

主,应用增强免疫功能的方法和药物,可明显缩短病程,减少并发症的发生。常用的药物为抗病毒制剂和激素类药物。

局部神经浸润阻滞也是治疗带状疱疹手段之一,所用药物为局麻药和激素混合液,具有营养神经、消炎、恢复组织功能等作用,神经阻滞的作用机制主要包括^[5-8]:①阻滞周围神经由病灶向中枢的疼痛刺激,降低中枢兴奋性;②阻断交感神经传出冲动,使患处血管扩张,改善局部血运,加速炎症消退和皮损愈合;③药液中的皮质激素可起到抗炎、消水肿作用;④由于水痘-带状疱疹病毒不仅侵犯神经节,也侵犯外周神经和发疱部位感受器;因此,行疱疹区局部浸润,直接阻断末梢神经和皮肤痛觉感受器向中枢神经系统的恶性刺激,改善局部循环,减轻炎症反应,有利于减轻皮损和加快皮损恢复。本研究所使用的复方倍他米松是二丙酸倍他米松和倍他米松磷酸钠的混悬制剂,可在治疗对皮质激素奏效的疾病中发挥强力的抗炎、抗风湿和抗过敏作用。可溶性的倍他米松磷酸钠在注射后很快吸收而迅速起效,微溶性的二丙酸倍他米松注射后,成为一个供缓慢吸收的贮库,持续产生作用,从而长时间控制症状。

直线偏振光近红外线能输出高功能光能,照射瞬间可产生较高的强度和浓度的辐射波,直接作用于投射部位或病变区,且输出的波段频率高,具有扩张血管,促进血液循环,调节机体新陈代谢,提高免疫功能等作用,可使疱疹区炎症消散,疼痛减轻^[4,8-10]。直线偏振光对星状神经节照射后能够使交感神经兴奋得到抑制,改善因交感神经过度兴奋引起的循环障碍、痛觉过敏状态,通过使肌肉松弛,血管扩张,组织营

养加强,细胞活性增强,组织再生能力加速,血液和淋巴系统循环改善,达到消炎、解痉、镇痛的目的。

本研究通过采用病灶区皮下局部神经浸润阻滞联合直线偏振光局部照射病变区传入神经阻滞,可以显著改善病灶区炎症水肿,减轻疼痛,同时可以加速疱疹消退,使得带状疱疹后遗痛发生率较对照组低,减少了局部注射方法所带来的风险和副作用。

参考文献

- [1] 张学军主编.皮肤性病学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2004.59—60.
- [2] 李继华,段红玲,胡杰.脉冲短波并脉冲磁场治疗带状疱疹后神经痛[J].中华理疗杂志,2001,24(3):179—180.
- [3] 燕铁斌主编.现代康复治疗学[M].广州:广东科学技术出版社,2004.394.
- [4] 曹索奇,赵福胜,辜凤君,等.直线偏振光近红外线并药物治疗带状疱疹及其后遗神经痛[M].中华物理医学与康复杂志,2005,27(2):116—118.
- [5] 杜冬萍.带状疱疹和神经痛[J].实用疼痛杂志,2005,1(3):164—166.
- [6] Kost RG, Straus SE. Postherpetic neuralgia—pathogenesis treatment and prevention[J]. N Engl J Med,1996,335:32—34.
- [7] 姚红娜,蒙秉新,严兴福.神经阻滞疗法治疗带状疱疹后神经痛24例[J].临床皮肤科杂志,2002,11(5):303.
- [8] Stankus SJ, Dlugopolski M, Packer D. Management of herpes zoster and postherpetic neuralgia [J]. Am Fam Physician, 2000,61:2437—2444.
- [9] 赵英,闵若谦,舒琼.经皮神经电刺激和红外偏振光联合应用对老年带状疱疹后神经痛的影响[J].中国康复医学杂志,2003,18(1):19—21.
- [10] 刁枢,孙坚,候鸣宇,等.超激光疼痛治疗仪在疼痛门诊的应用(1051例报告)[J].中国疼痛医学杂志,1999,5:115—116.

