

督脉交汇之处,位居巅顶,有理气调肝、醒神之功;四神聪位于巅顶部,为经外奇穴,是督脉和膀胱经经过区,针刺四神聪可促进血液循环,振奋阳气,开窍醒脑;太冲为肝经原穴,配合谷有疏肝解郁,镇静安神的作用;内关为手厥阴心包经之络穴,联系三焦,针内关可宁心安神;三阴交属足太阴脾经,为足三阴经之交汇穴,能健脾和胃,养肝益肾,诸穴同用可共奏疏经通络、理气调肝、镇静安神开窍之功。研究结果显示,IAD患者经电针治疗后,SDS评分、HAMD评分均较治疗前显著降低。提示电针治疗对IAD患者的抑郁状态具有较好的改善作用。

5-HT属单胺类中枢神经递质,由吲哚核核团和乙胺两部分组成,属吲哚胺。在中枢神经系统内,形成5-HT神经通路。5-HT具有抗抑郁并对慢波睡眠的发生和维持起重要作用^[3]。穆朝娟^[4]等研究发现孤独症患者血清5-HT浓度显著高于正常人,提示5-HT的升高影响人体抑郁孤独情绪的变化。袁勇贵等^[5]研究也提示5-HT的改变与焦虑、抑郁情绪的发生有密切关联。本研究发现,IAD患者经电针治疗后,血清5-HT含量及相关抑郁量表评分较治疗前显著下降,高度提示电针疗法减轻IAD患者抑郁状态的机制可能与减少5-HT含量有关,具体机制有待进一步研究。

总之,本研究初步证实针刺疗法具有缓解IAD患者抑郁状态的作用,其机制可能与抑制中枢5-HT有关,值得进一步研究推广。

参考文献

[1] Young KS, Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder[J]. *Cyberpsychol Behavior*,1996,3(5):75—79.
 [2] 师建国.成瘾医学[M].第1版.北京:科学出版社,2002.197—205.
 [3] 唐胜修,徐祖豪,唐萍,等.针刺治疗抑郁性神经症的临床研究[J]. *中国针灸*,2003,23(10):585—586.
 [4] 吴俊梅,魏东焰,罗永芬,等.针刺对海洛因依赖的脱毒疗效及其防复吸潜力的临床研究[J]. *中西医结合学报*,2003,1(4):268—272.
 [5] 江楠楠,郭培芳.国外对因特网成瘾的研究[J]. *心理科学*,2003,(1):178.
 [6] 林旬辉,阎巩固.大学生上网行为及网络成瘾探讨[J]. *中国心理卫生杂志*,2004,20(4):111—113.
 [7] Chou C. Internet heavy use and addiction among Taiwanese college student:an online interview study [J]. *Cyberpsychol Behav*,2001,4(5):573—585.
 [8] Young KS. Internet addiction:the emergence of a new clinical disorder.The 104th annual meeting of the American Psychological Association,Toronto:APA,1996.
 [9] Davis RA. A cognitive-behavioral model of pathological internet use[J]. *Computers in human Behav*,2001,17(2):187—195.
 [10] 崔蒙.国内外针刺戒断研究进展[J]. *中国中医药信息杂志*,1996,3(1):9—12.
 [11] 李树春,刘晓兰,刘燕,等.中医药戒断的临床研究述略[J]. *中医药学刊*,2005,23(4):620—622.
 [12] 谢冬玲,朱丽芳,刘惠宇,等.头皮针治疗对脑卒中患者康复期认知功能的影响[J]. *中国康复医学杂志*,2007,22(9):793—794.
 [13] 薛云珍,卢莉.网络成瘾的形成、表现及机制的探讨[J]. *医学与哲学*,2003,24(8):60—62.
 [14] 穆朝娟,王延祜,翟静,等.5-HT与孤独性障碍[J]. *山东精神医学*,2002,15(3):189—191.
 [15] 袁勇贵,张心保,吴爱勤,等.焦虑和抑郁障碍共病的临床现象学及心理社会因素和生物学研究 [J]. *中医临床康复*,2005,9(4):231—235.

