

电针翳风穴对脑梗死患者肢体运动功能的影响

★ 罗仁浩 (广州医学院第二附属医院针灸科 广州 510260)

★ 沈岩松 (广州医学院第二附属医院神经科 广州 510260)

摘要:目的:探讨脑梗死患者接受综合康复治疗的方法及其疗效。方法:62 例脑梗死患者均接受常规药物治疗(血栓通+胞二磷胆碱点滴),还接受电针刺激翳风穴治疗。采用简化 Fugl-Meyer 运动功能积分法和神经功能缺损程度评分标准进行功能评定。结果:62 例脑梗死患者,治疗后上、下肢运动功能积分较治疗前明显增加,差异非常显著($P < 0.01$)。神经功能缺损程度评分比治疗前显著减少。结论:常规药物治疗加电针刺激翳风穴治疗有利于提高脑梗死患者早期上、下肢综合性运动功能。

关键词:电针;翳风穴;脑梗死;肢体运动功能

中图分类号:R 245.31⁺9 **文献标识码:**B

随着现代医学的发展,脑卒中的诊断与抢救水平有了明显的提高,据近年调查结果统计,我国的脑血管意外患病率为 719/10 万/年,病死率为 116/10 万/年,大约有 75% 的存活者留有不同程度的偏瘫^[1]。早期有效地康复干预,以便使病人能得到最好的恢复,本研究探讨了早期在药物治疗的基础上采用电针刺激翳风穴对脑梗死患者肢体运动功能的影响。

1 临床资料

62 例脑梗死患者均系本院神经科住院病人,诊断依据为 1996 年全国第四届脑血管病学会讨论制定的诊断标准^[2],均经 CT 和/或 MRI 证实。其中男 38 例,女 24 例,年龄 52~73 岁,平均 62.9 岁,病程 7~30 天,平均 12 天,均有不同程度的偏瘫。

2 治疗方法

每个患者除采用常规神经内科药物治疗(血栓通+胞二磷胆碱点滴),确保床上抗痉挛体位,配合关节和翻身被动活动;另采用广州产 D8606-II 治疗仪,对 62 例脑梗死患者进行电针治疗,穴位:双侧翳风穴,每次通电 30 分钟,每天治疗 1 次,15 天为一疗程。仪器设置参数为:连续频率 8,强度依病人耐受程度为 3~6。治疗前和 1 个疗程治疗后作积分统计。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 采用简化 Fugl-Meyer 运动功能积分评定法^[3],评定脑梗死患者治疗前后运动功能恢复情况,评定上、下肢运动功能,上肢总计最高分 66 分;下肢总计最高分 34 分。所有数据均在微机用统

计软件进行统计学处理。

临床神经功能缺损程度采用全国第四届脑血管学术会制定的评分标准^[4]。神经功能缺损程度评定为基本痊愈:功能缺损评分减少 91%~100%;显著进步:功能缺损评分减少 46%~90%;进步:功能缺损评分减少 18%~45%;无变化:功能缺损评分减少或增加小于(或)等于 17%;恶化:功能缺损评分增加 18%以上。

3.2 治疗结果 62 例中基本痊愈 9 例,显著进步 42 例,无变化 11 例,显效率为 82.23%。详细结果见表 1、2。

表 1 电刺激小脑治疗前后 Fugl-Meyer 积分结果比较

	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>P</i> 值
上肢	62	22.23 ± 6.22	35.93 ± 5.38	<0.01
下肢	62	11.56 ± 2.96	24.11 ± 3.88	<0.01

表 2 电刺激小脑治疗前后神经功能缺损程度评分结果

<i>n</i>	治疗前	治疗后	差值	<i>P</i> 值
62	16.12 ± 4.98	7.38 ± 4.46	8.60 ± 2.16	<0.01

4 讨论

本研究表明采用综合康复治疗 Fugl-Meyer 运动功能积分和神经功能缺损程度评分两项指标改善较治疗前明显。翳风穴位于在耳垂后方,乳突与下颌角之间的凹陷处,双侧翳风穴与小脑顶核(FN)相平行。电针刺激翳风穴,实际上为电刺激小脑顶核(FN)。近年来,不断有国外实验研究报告,电刺激 FN 可以改善大脑循环,其作用机理可能与脑血管的自动调节有关,而影响调节的因素可能是:(1)脑内存在一条从小脑顶核到大脑皮质的固有神经通

“热敏点”灸为主治疗 GIDP 1 例

★ 付勇 (江西省中医院 南昌 330006)