·短篇论著·

针刺配合康复治疗对脑卒中早期患者功能恢复的影响

姚利民¹

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2004年3月—2005年3月来我院中医科住院患者62例。所有的患者均符合:①1995年国家中医药管理局脑病急症协作组《脑卒中中医诊断疗效评定标准》^[1]。②1995年全国第四届脑血管病学术会议修订的《急性脑血管病诊断标准》^[2]。③符合上述中西医诊断标准的急性期脑卒中患者,经CT或MRI证实,首次发病,年龄40—80岁,神志清醒且病情稳定,有肢体功能障碍者。排除标准:①经检查证实有脑肿瘤、脑外伤、脑寄生虫病、代谢障碍、风湿性心脏病、冠心病及其他心脏病合并房颤者。②有严重并发症,如严重精神障碍,严重痴呆,合并有心、肝、肾、造血系统和内分泌系统等严重原发性疾病患者。③语言理解有严重障碍者。④有关节病变等严重影响肢体运动功能者。

62例患者随机分为两组,针刺康复组(33例)和单纯针刺组(29例),两组患者一般资料见表1。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗开始时间:在常规药物治疗的基础上,早期针刺治疗及康复治疗应在急性发病后,生命体征平稳,神经系统症状不再进展时进行,缺血性脑血管病于48h后开始实行,出血性脑血管病于5—7天后开始。

1.2.2 单纯针刺组的治疗方案:采用传统针刺法治疗。取对侧运动区、患侧肩髃、曲池、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、解溪、丘墟、昆仑、侠溪,上述穴位,每次均针刺。头皮针平刺,体针直刺,使用电针仪,频率30HZ,留针30min。若合并有肩痛加肩髃、臂臑。肩手综合征加中渚、八邪。

1.2.3 针刺康复组的治疗方案:针刺治疗方案同针刺组。康复治疗采用Bobath疗法^[3]和运动再学习方案^[4]。

1.2.3.1 急性期(早期卧床期):主要进行:①保持良好体位;

1 长春市人民医院中医科,130051

作者简介:姚利民,男,主治医师

收稿日期:2006-03-28

表 1 两组患者一般资料

组别	例数	性别(例)		平均年龄(岁)	病变性质(例)		病程(天)	神经功能缺损程度评分
		男	女		脑出血	脑梗死		
针刺康复组	33	27	5	57.28±11.22	4	29	8.76±4.78	21.59±7.67
单纯针刺组	29	21	8	61.71±9.18	3	26	9.24±5.23	21.46±5.64

两组患者平均年龄、病程、神经功能缺损程度评分经统计学分析 $P>0.05$

②肢体被动运动;③床上运动训练;④坐起训练及 ADL 训练。如患者条件允许可进行患侧肢体主动运动训练。

1.2.3.2 恢复期:①上肢功能训练;②坐位平衡训练;③站起和坐下训练;④站立平衡训练;⑤行走训练。以上康复训练每日 1 次,每次 45min 左右。

1.2.4 治疗时间:以上两组均治疗两个疗程,每疗程 2 周,每周 6 次,1 次/日。同时以上两组均接受神经内科常规药物治疗。

1.3 疗效评定

在开始治疗的前一天进行首次评定,4 周后进行末次评定,采用国际通用的临床神经功能缺损程度评分(the

Canadian neurological scale, CNS), 简式 Fugl-Meyer (Fugl-Meyer assessment, FMA) 运动功能评价法,改良 Barthel 指数(modified Barthel index, MBI)分别评定患者的临床神经功能缺损程度、运动功能和 ADL 能力^[9],比较两组功能改善情况。同时观察比较两组并发症的发生率。

1.4 统计学分析

采用 SPSS10.0 统计软件,治疗前、后两组数据均采用 t 检验。

2 结果及讨论

结果见表 2—3。针刺疗法作为我国传统医学的重要组成

表 2 两组患者治疗前后 CNS、FMA、MBI 的比较

(x±s,分)

组别	CNS		FMA		MBI	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺康复组	21.59±7.65	13.17±5.29	29.86±21.65	57.72±23.57	31.38±21.04	65.23±19.43
单纯针刺组	21.46±5.64	16.64±5.59	29.65±21.08	42.68±24.57	29.29±15.68	51.87±14.72

