外软组织损害性炎症反应的消除;②损害性病变区域血运较长时间的增加;③持久的肌痉挛可引起类似慢性骨筋膜室综合征的病理变化产生肌筋膜内压力增高,此疗法可以达到松解减压目的。银质针针刺治疗通过消除椎管外软组织损伤性炎症,此乃软组织疼痛的病理学基础,从而减轻或解除肌肉痉挛。另外,由于病变软组织长时间的得到充足的血供,有利于修复和正常代谢,也是解除肌肉痉挛、恢复正常肌力的重要因素。从银质针治疗所取得持久的远期疗效及治疗后一个月局部区域血流量仍然还较治疗前有明显增加的临床观察结果分析[7],病变软组织可以获得较好的修复。

观察结果表明,银质针治疗后,患肢局部微循环管径增大、流速加快、促进局部血液循环改善是银质针治疗的一个重要方面。银质针针刺疗法其治疗的重要机制是改善血液循环。病变区血流量增加为以下原因:首先,针刺刺激皮肤感受器,通过不经脊髓的轴突反射,冲动一方面传入神经元,一方面经同一轴突的另一分支逆行到小动脉壁,引起局部血管扩张;其次,针刺刺激感觉神经末梢,使神经释放出小量"P"物质[8—9],引起血管扩张反应;再次,由于艾灸的温热作用[10],通过银质针将热传递至深层组织,热向周围扩散,病变的肌肉、筋膜附着区温度升高,小血管扩张,血液循环加强[11]。

本研究证明针刺 14 天后血流较治疗前仍有明显的增加,说明长期改善血液循环是银质针疗效持久的重要原因。究其原因,可能在于银质针针身直径 1.1mm,明显粗于一般的针灸针,加上艾灸的温热作用,起针后留下的腔隙有再血管化的可能。由于本文研究的病例少,观测时间短,所持见解有待于进一步探讨。

参考文献

[1] 宣蛰人. 宣蛰人软组织外科学 [M]. 上海: 文汇出版社, 2002.580—589.
[2] 戴闽. 实用骨科疼痛与治疗 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2008.188—189.
[3] 贾连顺,李家顺.现代腰椎外科学[M].上海:上海远东出版社, 1995.120—124.
[4] 王福根. 腰腿痛病临床治疗方案选择[J]. 中国疼痛医学会杂志, 2005,11:209.
[5] 王福根, 腰腿痛病临床治疗方案选择 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2005,11(2):109.
[6] 周静. 推拿结合肌力训练治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2007,22(9):826—827.
[7] 王军,王福根,李信玉,等. 成人股骨头缺血性坏死髋痛的研究 [J]. 中国疼痛医学杂志, 1995,1(2):63—96.
[8] Richard A.Deyo.Outcome measurement for low back pain research:a proposal for standardized use [J]. Spine,1998,23 (18):2001—2013.
[9] Patrick DI.Assessing health-related quality of life in patients with sciatica[J].Spine,1995,20:1899—1909.
[10] 胡农根,张全爱,朱雄心,等. 银质针治疗腰突症手术后遗症临床观察[J].针灸临床杂志,2008,24(9):4—5.
[11] 王福根,江亿平,王素平,等. 银质针治疗腰椎间盘突出症的临床肌电图观察[J]. 中国疼痛医学杂志,1999,5(4):194—197.

·传统医学与康复·

头针治疗预防卒中后抑郁的近期疗效观察

冯 玲[1] 茹文亚[1] 孙新芳[2] 蔡锣杰[1] 杜筱蓓[3] 吴月峰[1]

卒中后抑郁(post stroke depression,PSD)是脑卒中后情绪障碍的主要表现形式,对患者的功能恢复及生存质量的改善有负面影响,主要表现为躯体疾病症状的扩大和加重[1]。本研究通过对卒中患者的早期头针治疗,探讨对卒中后抑郁发生的预防及对患者的功能康复的影响。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2007 年 3 月—2008 年 12 月在本院神经内科、康复科住院的脑梗死偏瘫患者 72 例。

纳入标准:①符合全国第四届脑血管病学术会议制订的诊断标准[2],经头颅 CT 或 MRI 证实;②经汉密尔顿抑郁病量表(HAMD)评定无抑郁存在(总分≤7 分),经运动功能评定采用简易 Fugl-Meyer 运动功能评测法 (Fugl-Meyer assessment,FMA)、日常生活活动能力(ADL)评定采用改良 Barthel 指数 (modified Barthel index,MBI); ③经神经内科处理、神经系统症状、体征不再进展 48h 后,病程<2 周。

