痉挛的作用,是目前治疗痉挛的主要药物^[2-4]。本研究旨在探讨巴氯芬抗痉挛治疗的最佳时机,及其对肢体运动功能恢复的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例为2000年1月—2002年12

月在我院康复科住院治疗的 83 例脑卒中患者。根据上肢肌张力增高程度,将 Ashworth 1—2 级的患者分入 A 组, Ashworth 3—4 级的患者分入 B 组,按照入组顺序随机在 A 组和 B 组内又分为对照组和试验组,各组收录患者的例数、性别、年龄及病变性质等见表 1。

本研究病例选择标准:①符合第 4 届脑血管病会议制订的诊断标准,并经头颅 CT 或 MRI 确诊为急性脑卒中首次发作;②不伴有听理解障碍及认知障碍,能配合训练;③病程 1—3 个月,生命体征稳定,已进入恢复期;④年龄 < 80 岁。

表 1 83 例患者临床资料

分组		n	男	女	年龄(岁)	病变性质	
						出血	梗死
A 组	对照组	30	18	12	62.31	7	23
	试验组	30	20	10	61.47	9	21
B 组	对照组	11	8	3	65.62	3	8
	试验组	12	7	5	66.29	4	8

注:参考 Ashworth 量表分级, A 组患者为 1—2 级; B 组患者为 3—4 级。

1.2 方法 患者入院后均接受同样的神经内科常规药物治疗及康复训练。药物治疗包括抗凝、抗血小板

作者单位:528000 广东佛山市,佛山市第一人民医院康复科。作者简介:张自茂(1970-),男,四川自贡市人,主治医师,主要研究方向:脑血管病防治与康复。

聚集、抗纤溶、神经元保护等药物的使用。

康复训练则根据患者的功能障碍情况而进行,其中包括:①上肢训练:引发上肢前伸的肌肉活动和运动控制,训练前臂旋后、对掌、对指等动作;②下肢训练:屈膝、踝、伸髋屈膝联合训练,骨盆提起转向前同时屈膝伸髋训练;③文体训练:偏瘫体操;④日常生活活动(activities of daily living, ADL)能力训练:训练患者穿脱衣服、进餐、移乘、入厕、入浴等;⑤床上训练:患者在床上做主动及被动肢体活动,活动时肢体放松,先做大关节,按顺序到小关节,多做肩关节外展、外旋、前臂旋后等动作;⑥坐起及坐位平衡训练:练习重心转移的姿势调整;⑦站起及站位平衡的训练:训练躯干在髋部前倾,站起,以及站立时的重心转移;⑧步行训练:扶持立位下患腿前后摆动、踏步、屈膝、伸髋等练习,患侧负重健侧向前后移动及进一步训练患腿的平衡,以及扶持步行、平衡杠内步行至徒手步行训练等。每次训练 40 min,每天训练 2 次。

试验组在上述治疗基础上给予巴氯芬抗痉挛治疗,具体用法如下:从 5 mg, 3 次/日开始,每 3 天增加 5 mg,至肌张力下降 2 个级别或患者不能耐受时,不再增加药物剂量。

1.3 疗效评定 在训练前及训练 1 个月后评定 4 组患者的上肢运动功能及 ADL。

评定标准:上肢运动功能采用上田敏偏瘫肢体功能评价方法,恢复等级为 12 级;ADL 能力评定采用 Barthel 指数(Barthel Index, BI)。

2 结果

表 2 两组患者训练前后上肢功能级别比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组		训练前评定值	1 个月后增加值
A 组	对照组	5.17 ± 0.64	3.42 ± 0.36
	试验组	5.13 ± 0.54	3.51 ± 0.33
B 组	对照组	4.88 ± 0.26	1.76 ± 0.27
	试验组	4.82 ± 0.21	2.38 ± 0.23

表 3 两组患者训练前后 ADL 能力比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组		训练前评定值	1 个月后增加值
A 组	对照组	53.47 ± 3.57	18.11 ± 3.72
	试验组	52.61 ± 4.01	19.57 ± 4.36
B 组	对照组	53.83 ± 4.52	10.13 ± 3.30
	试验组	53.24 ± 4.86	14.88 ± 3.69

训练前, 4 组患者的肢体功能级别和 BI 评分无显

著性差异;经 1 个月训练后, A 组内对照组和试验组患者的肢体功能级别和 BI 评分无显著性差异($P > 0.05$), B 组内对照组和试验组患者的肢体功能级别和 BI 评分有非常显著性差异($P < 0.01$); A 组患者与 B 组内对照组和试验组患者相比, 肢体功能级别和 BI 评分均有非常显著性差异($P < 0.01$)(见表 2、表 3)。

3 讨论

脑卒中患者在肢体功能恢复的过程中, 瘫痪肢体的肌张力逐渐恢复, 到痉挛期, 一部分患者肌张力会异常增高, 并引起痉挛, 常表现为上肢屈肌痉挛和下肢伸肌痉挛模式。目前, 多数人认为痉挛的存在既有不利的一面, 也有有利的一面, 只有当痉挛严重影响患者的日常生活活动时才予以处理^[5]。通过本对照研究, 我们得到了类似的结论, 同时我们认为, 将严重痉挛量化为 \geq Asworth 3 级更为合理, 可操作性更强。在研究中发现, 单纯抗痉挛治疗降低肌痉挛后, 患者的肌力并未立即得到提高, 这与国内的报道相符合^[6]。痉挛的缓解使改变患者的异常运动模式成为可能, 有利于运动训练的进行, 可使患者的肢体功能和 ADL 能力得以提高。本研究结果显示, 严重痉挛时(\geq Asworth 3 级), 抗痉挛药物治疗效果显著; 轻度痉挛患者训练后的效果总体上要优于使用抗痉挛药物的严重痉挛患者, 但能否早期使用抗痉挛药物抑制痉挛的发生、发展, 进而提高康复疗效, 仍有待进一步的研究。

[参考文献]

[1] Wade DT, Skilbeck CE, Hewer RL. Predicting Barthel ADL score at 6 months after an acute stroke[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1983, 64:24.

[2] Elovic E. Principles of pharmaceutical management of spastic hypertonia[J]. Phys Med Rehabil Clin N Am, 2001, 12:793—816.

[3] 秦绍森, 张晓燕, 罗盛, 等. 巴氯芬在中风后中期的临床应用研究[J]. 脑与神经疾病杂志, 2001, 9(2):93.

[4] Bittiger H. Basic Aspects of Inhibitory Transmitter Amino Acids in Spasticity and Pain in Marsden CD (ED). Treating Spasticity Pharmacological Advances[M]. Toronto: Hans Huber Pub, 1998. 20—30.

[5] 中华人民共和国卫生部医政司主编. 中国康复医学诊疗规范[M]. 北京: 华夏出版社, 1999. 20.

[6] 方定华, 朱镛连, 王瑞华. 脑血管病康复期的抗痉挛药物治疗[J]. 神经病学与神经康复杂志, 1996, 1(1):28.