治疗后两组各项数据比较 $P<0.05$

表 3 两组患者治疗前后继发并发症的比较

(例)

组别	肩手综合征		肩痛		肩关节半脱位	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺康复组	3	2	6	4	15	7
单纯针刺组	4	4	8	4	12	9

治疗后两组比较 $P>0.05$

部分,很早就被应用于对脑卒中偏瘫患者的治疗,并积累了十分丰富的临床经验。在脑卒中的极早期,患侧肢体处于软瘫期,多数表现明显缺乏主动运动能力,此时采用促通技术,疗效常比较有限。而现代医学研究表明,针刺作为一种适宜的外周刺激,一方面通过针刺特殊的外周感觉传入方式,调整神经反射环路中各个神经元的兴奋性,实现大脑皮质的功能重组和功能代偿,大量试验研究也表明,电针能快速增加脑缺血区的局部血流量,缩小脑梗死体积,抑制兴奋性氨基酸毒性,从而保护神经功能^[6]。另一方面,针刺穴位刺激了皮内的触痛觉感受器,产生各种冲动,通过触痛觉传导束将冲动最后投射到大脑皮质中央后回,经各级神经中枢整合后由锥体系或锥体外系的运动传导路传出,支配相应的骨骼肌防止肌肉萎缩,抑制肌肉痉挛^[7]。

脑卒中患者康复的最终目的是克服功能障碍造成的残疾,提高患者的生存质量。这就要求我们能使患者建立随意和协调的正常运动模式及尽可能提高患者的 ADL 能力。运动再学习技术的基本观点是:脑卒中后,患者丧失了发病前已掌握并能熟练运用的日常生活活动能力,如起坐、行走、进餐等,因此运动再学习重点强调要对患者进行早期康复,并鼓励患者主动参与反复训练,尤其是在早期尽可能开始训练患者重新学习丧失了的运动功能并掌握这些运动的技巧。运动再学习技术强调日常生活活动中运动控制的特殊训练,它包括那些对患者有意义的现实生活活动的重新学习,而不是只促通或练习无目的的运动^[9]。通过对两组治疗前后 CNS、FMA、MBI 得分比较,我们发现针刺康复组 CNS、FMA 及 MBI 得分均高于单纯针刺组($P<0.05$),特别是 MBI 得分明

显高于单纯针刺组。提示我们脑卒中患者 ADL 能力的提高单纯依靠针刺治疗作用是有限的,而配合康复训练能有效地提高患者的运动功能和日常生活能力。另外根据表 3 比较两组治疗前后继发并发症得出的结论:对于并发症的治疗,针刺康复组与单纯针刺组比较,差异没有显著性意义。

通过针刺诱发出随意运动或通过针刺调整后的运动模式,应配合康复功能训练加以固化,可以导致大脑皮质运动区的“动作定型”的完成。反复运动训练,还能使从大脑皮质到脊髓的反射通路中的突触阻力下降,从而使运动更加协调。因此,针刺与早期康复的叠加疗效优于单纯针刺治疗,特别是在改善 ADL 能力方面。针刺配合早期康复能改善脑卒中偏瘫患者的运动功能和 ADL 能力,从而在整体上提高脑卒中患者的生存质量。

参考文献

- [1] 1995 年国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病中医诊断疗效评定标准[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55.
- [2] 1995 年全国第四次脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准中附件一、附件二、附件四[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 383.
- [3] 纪树荣. 运动疗法技术学[M]. 第 1 版. 北京: 华夏出版社, 2004. 310—334.
- [4] J.H. 卡尔. 中风病人的运动再学习方案[M]. 北京: 北京医科大学出版社, 1999. 31—118.
- [5] 王茂斌. 偏瘫现代评价与治疗[M]. 第 1 版. 北京: 华夏出版社, 1990. 1.
- [6] 郭友华, 燕铁斌, Christina WY Hui-Chan. 低频电刺激治疗脑卒中偏瘫的神经机制研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(2): 156.
- [7] 张仲锦. 康复治疗结合电针穴位刺激对脑卒中患者的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(10): 779.