排除标准:①接受过溶栓治疗或脑出血患者;②年龄>80 岁;③意识不清、失语、严重认知功能障碍(用简易精神状况检查表,即 MMSE:文盲<17 分,小学文化者<20 分,中学及以上文化者<23 分者;④严重感染,严重心、肺、肝、肾疾病;⑤外地可能失访者。

将研究对象按入院顺序随机分为治疗组和对照组,每组各 36 例。治疗组男 23 例,女 13 例;平均年龄 44—79(平均 64±4.6)岁;病程 2—14(平均 7±6)天;文化程度:文盲 3 例,小学 22 例,中学及以上 11 例。对照组:男 22 例,女 14 例;年龄 46—79(平均 63±7.6)岁;病程 3—13(平均 7±7)天;文化程度:文盲 2 例,小学 22 例,中学及以上 12 例。两组性别、年龄、病程、文化程度,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

对照组给予神经内科治疗、康复治疗,合并有原发病者,给予相应治疗。

治疗组在对照组基础上给予头针治疗。神经内科治疗由神经内科医生根据卒中性质及程度选择用药,合并有其他原发病的,予原发病治疗。

康复治疗:根据患者的病程、运动功能及日常生活活动能力障碍,按统一模式,循序渐进。包括早期良姿位摆放、运

1 浙江省绍兴市人民医院康复中心, 312000
2 浙江省绍兴市人民医院神经内科
3 浙江省绍兴市人民医院精神科
作者简介: 冯玲,女,主任医师
收稿日期:2009-02-17

动疗法、作业疗法、ADL 训练,偏瘫肢体低频电刺激。由康复医师处方,专职康复治疗师承担。

头针治疗采用《头皮针穴名国际标准化方案》,选择具有治疗偏瘫和抑郁双重作用的穴位。额中线、顶中线、双侧额旁 1 线、病灶侧顶颞前斜线和顶颞后斜线,为本治疗采用的进针部位。让患者取坐位或卧位,用 5%PVP 碘局部消毒,以 30 号 40mm 不锈钢毫针沿头皮 15°角快速进入皮下,到达帽状腱膜下,进针深度约为 20mm,得气后留针,在针柄上接 G6805-Ⅱ型电针治疗仪,采用频率为 100 次/min 的连续波,强度以患者耐受为度,每次 30min,每日 1 次,每周 5 次。头针治疗由专职针灸医生操作。

1.3 评定方法

两组患者在治疗前及治疗后 4 周进行康复评定。抑郁评定采用 HAMD 量表;运动功能评定采用(FMA);日常生活活动能力(ADL)采用(MBI)。其中抑郁评定采用单盲法,由专职的经过培训的精神科医师在不知患者分组的情况下进行,康复评定由康复医生进行,同一量表由同一医师完成。

1.4 统计学分析

所有计量资料以平均值±标准差表示, 用 SPSS10.1 统计软件进行统计分析。计量资料采用 t 检验, 等级资料采用 χ^2 检验。

2 结果

见表 1—2。两组在治疗前 HAMD 量表评定、肢体运动功能评定(FMA)及 ADL 评定(MBI)差异无显著性($P>0.05$);治疗后两组 PSD 均有发生,但治疗组发生率低于对照组,差异有显著性($P<0.01$);两组肢体运动功能、ADL 能力均有改善,但治疗组改善更明显,差异有显著性($P<0.01$)。治疗中,两组患者均无不良反应出现。

表 1 两组治疗后抑郁率发生比较

组别	无抑郁(例)	轻度抑郁(例)	中度抑郁(例)	发生率(%)
治疗组	34	2	0	5.5①
对照组	29	5	2	19.4

①与对照组比较 $P<0.01$

表 2 两组治疗前后运动功能、ADL 指标比较 $(\bar{x}\pm s)$

	MBI	FMA
治疗组治疗前	42.36±12.1①	40.38±13.42①
治疗组治疗后 4 周	62.12±12.81②③	70.36±12.17②③
对照组治疗前	41.7±12.46	39.38±18.12
对照组治疗后 4 周	55.36±10.26③	57.86±17.24③

