

讨 论

GBS 是一种自身免疫介导的周围神经病,常累及脑神经,以双侧面神经最常见,其次为舌咽、迷走神经。舌咽、迷走神经在整个吞咽过程中起到非常重要的作用,在口腔期和咽期既是传入神经又是传出神经,受损后往往表现为吞咽反射消失,咽喉部肌肉瘫痪,直接影响到吞咽启动、腭咽闭合、舌骨与喉上抬和前移、咽缩肌收缩以及环咽肌开放。

环咽肌位于咽下缩肌的下缘,是食管上括约肌,在正常情况下保持连续张力性收缩状态,防止腹压增高时食物反流到咽部及吸气时阻止空气吸入胃部。环咽肌失迟缓患者在吞咽时,其环咽肌水平压力无明显下降,原因可能是延髓梗死后累及迷走神经背核,最终影响喉返神经在咽丛分支的功能,从而导致食管上括约肌顺应性降低^[1]。球囊扩张术则是通过降低食管上括约肌的静止期压力,和/或增加它松弛的时间和程度,能显著缓解患者的吞咽困难^[2-3]。但环咽肌开放还受另外两个因素的影响:①通过喉部的上抬及前移牵拉肌肉使其开放;②咽缩肌收缩形成咽缩窄压力挤压食团,被动启动环咽肌开放^[4]。有研究报道,对于存在喉部向上和向前的动作不足以及吞咽时咽部压力不足的患者,采用门德尔松手法和Shaker手法加强喉上抬的动作及咽部肌群的力量,可使环咽肌开放达到改善吞咽功能的目的^[5]。

本研究中的 GBS 患者,病程达 6 个月,且采用常规吞咽功能训练和神经肌肉电刺激联合治疗 26 d 后,其吞咽功能仍无法改善。我们尝试采用球囊肌力训练法和神经肌肉电刺激联合治疗,治疗 6 d 后,吞咽功能明显改善,故认为在该患者吞咽功能的恢复过程中,球囊肌力训练法起到了非常重要的作用,可能在加强喉上抬的动作及咽部肌群的力量方面优于门德尔松手法和 Shaker 训练法,而且此操作方法简单易行、安全可靠,值得在吞咽康复治疗中试用。但因该方法目前只应用于 1

例患者,且未与常规吞咽功能训练法进行对比研究,所以今后需增加病例并设对照组进行研究。球囊肌力训练法与球囊扩张术不同的是将导尿管经鼻腔插入咽腔,而不进入食管,并向球囊内注入冰生理盐水诱发产生吞咽动作,并嘱患者在最大幅度喉上提时尽可能保持 5~10 s,以加强咽喉部肌肉的力量和耐力,早期不能保持时可采用手法协助。随着咽喉部肌肉力量的增强,向球囊内注入的冰水量也增加,这时膨胀的球囊对吞咽肌肉的训练起到抗阻的作用,但在操作中注意防止球囊正处于喉前庭处,以防窒息。同步给予低频神经肌肉电刺激可加强 II 型肌纤维(吞咽肌)的募集,使电刺激与运动训练协调运作,取得最佳治疗效果。此外,肌肉的使用原则是“用进废退”,当患者经 3 d 治疗后,能经口进食浓流质和糊状食物,因此嘱患者在适当的体位下开始进食浓流质和糊状食物,采取用力吞咽法,吞咽与空吞咽比例 1:3,从而进一步巩固治疗效果。

参 考 文 献

- [1] Périé S, Coiffier L, Laccourreye L, et al. Swallowing disorders in paralysis of the lower cranial nerves; a functional analysis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 1999, 108: 606-611.
- [2] Katoh J, Hayakawa M, Ishihara K, et al. Swallowing rehabilitation using balloon catheter treatment evaluated by videofluorography in an elderly patient with Wallenberg's syndrome. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi*, 2000, 37: 490-494.
- [3] 窦祖林, 王桂芳, 王小红, 等. 导尿管球囊扩张治疗环咽肌失迟缓症 2 例报告. *中华物理医学与康复杂志*, 2006, 28: 166-170.
- [4] 窦祖林. 吞咽障碍评估与治疗. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 52.
- [5] 王璇, 陈艳, 潘翠环. 球囊扩张术治疗环咽肌失迟缓吞咽障碍 1 例. *中华物理医学与康复杂志*, 2009, 31: 811.

