

- [12] Kudo P, Dainty K, Clarfield M, et al. Randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial evaluating the treatment of plantar fasciitis with an extracorporeal shock wave therapy (ESWT) device: A North American confirmatory study[J]. J Orthop Res, 2006, 24: 115—123.
- [13] Cheing GLY, Cheng H, Lo SK. A comparison of the effectiveness of extracorporeal shock wave and ultrasound therapy in the management of heel pain[J]. Shock Waves, 2007, 17 (3):195—201.
- [14] Zhu F, Johnson JE, Hirose CB, et al. Chronic plantar fasciitis: acute changes in the heel after extracorporeal high-energy shock wave therapy: observations at MR imaging. Radiology, 2005, 234:206—210.
- [15] Loew M, Daecke W, Kusnierczak D, et al. Shock-wave therapy is effective for chronic calcifying tendinitis of the shoulder [J]. J Bone Joint Surg Br, 1999, 81(5):863—867.
- [16] 黄广林, 刘流. 体外冲击波在骨科的应用[J]. 国外医学·骨科学分册, 2007, 26(4):222—225
- [17] DiGiovanni BF, Nawoczenski DA, Lital ME, et al. Tissue-specific plantar fascia-stretching exercise enhances outcomes in patients with chronic heel pain: A prospective, randomized study[J]. J Bone Joint Surg Am, 2003, 85-A: 1270—1277.
- [18] Digiovanni BF, Nawoczenski DA, Malay DP, et al. Plantar fascia-specific stretching exercise improves outcomes in patients with chronic plantar fasciitis: A prospective clinical trial with two-year follow-up[J]. J Bone Joint Surg Am, 2006, 88: 1775—1781.

·短篇论著·

针刺联合功能训练对脑卒中肢体运动功能的疗效观察

郭华林¹ 郭杰²

脑卒中是一种高发病率、高致残率及高病死率的疾病, 严重威胁着人类的健康。降低存活者的病残率, 提高患者的生存质量, 使患者的肢体功能最大限度恢复, 我院康复科与内科对脑卒中偏瘫患者采用针刺和康复指导, 在内科常规治疗的同时运用早期介入针刺与康复指导疗法, 提高了患者的运动功能和生活活动自理能力, 取得较满意的疗效, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 一般资料

以就诊先后顺序随机选取2005年5月—2011年5月收住我院神经内科的首次发病的急性缺血性脑卒中偏瘫患者104例; 病程在1—3个月之内。分为早期针刺与康复指导观察组和对照组。其中男74例, 占71.15%; 女30例, 占28.84%。治疗组52例, 男38例, 女14例, 平均(64.2 ± 8.5)岁; 左侧肢体瘫痪34例, 右侧肢体瘫痪18例。对照组52例, 男36例, 女16例, 平均(65.1 ± 10)岁; 左侧瘫痪24例, 右侧瘫痪28例。两组病例在年龄、性别及病程方面差异无显著性意义($P > 0.05$)。

1.2 入组标准和排除标准

所有病例须符合2005年《中国脑血管病防治指南》通过的急性缺血性脑卒中的诊断标准^[1]: ①急性起病; ②局灶性神经功能缺损, 少数为全面神经功能缺损; ③症状和体征持续数小时以上(溶栓可参照适应证选择患者); ④脑CT或MRI排除脑出血和其他病变; ⑤脑CT或MRI有责任梗死病灶。脑卒中严重程度, 根据神经功能缺损量表评估。

排除标准: ①脑CT或MRI检查排除出血性脑卒中; ②有严重并发症(如急性心衰、上消化道出血、呼吸衰竭、肝肾功能衰竭、严重肺部感染等); 既往有痴呆病史; 发病前生活已不能自理者。

1.3 方法

1.3.1 内科常规治疗: 两组均按照2005年《中国脑血管病防治指南》制定药物治疗方案, 维持呼吸道通畅, 纠正水、电解质紊乱, 保证营养, 控制血压、血糖, 控制脑水肿及溶栓、抗凝等; 并完善心电图、血生化等检查以了解掌握患者的生理功能。常规基础药物治疗28d。对照组给予内科常规治疗。不行针刺治疗。自行完成日常生活活动能力的训练。观察组在内科常规治疗的基础上, 给予电针和康复指导治疗。

1.3.2 针刺方法: 提供适宜的病室环境, 保持病室空气流通, 室内保持一定的温度(18℃—20℃)。给予针灸及低频电刺

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2012.09.019

1 南阳理工学院张仲景国医学院, 南阳市长江路80号, 473004; 2 南阳医专第一附属医院康复科

作者简介: 郭华林, 女, 主任医师; 收稿日期: 2011-11-15

激:根据中医辨证取穴。常取主穴有肩髃、尺泽、手三里、合谷、阳池、内关、环跳、风市;后溪、足三里、三阴交、阳陵泉、委中。随症配穴有:阴陵泉、绝骨、环跳、曲池、照海;解溪等。针刺部位常规消毒后,取1—3寸26—28号毫针直刺。其中尺泽、委中直刺,提插泻法,使肢体有抽动感;内关用捻转泻法,持续运针1—3min;足三里、三阴交用提插补法;余穴采用常规刺法,平补平泻。行针2—3min,主穴接通G-6805型电针治疗仪,低频电刺激,频率20Hz,每日治疗1次,每次30min,每周治疗5d,7d为1疗程,连续治疗4个疗程后进行评估。