·短篇论著·

综合康复治疗对脑卒中患者功能预后的影响

卜宁¹ 吴海琴¹ 张巧俊¹ 张桂莲¹ 展淑琴¹ 张茹¹ 袁海峰¹ 翟妮娜¹

脑卒中是致残的主要原因之一,大约80%的脑卒中患者有不同程度的劳动能力丧失,严重影响患者生存质量,给社会、家庭带来很大负担,综合康复治疗的介入,极大地改善了这种状况^[1]。本文旨在探讨综合康复措施对脑卒中患者瘫痪肢体运动功能、平衡功能及日常生活功能的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2006年7月—2007年10月在西安交通大学医学院第二附属医院神经内科住院治疗的急性脑卒中患者48例。入选标准:所有患者均符合1995年第四届全国脑血管病学术会议通过的诊断标准^[2],经头颅CT或MRI检查后确诊;首次脑卒中发作;年龄40—78岁;意识清楚;生命体征稳定;GCS评分>8分;存在肢体功能障碍。排除标准:严重的心、肝、肺、肾疾病;恶性肿瘤患者;恶性进行性高血压;神经病学体征呈进行性加重;有严重智力障碍者;有精神病史者;聋哑人;四肢瘫患者;脑卒中病程超过3周;曾患有脑卒中

且遗留功能障碍者;外地无法随访者。

将患者按照随机数字表随机分为两组。治疗组与对照组的运动功能、平衡功能及日常生活活动能力各项数据在治疗前差异无显著性($P>0.05$),具有可比性,见表1。对照组因经济原因不能配合完成综合康复治疗。

表1 两组患者一般资料比较 (例)

组别	例数	性别		脑梗死	脑出血	左侧瘫	右侧瘫	平均年龄(岁)
		男	女					
治疗组	23	12	11	19	4	10	13	62.87±9.46
对照组	23	12	11	16	7	14	9	60.39±11.25

1.2 评定方法

运动功能采用Fugl-Meyer运动评分量表(Fugl-Meyer assessment,FMA)来评定。平衡功能采用Berg平衡量表(Berg balance scale,BBS)评估,共14项,每项0—4分,最高56分,

1 西安交通大学医学院第二附属医院神经内科,陕西,西安,710004
 作者简介:卜宁,女,主治医师,博士
 收稿日期:2008-02-26

适合评定能坐起和行走的患者。评定得分越高,平衡能力越好。日常生活活动能力(activity of daily living,ADL)按改良的Barthel指数(modified Barthel index,MBI)评定。每位患者于第1次治疗前做1次各种评定,6周后再做1次评定。均采用专人盲法评定。

1.3 治疗方法

综合康复治疗人员由康复治疗师、针灸师、主管医师及护士组成。两组患者均予以常规药物治疗。在患者病情稳定,临床表现无进一步加重时,康复治疗组患者加针灸、理疗及规范系统的综合康复治疗,包括:①运动疗法:遵循卒中中偏瘫患者肢体功能恢复的规律,应用Bobath、Brunnstrom、本体感觉易化技术等方法,针对不同程度的障碍制定相应的以易化技术为主的综合功能训练计划。由康复治疗师实施个体化的功能训练⁶。包括良肢位摆放、避免患侧输液,被动活动关节,床上翻身训练、桥式运动、躯干旋转、坐位平衡训练、站位平衡训练、重心转移训练、基本动作训练等。治疗时间45min/次,1次/d,5次/周,训练中穿插日常生活活动能力训练。②心理治疗:贯穿于整个康复治疗过程中。由主管医师及护士针对患者存在的心理问题给予康复护理和系统的心理康复治疗。调整患者的负面情绪,调动患者及其家人的积极性,使他们能够主动参与及配合功能训练,以提高康复疗效。③针灸治疗:针灸师针刺合谷、曲池、足三里、太冲穴,1次/d,30min/次,10d为1疗程。对照组患者不给予规范化功能训练指导,患者自己进行活动,家属根据自己认识帮助患者活动。以上治疗1次/d,每周连续治疗5d,休息2d。持续治疗6周。

1.4 统计学分析

应用SPSS11.0统计软件分析处理,两组间比较采用 t 检验,治疗前后比较采用配对 t 检验。

2 结果

治疗后治疗组运动功能、平衡功能、日常生活活动能力与对照组相比差异有显著性意义($P<0.05$),见表2—4。提示综合康复治疗,能改善脑卒中后偏瘫患者的运动功能、平衡功能与日常生活活动能力的恢复。