(修回日期: 2011-11-02)

(本文编辑: 阮仕衡)

围针联合偏振光照射治疗带状疱疹后遗神经痛的临床研究

朱永军 刘丹 欧阳庆斌

【摘 要】 目的 观察围针联合偏振光照射治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效。**方法** 选取 2010 年 6 月至 2010 年 12 月我院皮肤科收治诊断的带状疱疹后遗神经痛患者 120 例,按随机数字表法随机分为围针组、照射组和综合组,每组 40 例。围针组采用围针治疗,照射组采用偏振光照射治疗,综合组采用围针联合偏振光照射治疗。3 组均分别于治疗后 1、2 和 3 周进行疗效评价。**结果** 在治疗 2 周后综合组分别与围针组、照射组比较,疼痛发作频率及疼痛程度的差异均有统计学意义($P < 0.05$),疼痛平均时间及疼痛间歇平均时间的差异亦均有统计学意义($P < 0.01$)。在治疗 3 周后综合组分别与围针组、照射组比较,疼痛平均时间、疼痛间歇平均时间、疼痛发作频率及疼痛程度的差异均有统计学意义($P < 0.01$)。综合组分别与围针组、照射组在疼痛消除时间上比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 围针联合偏振光照射治疗带状疱疹后遗神经痛有较好的疗效,与围针治疗及偏振光照射治疗相比,能更快缓解疼痛,且明显缩短病程。

【关键词】 带状疱疹; 神经痛; 围针治疗; 偏振光照射

带状疱疹后遗神经痛是急性带状疱疹皮损消退后 4 周仍感疼痛,其疼痛持续时间短则数月,长者甚至数年,带状疱疹后遗神经痛患者常合并有心理异常因素。带状疱疹后遗神经痛是困扰中老年人群的顽痛症之一。目前治疗带状疱疹后遗神经痛的方法主要有药物治疗、物理治疗(如:紫外线、超短波、直线偏振光、远红外线、激光等照射)、神经阻滞、针灸治疗、综合治疗及心理治疗等,但临床上运用围针联合偏振光照射治疗带状疱疹后遗神经痛鲜见报道。笔者近年来采用围针联合偏振光照射治疗带状疱疹后遗神经痛,取得较好的疗效,现报道如下。

资料与方法

一、一般资料

选取 2010 年 6 月至 2010 年 12 月我院皮肤科带状疱疹后遗神经痛患者 120 例,其中门诊 88 例,住院 32 例。全部病例均符合带状疱疹后遗神经痛的诊断标准^[1]。将 120 例患者按随机数字表法随机分为围针组、照射组和综合组,每组 40 例。围针组 40 例中,男 26 例,女 14 例;年龄 41~81 岁,平均 57 岁;病程 1 个月~半年。照射组 40 例中,男 21 例,女 19 例;年龄 42~76 岁,平均 55 岁;病程 1~8 个月。综合组 40 例中,男 23 例,女 17 例;年龄 38~79 岁,平均 53 岁;病程 1~5 个月。所有患者均自愿接受上述治疗,并未经其它任何治疗。3 组患者在性别、年龄及病程上具有可比性($P>0.05$)。

二、治疗方法

1. 围针组:采用毫针围刺方法治疗,阿是穴常规消毒后,取相应长度的毫针,从病痛边缘的一侧,采用平刺法进针,沿皮下进针至病痛中心,得气后行平补平泻捻转手法 1 min,再针下一穴,共留针 30 min,其间 10 min 行针 1 次。

