

参考文献

- [1] 康杰,李宁,吴滨.膝关节炎的治疗措施:随机对照试验及系统评价分析[J].中国临床康复,2005,9(37):27—30.
- [2] 王大忠,马雯,余正红.膝关节骨性关节炎患者生存质量及其证候分布关系分析[J].中医正骨,2005,9(17):18—20.
- [3] 沈志生.《内经》经筋理论的再认识[J].中国针灸,2006,26(9):639—640.
- [4] 骆书彦,马帅.十二经筋理论探析[J].江苏中医药,2004,25(1):42—43.
- [5] 周世华.十二经筋与运动创伤的关系及临床应用[J].安徽中医杂志,2003,15(5):418—419.
- [6] 赵京生. 针灸经典理论释 [M]. 上海:上海中医药大学出版社,2003.76—77.
- [7] 何生华.经筋理论在治疗颈椎病中的作用探讨[J].时珍国医国药,2005,16(3):181—182.
- [8] 徐卿荣,董海英.骨关节炎生物学病因的研究[J].临床骨科杂志,2005,8(4):382—384.
- [9] 李志,张晓刚.骨关节炎发病机制中生物力学因素的研究现状[J].中医药学刊,2006,24(2):307—308.
- [10] 叶建,管遵惠.管遵惠老师经筋理论的运用经验[J].云南中药杂志,2005,26(3):2—3.
- [11] 赵勇,郭振芳,董福慧.经筋痹痛与软组织张力的相关性探讨[J].北京中医药大学学报,2003,26(6):85—86.
- [12] 杨丽美.《内经》经筋理论的应用[J].宁夏医学院学报,2006,28(3):262—263.
- [13] 黄敬伟,陈胜伟.中华经筋疗法的发掘研究[J].甘肃中医,1994,7(4):44—45.
- [14] 曾昭荣.“激痛点”在颈肩腰腿痛上的诊治意义[J].颈腰痛杂志,1982,2(2):8—11.
- [15] 李晶,刘辉.增生性膝关节炎结筋病灶点的临床观察[J].中国针灸,2002,22(8):533—534.
- [16] 陈日高,胡一梅,何洪阳.膝关节骨性关节炎的中医治疗概况[J].现代中西医结合杂志,2006,15(7):973—976.
- [17] 黄国松.经筋手法初探[J].广西中医药,1999,22(11):64—65.
- [18] 孙钢.膝关节骨性关节炎的手法治疗[J].中国骨伤,2002,15(5):318—320.
- [19] 黎明,韩红.推拿治疗膝关节骨性关节炎 105 例效果分析[J].现代康复,2000,3(6):906.
- [20] 杨宏.按摩治疗膝关节骨关节炎[J].中国骨伤,2002,15(8):461.
- [21] 刘金洪.《灵枢·经筋》治筋痹法浅析 [J]. 四川中医,1999,17(3):11—12.
- [22] 旷秋和.火针治疗膝关节骨性关节炎 50 例疗效观察[J].针灸临床杂志,2006,22(5):19—20.
- [23] 刘立安,马春燕,姜文.温针灸治疗老年性膝骨关节炎病的临床观察[J].中国针灸,2003,23(10):579—580.
- [24] 裘敏蕾.电针膝眼穴治疗膝关节骨性关节炎的临床研究[J].中医正骨,2006,18(3):15—16.
- [25] 马晓晶,刘元石,薛立功.长圆针治疗膝关节骨性关节炎 60 例临床观察[J].中国临床医生,2006,34(7):39—40.
- [26] 蒋戈利,肖蕾,李健将,等.四步针药疗法治疗膝关节骨性关节炎 378 例临床观察[J].四川中医,2004,22(1):93—94.
- [27] 吕桂芬.小针刀与温针灸结合治疗膝关节骨性关节炎 58 例[J].辽宁中医学院学报,2004,6(6):482.
- [28] 徐建武,丁建中.早期症状性膝关节骨性关节炎的诊治研究[J].中国骨伤,2003,16(8):508—509.
- [29] 刘金文,冯立科,许少健.金桂外洗方对膝骨关节炎患者生存质量的改善作用[J].中医药临床杂志,2004,16 (1):47.
- [30] 周启慧.通痹止痛膏治疗原发性骨性关节炎 120 例总结[J].湖南中医杂志,2002,18(1):13.