★ 指导:康明非 (江西中医学院 南昌 330006)

关键词:慢性格林-巴利综合征(GIDP);热敏灸法

中图分类号:R 245 文献标识码:B

本人 2005 年 6 月 6 日在康明非导师指导下接诊一例慢性格林-巴利综合征患者,即慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病(GIDP),应用“热敏点”灸为主的中西医结合治疗方案,取得良好效果,现报道如下:

吴某,男,15 岁,因四肢对称性无力一年余,加重两周,于 2005 年 6 月 6 日入院。该患者缘于一年前无明显诱因出现双下肢乏力,进行性加重,始为肢体远端无力,近两月来出现双大腿无力,双上肢亦感乏力,以上肢远端肌肉为主。曾在多家医院求治,因患者吃素食,诊断为“营养不良”,服用钙、铁、锌等微量元素无效,四肢无力明显加重。2005 年 5 月 7 日到解放军第九四医院求治,头颅磁共振报告未见异常,肌电图报告双侧腓总神经不完全损伤,双胫神经传导速度减慢,给予弥可保、肌苷等药治疗,未见疗

效。入院体查:双手掌鱼际肌,双上肢肩关节周围肌肉明显萎缩,双上肢肌张力、肌力均下降,肌力为 3 级,双上肢肱二头肌反射、肱三头肌反射、桡反射均消失。双下肢股四头肌、腓肠肌均见明显萎缩,双下肢肌张力、肌力均下降,左下肢肌力 3⁺ 级,中下肢肌力 3 级,双下肢膝反射、踝反射均消失。腹壁反射减弱,左侧能引出提睾反射,右侧提睾反射未引出,病理反射未引出,右下肢深感觉异常,双下肢末梢皮温稍低。闭目难立征阳性,指鼻试验阳性。舌体稍胖大,边有齿痕,舌质淡红,苔薄白,舌根苔稍腻,脉沉细。西医诊断:周围神经病变。中医诊断:痿症,气血双亏。入院后经 CSF 及电生理检查结合患者症状,体征,于 2005 年 6 月 10 日确诊为 GIDP。

患者家属拒绝给予激素冲击疗法,故给予“热敏点”灸为主,配合针刺治疗,药物治疗肌氨肽苷针、弥

路,主要通过脑干网状结构和纹状体到大脑的血管舒张中枢, FN 受刺激后,脑血管扩张,局部脑血流量(rC 增加)。(2)可能与电刺激后乙酰胆碱能神经递质释放有关。局部脑缺血可分为中心区和周边区,周边区又称半影区,其流量往往介于功能性和形态损害性缺血阈之间。实验研究发现^[5],电刺激 FN 特别是早期再灌注(阻塞后 3 小时)可以明显减少半影区死亡神经元数目,使比例下降。提示电刺激 FN 及早期再灌注可以改善半影区血流量,保护神经元结构的完整性和功能恢复。

我们在药物治疗的基础上,加电针刺刺激翳风穴治疗,早期肢体正确姿势的摆放,配合作关节和翻身被动活动,可以有效防止关节僵硬和并发症的发生,这些将为脑梗死恢复期肢体功能的康复奠定良好的基础^[6]。对中枢神经系统损伤所致瘫痪评估,临床多采用六级肌力评定法,不能全面反映中枢神经系统损伤后的运动功能状况。我们采用的简化 Fugl-Meyer 运动功能积分评定法,更精确,更利于临床科

研。从本研究情况看,我们认为在脑梗死急性期开始,把神经内科药物治疗与康复医疗紧密结合起来,对降低该病的死亡率、致残率、减少并发症,缩短住院时间,减轻患者家属精神及经济负担至关至要,最终达到康复的目的——回归社会^[7]。

参考文献

- [1]赵肽.现代偏瘫治疗学[M].北京:人民军医出版社出版,1996.162
- [2]全国第四届脑血管病学术会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,12(6):379
- [3]高谦,卓大宏.一种新的脑卒中患者运动功能评测方法[J].中日康复医学杂志,1994,9(6):244
- [4]全国第四届脑血管病学术会.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J].中华神经科杂志,1996,12(6):381
- [5]乔力,董为伟.电刺激小脑顶核改善缺血性脑损害的研究进展[J].国外医学脑血管疾病分册,1996,4(1):33
- [6]张娜,符晓华.专家谈中风的预防与康复[M].长沙:湖南科学技术出版社,2004.99~103
- [7]王拥军.卒中单元[M].北京:科学技术出版社,2004.439~449

(收稿日期:2006-11-21)