2. 照射组:采用偏振光照射治疗,充分暴露治疗部位,用红外偏振光治疗仪(北京产)充分给予照射,治疗头输出波长为 700~1600 nm,输出 I 紧贴位于第 7 颈椎横突与第一肋骨颈部之间的星状神经节进行照射,功率以感轻微的针刺感或温热为佳,每次照射 10 min;输出 II 对准靶部位,强度以温热为宜,治疗头光斑直径为 80 mm,照射距离为 10 cm 左右,每照区照射 20 min,每日 1 次。

3. 综合组:采用围针联合偏振光治疗,即在上述围针治疗的同时进行上述偏振光照射治疗。

三、疗效观察指标

治疗前和治疗后 1、2 和 3 周观察并记录患者疼痛持续时间、疼痛间歇时间、疼痛发作频率、疼痛程度以及疼痛最后消除时间。疼痛程度的评价采用目测类比评分(visual analogue scale, VAS)法,0 分代表无痛,10 分代表剧痛,患者将游标放在无刻度一面的最能代表当时疼痛程度的部位,评估者从有刻度的一面记录^[2]。

四、统计学分析

计数资料采用卡方检验,计量资料采用 t 检验, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

结 果

对 3 组患者的治疗前疼痛平均时间、疼痛间歇平均时间、

疼痛发作频率及疼痛程度进行两两比较,差异无统计学意义($P>0.05$),故 3 组具有可比性。3 组患者治疗 1 周后对其治疗前、后的疼痛持续平均时间、疼痛间歇平均时间、疼痛发作频率、疼痛程度分别进行两两比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。而在治疗 2 周后综合组的疼痛发作频率、疼痛程度分别与围针组、照射组进行比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),在疼痛平均时间、疼痛间歇平均时间上差异均极有统计学意义($P<0.01$);在治疗 3 周后综合组分别与围针组、照射组比较,在其疼痛平均时间、疼痛间歇平均时间、疼痛发作频率、疼痛程度以及疼痛消除时间上差异均极有统计学意义($P<0.01$)。具体结果见表 1~5。

表 1 3 组患者治疗前、后疼痛持续平均时间比较

(min, $\bar{x} \pm s$)					
组 别	例数	治疗前	治疗后		
			1 周	2 周	3 周
围针组	40	4.65 ± 1.04	4.25 ± 0.99	4.08 ± 0.85	2.18 ± 0.65
照射组	40	4.45 ± 0.99	4.32 ± 0.96	3.78 ± 0.82	2.52 ± 0.50
综合组	40	4.58 ± 0.96	4.02 ± 0.85	3.18 ± 0.64 ^{ab}	0.48 ± 0.15 ^{cd}

注:与围针组同时段比较, $t=5.35$,^a $P<0.01$;与照射组同时段比较, $t=3.65$,^b $P<0.01$;与围针组同时段比较, $t=16.11$,^c $P<0.01$;与照射组同时段比较, $t=24.72$,^d $P<0.01$

表 2 3 组患者治疗前、后疼痛间歇平均时间比较

(h, $\bar{x} \pm s$)					
组 别	例数	治疗前	治疗后		
			1 周	2 周	3 周
围针组	40	4.85 ± 1.36	7.25 ± 2.99	11.65 ± 3.64	16.25 ± 3.99
照射组	40	5.05 ± 1.54	7.85 ± 2.89	12.52 ± 3.50	17.18 ± 4.05
综合组	40	4.97 ± 1.24	8.76 ± 3.09	14.65 ± 3.04 ^{ab}	20.25 ± 4.90 ^{cd}

注:与围针组同时段比较, $t=2.91$,^a $P<0.01$;与照射组同时段比较, $t=4.00$,^b $P<0.01$;与围针组同时段比较, $t=3.96$,^c $P<0.01$;与照射组同时段比较, $t=3.02$,^d $P<0.01$