·传统医学与康复·

针刺结合易化技术治疗偏瘫的临床观察*

周光辉¹ 赵青¹ 姚红¹

1 资料与方法

1.1 一般资料

全部病例均为 2001 年 3 月—2003 年 6 月我院神经内科收治的,符合 1995 年全国第 4 届脑血管病学术会议制定的诊断标准^[1],并经头颅螺旋 CT 确诊的初发脑梗死患者。所有患者均有偏瘫,年龄 30—75 岁,无严重心肝肾等脏器疾病;病程 3—10d,神智恢复(GCS>8 分),生命体征稳定。进入观察 120 例,随机分为 2 组:针刺加康复组(治疗组):60 例,男 34 例,女 26 例;平均年龄 59.2 岁;病变部位:脑叶 13 例,基底核 47 例;平均病程 7.1d。康复组(对照组):60 例,男 36 例,女 24 例;平均年龄 58.9 岁;病变部位:脑叶 14 例,基底核 46 例;平均病程 7.3d。治疗前两组之间在性别、年龄、病变性质、病情、病程等方面无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

两组患者均接受神经内科常规药物治疗;治疗组采用针刺结合康复治疗;对照组只采用康复治疗。

1.2.1 针刺治疗:偏瘫肢体处于 Brunnstrom I—II 期,针刺采用电针治疗,取穴以患侧手足阳明经穴为主,上肢选患侧

肩髃、曲池、手三里、外关、合谷,下肢选患侧环跳、风市、足三里、三阴交、太冲、解溪等穴;偏瘫肢体处于 Brunnstrom III 期,针刺患肢后采用手法行针,取穴选取拮抗肌一侧的穴位为主,上肢屈肌痉挛选用天井、外关等穴,下肢伸肌痉挛选用委中、三阴交、太冲等穴;偏瘫肢体处于 Brunnstrom IV—V 期,据病情辨证取穴,电针、手法行针均可采用。脑卒中后常见障碍随症加减:如面瘫者选用地仓透颊车;语言不清、失语者选用廉泉、内关;手腕下垂者选用患侧阳谷、养老;手指固握不伸者选用三间、后溪;膝关节肌张力高者选用患侧犊鼻、委中;足下垂者选用解溪、丘墟等穴。针刺每日 1 次,留针 20—30min。采用 G6805-2 型脉冲式电针仪,疏密波,50 次/分,电流从小到大,能引起肌肉收缩为度。

1.2.2 易化技术:采用 Bobath 方法为主,配合 Rood 法、Brunnstrom 促通法,进行肢体功能锻炼。早期康复方法:①良

* 基金项目:东莞市科学技术局立项课题部分内容,该课题获东莞市 2003 年度科技进步三等奖,获奖证号(200354)

1 广东省东莞市石龙人民医院,东莞,523321

作者简介:周光辉,男,主任医师

收稿日期:2006-11-20

肢体摆放肢体, 定时变换体位, 避免异常模式的出现; ②患侧肢体各关节的被动活动, 包括肩胛带的活动, 桥式练习, 患侧上肢伸肌采用兴奋刺激手法, 健侧带动患侧运动, 肌力训练, 由被动运动转变辅助被动运动, 再转变为主动运动; ③早期坐位及坐位平衡训练, 坐位到站立, 体位转移及站立 III 级平衡训练; ④肢体痉挛采用抑制手法 (如控制关键点、刺激感受器) 降低肌张力; ⑤步态训练, 跨步、步行及全身协调性训练; ⑥实用步行、上下阶梯, 加强患侧肢体的主动性、力量性、协调性运动; ⑦ADL 和手的功能协调性训练等。

1.3 疗效评定标准

采用 Brunnstrom 6 期评定法和功能独立性评定法 (FIM) 评分^[2], 由专人评测, 分别于治疗前和治疗 1 个月后进行。

功能独立性评定由两大部分 (运动和认知) 组成, 包括了 6 大项 (自理能力、括约肌控制、活动和转移、运动、交流、社会认知) 共 18 小项内容, 运用 7 级评定, 总分 126 分。

1.4 统计学分析

计数资料采用 Ridit 分析或 χ^2 检验, 计量资料指标采用 t 检验。

2 结果

见表 1—2。两组治疗后患肢恢复至 Brunnstrom IV 期以上的患者人数和 FIM 评分均比治疗前有明显进步 (P 均 < 0.01), 说明两种治疗方法均有效。

治疗组治疗后患肢恢复至 Brunnstrom IV 期以上的患者人数和 FIM 评分明显高于对照组 ($P < 0.05$)。结果显示针刺技术加康复治疗脑梗死患者疗效优于单纯康复治疗; 表明针刺结合康复治疗可以明显促进脑梗死偏瘫患者的运动功能和日常生活活动能力的恢复。