3 讨论

急性脑卒中的康复治疗是基于神经系统的可塑性和功

表2 治疗组与对照组治疗前后Fugl-Meyer运动功能评分的比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前上肢	治疗前下肢	治疗后上肢	治疗后下肢
治疗组	23	9.78±3.35	13.23±3.58	15.46±4.67	21.24±5.10
对照组	23	9.54±4.12	13.04±2.84	12.90±5.12	17.84±3.89
t		0.81	0.93	2.18	2.92
P		>0.05	>0.05	<0.05	<0.01

表3 治疗组与对照组治疗前后Berg平衡功能评分的比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值
治疗组	23	37.90±4.26	46.3±4.04 ^②	6.24
对照组	23	38.70±3.94	43.65±3.92 ^①	3.87
t		-0.591	1.013	

①与组内治疗前比较 $P<0.05$,②与对照组治疗后比较 $P<0.05$

表4 治疗组与对照组治疗前后Barthel指数的比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值
治疗组	23	49.05±6.08	67.85±6.97 ^②	7.91
对照组	23	50.10±5.90	62.35±7.05 ^①	6.02
t		-0.69	1.92	

①与治疗前比较 $P<0.05$,②与对照组治疗后比较 $P<0.05$

能重组原理,功能再训练是中枢神经系统功能重组的主要条件⁷。中枢神经损伤后处于休眠状态的部分突触会被激活而发挥代偿作用,即侧支循环的建立,另有一些突触末梢可出现发芽形成旁路,其阈值随使用程序而改变。脑卒中患者及早接受综合康复治疗措施,可以增强潜伏通路及休眠突触的活化,促进神经功能再塑。一般来说,脑卒中患者3—6个月即完成病理解剖学方面的变化程序,尤其在最初的4—6周变化明显,3个月后因关节挛缩,肌萎缩,关节功能障碍使其恢复减慢。本组资料显示,治疗后治疗组运动功能、平衡功能、日常生活活动能力与对照组相比差异有显著性($P<0.05$),与国内文献报道一致⁸⁻⁹。说明及早正规系统的康复治疗能明显改善肢体运动功能,提高日常生活能力。

神经内科常规治疗可减轻脑水肿,缩小梗死体积,促进血管再通及侧支循环建立,在一定程度上可改善神经功能重组能力,但效果十分有限。功能再训练可使感受器接受的传入性冲动促进大脑皮质功能的可塑性发展,使丧失的功能重新恢复。对瘫痪肢体的理疗可改善瘫痪的血液循环,降低肌张力,促进功能恢复,延缓和防止肌肉萎缩。脑卒中偏瘫患者出现不同程度的平衡功能障碍,经功能训练后,患侧肢体的负重能力和稳定性都有明显改善。针灸疗法对人的整体功能与局部功能均有良好的调节作用,针刺是我国传统的康复治疗手段,对脑卒中的康复疗效已被大量的临床实践所证明。因此,我们认为早期综合康复治疗能够最大限度地恢复其运动功能,明显提高生活自理能力,减少并发症,有助于患者回归社会。

参考文献

- 范文可,胡永善,吴毅,等.脑卒中三级康复患者的功能综合评定与费用和时间的关系[J].中国康复医学杂志,2007,22(8):680—684.
- 中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29:379.
- Fugl-Meyer AR, Jaasko L, Leyman I, et al. The post-stroke hemiplegic patient. I: a method for evaluation of physical performance[J]. Scand J Rehabil Med, 1975, 7:13—31.
- 金冬梅,燕铁斌,曾海辉,等. Berg平衡量表的效度和信度研究[J].中国康复医学杂志,2003,18(1):24—26.
- 缪鸿石,朱镛连.脑卒中的康复评定和治疗[M].北京:华夏出版社,1996.9.
- 许墨菊,夏彩霞,王强,等.脑卒中急性期康复治疗的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2007,22(1):83—84.
- 南登昆,缪鸿石主编.康复医学[M].北京:人民卫生出版社,1993,208—212.
- 潘大津,杨苏骏,朱满莲,等.早期康复对急性脑卒中患者预后的研究[J].中国康复医学杂志,2006,21(1):79.
- 陈立典,郭晓琳,陶静,等.针刺治疗结合肌力训练对脑卒中后偏瘫患者步行能力的影响[J].中国康复医学杂志,2006,21(2):136—139.