表 3 3 组患者治疗前、后疼痛发作频率比较

(次, $\bar{x} \pm s$)					
组 别	例数	治疗前	治疗后		
			1 周	2 周	3 周
围针组	40	6.83 ± 1.38	6.15 ± 1.27	4.65 ± 0.65	2.65 ± 0.69
照射组	40	6.52 ± 1.40	6.35 ± 1.25	4.76 ± 0.95	2.58 ± 0.51
综合组	40	6.65 ± 1.35	5.85 ± 1.10	4.30 ± 0.60 ^{ab}	0.85 ± 0.25 ^{cd}

注:与围针组同时段比较, $t=2.50$,^a $P<0.05$;与照射组同时段比较, $t=2.59$,^b $P<0.05$;与围针组同时段比较, $t=15.43$,^c $P<0.01$;与照射组同时段比较, $t=19.26$,^d $P<0.01$

表 4 3 组患者治疗前、后疼痛 VAS 评分比较

(分, $\bar{x} \pm s$)					
组 别	例数	治疗前	治疗后		
			1 周	2 周	3 周
围针组	40	6.93 ± 2.73	4.21 ± 2.56	3.43 ± 1.73	2.21 ± 0.66
照射组	40	6.82 ± 2.50	3.58 ± 1.95	3.33 ± 1.42	1.81 ± 0.45
综合组	40	7.03 ± 2.48	3.41 ± 1.66	2.71 ± 0.73 ^{ab}	0.71 ± 0.21 ^{cd}

注:与围针组同时段比较, $t=2.42$,^a $P<0.05$;与照射组同时段比较, $t=2.46$,^b $P<0.05$;与围针组同时段比较, $t=13.70$,^c $P<0.01$;与照射组同时段比较, $t=14.01$,^d $P<0.01$

表 5 3 组患者疼痛最后消失时间比较($d, \bar{x} \pm s$)

组 别	例数	疼痛消失时间
围针组	40	28.50 ± 2.94
照射组	40	27.52 ± 1.86
综合组	40	22.42 ± 1.47 ^{ab}

注:与围针组比较, $t = 11.70$, $^a P < 0.01$;与照射组比较, $t = 13.61$, $^b P < 0.01$

讨 论

带状疱疹后遗神经痛是带状疱疹皮损消退后,受累区域出现疼痛大于 4 周的一种慢性神经性疼痛综合征,是一种典型的周围神经病理性疼痛。其临床特点为:受累神经分布区有剧烈疼痛,如灼痛、针刺、刀割、电击、紧束感等,且多有痛觉过敏和痛觉异常,如风吹、轻触即可产生剧烈疼痛,常严重影响患者的饮食和睡眠,并常伴有情绪异常,最常见者为焦虑或抑郁,严重者甚或可有自杀倾向。带状疱疹后遗神经痛发生的确切机制目前尚未完全阐明,有关病理改变目前尚未完全明了,但与病毒感染、急性发作后遗留的神经组织内炎症、水肿、出血及瘢痕有关^[3]。

带状疱疹后遗神经痛,祖国医学称之为“蛇丹愈后痛”。其中医病机主要为肝失疏泄,脾失健运,气血不畅,不通则痛;年老体弱,正气不足,气血鼓动无力,经络失养,不荣则痛或久病伤阴,血虚失养,不荣则痛^[4]。围刺属于多针刺疗法,其与《灵枢·官针》的傍针刺、齐刺、杨刺等刺法类似,多针刺疗法又称为“群针术”,是指采用常规毫针刺法,取体表某区的某经及该穴周围邻近的多个输穴进行针刺,取穴多而成群集状^[5]。其特点是“多而密、密而浅”。选穴上结合病痛部位使其更具针对性,其目的是依靠局部经脉之间的相互协调,沟通经脉,调和气血,从而达到止痛的目的。针刺输穴,一方面使穴位深部的各