1.3.3 康复治疗指导:观察组患者接受内科常规治疗的同时,实施急性期脑血管病早期康复治疗,患者病情不再发展,生命体征平稳,意识清醒者,发病后72h后即进行功能训练。康复量由小到大,循序渐进。在康复医师制定的康复治疗计划的指导下,完成以下内容。①运动疗法:正确摆放肢体的位置防止关节的挛缩畸形。实施早期坐位能力卧位坐起、逐步进行站立平衡训练、做偏瘫侧肢体的主动活动、下肢肌训练方法、关节活动训练、行走训练、助行架及正确使用拐杖训练。②日常生活活动能力训练:洗脸刷牙训练、穿脱衣服训练、梳头训练、用筷进食能力的训练等。每天训练2次,每次30—40min。康复和针刺治疗每周5次,休息2d后继续治疗,共治疗4周。争取家属的支持,监督患者完成康复项目。密切观察患者精神状态,防止患者精神紧张、恐惧、疲劳等不良刺激致血压增高而加重病情。

1.4 疗效评定方法

评定运动功能采用简化Fugl-Meyer运动功能评分(FMA)法评定,总分100分^[2]。日常生活活动(activities of daily living, ADL)能力评定采用Barthel指数(Barthel index, BI)评定^[3]。总分为100分。良:>60分,有轻度功能障碍,能独立完成部分日常活动,需要部分帮助。中:60—41分,需要极大的帮助方能完成日常生活活动。差:≤40分有重度功能障碍,大部分日常生活活动不能完成或需他人服侍。

1.5 统计学分析

使用SPSS13.0统计软件进行分析,计量资料用均数±标准差表示,采用t检验,计数资料用χ²检验。P<0.05表示差异有显著性意义。

2 结果

两组治疗前及治疗后病程满1个月时的运动功能评分表。两组治疗前后组内BI指数比较。观察组患者功能均有明显提高,(P<0.01);治疗前两组间比较P>0.05,治疗后两组间比较P<0.05。见表1。

观察组Fugl-Meyer评分和BI评分治疗前后比较均有显著改善(P<0.01),观察组显著优于对照组,组间差异有显著性意义(P<0.05),见表2。观察组患者各项指标较对照组差异显著,上下肢功能(P<0.05),ADL能力指数提高(P<0.01)。

表1 两组患者治疗前后疗效比较 (例)

组别	例数	良(>60分)	中(60—41分)	差(≤40分)
观察组	52			
治疗前		2	7	43
治疗后		25	23	4
对照组	52			
治疗前		4	9	39
治疗后		9	23	20

治疗前两组比较P>0.05,治疗后两组比较P<0.05

表2 两组患者治疗前后Barthel指数及简化Fugl-Meyer评分比较 (x±s)

组别	BI		简化FMA	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	26.90±15.13	69.08±20.77	40.77±23.14	94.96±37.21
对照组	29.37±14.25	51.17±19.05	39.05±24.39	64.21±36.54
P	<0.01 ^①		<0.01 ^①	

①组间治疗后比较P<0.01

3 讨论

偏瘫是脑卒中患者最常见的后遗症,急性期患者发生率为80%,致残率高,存活患者70%以上有不同程度的功能障碍,其中40%为重度残疾^[4]。在脑卒中早期,康复指导与针刺治疗具有良好的协同作用。研究证明^[5],90%的神经功能恢复主要在病后3个月内,3个月后因各种继发性障碍恢复速度减慢,因此,药物治疗的同时给予早期康复治疗对脑卒中患者的预后起着重要的作用。脑卒中后偏瘫的主要病理机制是上运动神经元受损,导致下运动神经元的活动功能丧失,受其支配的肌肉或肌群的相互制约和协调能力也随之丧失,从而引起运动功能的下降^[6]。尽管脑卒中偏瘫患者随着时间的推移,疾病的自然演变,其运动功能和ADL能力可获得一定程度的改善,但早期规范的康复治疗可以明显改善偏瘫患者ADL与运动能力。早期康复对于预防并发症、改善功能非常重要,特别是早期床旁的康复如患肢的保护,被动活动等^[7]。

通过反复翻身、坐立位变换等训练,输入正常运动模式,调整并充分发挥中枢神经的代偿作用,在病灶周围形成新的传导通路,从而建立肢体由高级中枢控制的运动模式^[11]。为患者供一个良好的治疗氛围。

针刺疗法可以改善大脑局部循环,消除脑水肿,调节大脑神经细胞的兴奋性,纠正抑制性泛化能,对脑卒中肢体运动功能的恢复有促进作用,有其独到之处,是临床上常用的康复方法。采用针刺疗法,增强感觉刺激输入,使部分细胞复活。针法在改善痉挛状态方面有独特的优势,可提高患者的运动功能水平及日常生活活动能力^[9]。