3 讨论

Brunnstrom 分期评价方法反映了偏瘫患者运动模式的变化, FIM 作为一种功能独立状态测量方法, 从基本日常生活活动能力方面反映患者的残疾水平, 通过二者结合, 能有效地反映卒中偏瘫患者运动功能及日常生活活动能力。

研究表明, 脑功能恢复在脑卒中发生后 3 个月最快, 因此康复训练与治疗应尽早开始; 国外早有学者提出: 康复介入越早, 患者的功能恢复和整体疗效就越好^[3]。本研究遵循早期康复的原则, 脑梗死 3—10 天即开始早期康复治疗, 两组治疗后都有显著进步, 在各项指标均可比的情况下, 治疗组患肢恢复至 Brunnstrom IV 期以上的患者数和 FIM 评分明显高于对照组, 说明针刺加康复治疗脑梗死较单纯康复治疗对改善偏瘫患者日常生活活动能力和运动功能效果更好。

神经生理学理论认为, 脑卒中、脑损伤后, 中枢神经系统在结构和功能上具有重新组织能力或可塑性, 在条件适宜时部分神经元可以再生。因此, 康复治疗中可通过输入正常的运动模式来影响输出, 促进正常功能模式的形成, 达到运动

表 1 两组治疗前后 Brunnstrom 分期比较 (例)

分期	治疗前				治疗后			
	治疗组		对照组		治疗组		对照组	
	上肢	下肢	上肢	下肢	上肢	下肢	上肢	下肢
I	21	13	20	17	4	3	6	4
II	17	21	18	20	7	4	13	12
III	14	15	15	13	6	5	12	10
IV	7	9	6	8	14	13	13	11
V	1	2	1	2	20	23	11	15
VI	0	0	0	0	9	12	5	8
IV 期以上	8 ^①	11 ^①	7	10	43 ^{②③}	48 ^{②③}	29 ^②	34 ^②

①两组治疗前比较 $P > 0.05$; ②组内治疗前后比较 $P < 0.01$; ③治疗后两组间比较 $P < 0.05$

表 2 两组治疗前后 FIM 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	60	50.3±20.6 ^①	93.8±18.3 ^{②③}
对照组	60	51.6±21.2	79.3±21.6 ^②

①两组比较 $P > 0.05$; ②组内治疗前后比较 $P < 0.01$; ③两组比较 $P < 0.05$

功能最大程度恢复的目的^[4]。康复治疗可能加速了脑侧支循环的建立, 促进了病灶周围组织或健侧脑细胞的重组或代偿, 极大的发挥了脑的“可塑性”^[5]。正规康复治疗不但可导致大脑皮层功能区“模式整合”的完成, 在运动过程中协调性也得到了锻炼, 肌肉和关节的运动反过来又向中枢神经系统提供了大量的本体运动及皮肤感觉的冲动输入, 从而发挥促进作用, 而且能有效地防止失用综合征的产生, 避免肢体痉挛及非麻痹侧的肌萎缩, 使患者的肢体运动尽可能达到协调和自然, 提高生活自理程度^[6]。

Brunnstrom I—II 期的偏瘫肢体属于弛缓性偏瘫, 由于选取的针刺穴位多是各种感受器较密集的部位, 且电针刺激量大, 故能使肌肉收缩产生本体冲动感觉, 迅速提高肌张力。弛缓期, 通过针刺兴奋周围神经, 将刺激反馈到中枢, 促进中枢与周围神经的联系, 促进瘫痪肢体肌力和肌张力的恢复; 进入 Brunnstrom III 期后, 瘫痪肢体出现痉挛, 此时选取患侧拮抗肌一侧的穴位, 通过拮抗对侧肌群张力过高的病理状态, 影响机体的内在环境, 加强中枢的双向调控作用, 从而达到抑制兴奋过高的脊神经的目的^[7]。

参考文献

- [1] 王新德. 急性脑血管病诊断标准. 第四届全国脑血管病修订方案[J]. 中华神经科杂志, 1995, 23(6): 670.
- [2] 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, 1998. 68—94.
- [3] 胡永善, 朱玉连, 杨培均, 等. 早期康复治疗对急性脑卒中患者运动功能的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2002, 17(3): 145—147.
- [4] 高聪, 蒲蜀湘, 朱德仪. 早期康复治疗对脑卒中偏瘫患者肢体功能及日常生活能力的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2001, 16(1): 27—29.
- [5] 周光辉, 谢克亮, 赵青, 等. 易化技术配合针刺治疗脑卒中偏瘫的临床研究[J]. 中国康复理论与实践, 2003, 9(3): 148—149.