类感受器得以兴奋,刺激信息沿着各类神经纤维传到中枢神经,激活与内源性痛觉调制系统有关的结构和中枢神经递质系统,使伤害性刺激受到抑制;另一方面,针刺阻断痛觉冲动的产生、传递和感知^[6],改善受损局部的微循环,促进局部组织的代谢,使受损神经得以修复。而直线偏振光近红外线治疗仪具有极好的单色性和方向性,不易被机体水分和血红蛋白吸收,因而穿透组织较深,能直接照射深部的神经根、神经干等。光电能量在组织中产生的光电刺激作用、电磁作用和光化学作用能促进血管扩张,改善血流;抑制神经兴奋性;促进活性物质再生,并加速致痛物质的代谢,阻断疼痛的恶性循环。临床证明,直线偏振光近红外线和围针的综合应用可起到协同作用,进一步改善患部的血液循环,增强淋巴细胞吞噬能力,提高局部的抗病能力,从而提高疗效,缩短病程,减轻痛苦。本组治疗显示,在围针治疗基础上配合偏振光照射治疗可更快缓解疼痛,明显缩短病程,是治疗带状疱疹后遗神经痛的一种简便易行的好方法。

参 考 文 献

- [1] 张学军. 皮肤性病学. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2005:60.
- [2] 赵新,李国臣,赵勇. 点式直线偏振光近红外线治疗带状疱疹临床观察. 现代临床医学,2005,31:246.
- [3] 陈剑明,彭丽辉. 针罐结合治疗带状疱疹及疱疹后神经痛的疗效观察及护理. 护士进修杂志,2009,24:374-375.
- [4] 陈洪沛,陈佳,杨运宽,等. 不同针刺方法治疗带状疱疹后遗神经痛的临床观察. 针灸临床杂志,2009,25:31-33.
- [5] 王辅民. 群针术及其学术思想探讨. 中国针灸,2001,21:751.
- [6] 万造才,杨天祝,徐承焘. 现代神经生物学. 北京:北京医科大学联合出版社,1999:276.

(修回日期:2011-10-16)

(本文编辑:汪 玲)

中药熏蒸联合紫外线照射治疗寻常型银屑病的疗效观察

张春红 张春敏 杜锡贤 蔡莹

【摘 要】 目的 观察中药熏蒸联合窄谱中波紫外线(NB-UVB)治疗寻常型银屑病的疗效及对外周血骨桥蛋白(OPN)和血管内皮细胞生长因子(VEGF)表达的影响。**方法** 共选取寻常型银屑病患者 82 例,将其随机分为治疗组(给予中药熏蒸及 NB-UVB 照射治疗)及对照组(单纯给予 NB-UVB 照射治疗)。于治疗前、治疗 4 周后采用皮损面积和严重性指数(PASI)对 2 组患者进行疗效分析,同时对 2 组患者治疗前、后血清中 OPN 及 VEGF 水平进行比较。**结果** 治疗后 2 组患者 PASI 评分均较治疗前明显改善,并且以治疗组的改善幅度及临床疗效均显著优于对照组($P < 0.05$);治疗前 2 组患者血清中 OPN 及 VEGF 水平均显著高于正常水平($P < 0.05$);治疗后 2 组患者 OPN 及 VEGF 水平均显著下降,并且以治疗组的下降幅度较显著,与对照组间差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 中药熏蒸联合 NB-UVB 照射治疗寻常型银屑病具有协同疗效,其治疗机制可能与降低血清中 OPN 及 VEGF 水平有关。

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2011.012.019

基金项目:山东省科技攻关项目资助(2010G0020231);山东省中医药管理局基金项目资助(2009-064)

作者单位:250033 济南,山东大学第二医院皮肤科(张春红、张春敏、蔡莹);山东中医药大学附属医院皮肤科(杜锡贤)

通信作者:张春敏,Email:cmzhang1878@163.com