脑卒中患者的心理障碍有时很突出,重视患者的体征情况和自觉症状,如头疼、头晕。及时发现患者的情绪反应,增

加心理健康教育,使其充分认识到康复的重要性,提高患者的自信心、安全感和康复顺应性,动作由简单到复杂,时间从短到长。与患者家属沟通,可以直接影响到患者的功能恢复,家属积极配合功能训练,注意运动的强度、时间和频率,使患者心情放松,配合治疗。

Cochrane 系统评价共纳入 14 项 RCT(共 1208 例患者), meta 分析显示,与对照组相比,针刺组随访期末的死亡或残疾人数降低,神经功能缺损评分显著改善^[12]。通过对患者的观察,治疗后 2 组日常生活能力和肢体运动功能比较,针刺疗法及 Bobath 训练法有协同作用,有利于脑卒中后偏瘫肢体功能恢复。据统计,目前美国 46% 的卒中患者使用替代疗法,而其中最常用的正是针刺^[14]。

目前,针刺与功能训练的结合已经成为脑卒中康复治疗的重要研究课题,两者结合的实验室研究处于起步阶段,针刺配合功能训练,多按脑卒中康复分期进行不同的针刺法,是现代康复治疗与中国传统康复治疗相结合的一项探索,针刺对脑卒中治疗的有效性在机制和临床证实方面都有一段很长的路要走^[15]。早期针刺与康复干预急性缺血性卒中是有效的,可以更大程度地改善患者运动功能与生活自理能力。

参考文献

- [1] 饶明俐.《中国脑血管病防治指南》摘要(三) [J].中风与神经疾病杂志,2006,23(1):4—8.
- [2] 闵瑜,吴媛媛,燕铁斌.改良 Barthel 指数(简体中文版)量表评定脑卒中患者日常生活活动能力的效度和信度研究[J].中华物理

- 医学与康复杂志,2008,30(3):185—188.
- [3] 周菊芝,周立峰.康复评定技术[M].第 1 版.北京:人民军医出版社,2008.105—169.
- [4] 方亮,张梓倩,王维群,等.脑卒中患者的功能评价与药物治疗的研究进展[J].中央民族大学学报(自然科学版),2010,19(3):78—82.
- [5] 王丽平,周炜,王寅.不同针法治疗脑血管病后痉挛状态的疗效评价[J].中国针灸,2007,27(5):325—328.
- [6] 刘忠良,宋琳,关爽,等.功能性电刺激对脑卒中偏瘫患者上肢运动功能恢复的影响[J].中国康复,2005,20(1):52—53.
- [7] 饶明俐.《中国脑血管病防治指南》摘要(六)[J].中风与神经疾病杂志,2006,23(4):388—395.
- [8] 王志静.脑卒中流行病学分析[J].中华流行病学杂志,2003,24(2):73—74.
- [9] 傅建明,顾旭东,王佳宇,等.头皮针刺结合运动再学习方案对脑卒中偏瘫患者运动功能的影响[J].中国中医药科技,2008,15(5):385.
- [10] 游国清,燕铁斌.功能性电刺激及其在脑卒中后偏瘫患者中的应用[J].中华物理医学与康复杂志,2007,29(2):142—143.
- [11] “九五”攻关课题组.急性脑卒中早期康复的研究[J].中国康复医学杂志,2002,1(5):266—272.
- [12] 中华医学会神经病学分会.脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010 [J].中华神经科杂志,2010,43(2):146—153.
- [13] 沈光宇,钱国全,蔡可夫.神经肌肉电刺激对脑卒中早期运动功能恢复的影响 [J].南通大学学报,2008,20(5):410—412.
- [14] Britta H, Friedemann M, Carmen K, et al. Effects of locomotion training with assistance of a robot-driven gait orthosis in hemiparetic patients after stroke: a randomized controlled pilot study[J].Stroke, 2007,38:349—354.
- [15] 温优良,梁兴森,李义凯.针刺和功能训练及两者结合治疗脑卒中中的临床应用进展[J].中国康复医学杂志,2011,26(4):394—397.

·短篇论著·

优化电针醒脑开窍穴时间和频率治疗颅脑外伤后持续植物状态的临床观察

陆爻忠¹ 周建宏¹ 陆 华¹ 蒋云召¹ 陈 革¹ 唐志放¹ 王 泳¹

我院自 1998 年开始应用电针水沟、百会等醒脑开窍穴、高压氧、神经营养催醒治疗颅脑外伤后持续植物状态(per-sistent vegetable state,PVS),获得良好效果^[1]。根据中医临床治疗方案优化理论^[2],2009 年 1 月—2011 年 3 月我们优化了

治疗方案并应用 256 层极速 CT 做疗效评价指标。本研究对优化治疗 30 例 PVS 患者,原方案 30 例作为对照,现报告如下。

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2012.09.020

1 无锡市中西医结合医院,214041

作者简介:陆爻忠,男,副主任医师;收稿日期:2011-09-07