与对照组比较:①$P>0.05$, ②$P<0.01$;③与治疗前比较 $P<0.01$

3 讨论

多数研究资料显示 PSD 的发生率较高,约为 20%—60%;卒中后 1 个月内是 PSD 的发病高峰期,发病率在 25%[3]。抑郁的发生机制尚不清楚,目前主要有两种学说:①原发性内源机制学说,即 PSD 的发生与大脑损害后引起去甲肾上腺素和 5-HT 能神经元之间的平衡失调有关。病损部位累及去甲肾上腺素和 5-HT 能神经元及其传导通路,如颞叶、额叶、基底节等,致使去甲肾上腺素和 5-HT 神经递质下降,从而引起抑郁,抗抑郁药的药理作用也支持这一点[4—6]。②反应性机制学说,即家庭、社会、生理等多种影响因素导致脑卒中后的生理及心理平衡失调而致反应性抑郁状态[3,7]。现在较多的研究认为,PSD 的发生是生物、心理、社会等多种因素作用的结果。近年来,针灸治疗抑郁症的临床及机制研究逐年增多,有研究显示, 针刺可通过兴奋下丘脑 5-HT 系统, 起到抗抑郁作用;针刺可强化去甲肾上腺素功能,促进皮质醇值下降,从而改善抑郁状态;研究表明抑郁症的针灸治疗与药物治疗结果差异无显著性意义,且针灸治疗具有起效快、副作用小的优势[8—10]。

本研究表明头针治疗组 PSD 的发生率明显低于对照组,也低于文献报道[3,7],而且头针治疗组患者的功能障碍及 ADL 能力的改善明显优于对照组。因此认为,头针治疗对卒中后抑郁有预防作用,其近期疗效肯定。并推测其作用与头针直接的抗抑郁功能及有效改善患者的运动功能、ADL 能力相关;而抑郁发生率的降低,又有益于患者功能的康复。同时本研究对照组 PSD 的发生率也低于相关报道,提示康复治疗对抑郁有一定的干预作用,与报道一致[11]。

抑郁属中医学“郁证”等范畴,中医理论认为,“头者,精明之府”、“五脏六腑之精气皆上升于头”、“手足三阳经皆上循于头面”,头部乃脏腑和经络之气血汇聚之处,施针头部可贯穿顶、额、颞三区,跨越督脉及足太阳、足少阳三条阳经。而三条阳经从头到足,纵贯全身,具有通调一身阳气的功能。头针治疗则直接刺激诸阳之会,活血化瘀、理气开郁、疏通经络,能改善血液流变学的各项指标,改善血液“浓、聚、凝”状态。通过改善大脑皮质的缺血缺氧状态,加强病灶周围未受损细胞的代偿作用,从而改善精神障碍,促进肢体功能恢复。

针灸治疗作为中国传统治疗的主要方法之一,多数患者乐意接受。本研究提示,头针治疗对卒中后抑郁的近期预防作用有利于头针在临床上的推广应用。但本研究观察时间较短, 对文献报道的卒中后 3—4 个月是 PSD 的患病高峰期是否同样有干预作用,资料尚在积累中。

参考文献

[1] 窦祖林.脑卒中康复不容忽视的若干问题[J].中华物理医学与康复杂志,2007,29:289—291.

[2] 中华学会.脑血管疾病诊断和分类诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(5):376.

[3] 王辑伟,潘柳萍.脑卒中后抑郁的临床研究进展[J].中国医学文摘·内科学,2006,27(2):140—142.

[4] 杨改清,李彩霞.西酞普兰对急性脑卒中后抑郁患者神经功能恢复的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2008,11(4):98—99.

[5] 李根华,包仕尧.脑卒中后抑郁[J].国外医学·脑血管疾病分册,1996,4:32.

[6] 陈灏珠.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2002.2519.

[7] 严亦平,刘新波,胡仲纯.脑卒中抑郁的相关因素[J].中国实用神经疾病杂志,2006,9(2):99—100.

[8] 王天俊.针刺治疗抑郁症的临床观察[J].中国针灸,2005,25(2):147.

[9] 李小军.头穴为主治疗中风后抑郁症临床研究[J].上海针灸杂志,2004,23(10):13.

[10] 程坤,颜红,段可杰.针灸治疗抑郁症的临床与机理研究进展[J].中国针灸,2005,25(3):221—223.

[11] 郑婵娟,余兰芬,夏文广,等.综合康复干预对脑卒中后抑郁患者疗效的影响 [J]. 中华物理医学与康复杂志,2008,30(5):342—344.