

提高脑卒中患者的生活质量。

参 考 文 献

[1] 彭源,燕铁斌.脑卒中康复治疗研究现状及进展.中华物理医学与康复杂志,2009,31(6):421-423. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2009.06.021.

[2] 陈冲,高晓平,冯小军.MOTomed 智能运动训练系统训练对脑卒中偏瘫患者平衡功能及日常生活活动能力的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2010,32(7):510-512. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2010.07.008.

[3] Sterr A, Freivogel S. Motor-improvement following intensive training in low-functioning chronic hemiparesis [J]. Neurology, 2003, 61(6): 842-844.

[4] Liepert J, Bauder H, Wolfgang HR, et al. Treatment-induced cortical reorganization after stroke in humans[J]. Stroke, 2000, 31(6): 1210-1216.

[5] 孙皓,郭富强.脑卒中后康复训练影响神经功能恢复机制的研究进展[J].中华物理医学与康复杂志,2008,30(5):340-342.

[6] Hesse S, Bertelt C, Jahnke MT et al. Treadmill training with partial body weight support compared with physiotherapy in nonambulatory hemiparetic patients[J]. Stroke, 1995, 26(6): 976-981.

[7] Barbeau H. Locomotor training in neurorehabilitation: emerging rehabilitation concepts[J]. Neurorehabil Neural Repair, 2003, 17(1): 3-11.

[8] Byun SD, Jung TD, Kim CH, et al. Effects of the sliding rehabilitation machine on balance and gait in chronic stroke patients-a controlled clinical trial [J]. Clin Rehabil, 2011, 25(5): 408-415. DOI: 10.1177/0269215510385850.

[9] 四肢联动功能训练对脑卒中患者躯干控制能力及平衡功能的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2015,37(10):747-749. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2015.010.006.

[10] 邹朝君,叶志弘,胡皓,等.日常生活活动能力护理对脑卒中患者日常生活活动能力的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2015,37(10):752-753. DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2015.010.008.

[11] 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(6):379-380. DOI: 10.3760/j.issn:1006-7876.1996.06.006.

[12] Mao HF, Hsueh IP, Tang PF, et al. Analysis and comparison of the psychometric of three balance measures for stroke patients[J]. Stroke, 2002, 33(4): 1022-1027.

[13] 闵瑜,吴媛媛,燕铁斌.改良 Barthel 指定(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(7):185-188.

[14] 沈顺姬,李杰,郭俊峰,等.平衡功能及等速肌力训练对脑卒中患者步行能力的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2015,37(1):37-39. DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2015.01.010.

[15] 李辉,李岩,顾旭东,等.早期诱发躯干功能训练对脑卒中患者平衡及步行能力的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2012,34(9):689-691. DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2012.09.013.

[16] 李辉,李岩,顾旭东,等.强化躯干肌联合上下阶梯训练对脑卒中患者平衡及下肢功能的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2013,35(5):426-427. DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2013.05.031.

[17] 张洪侠,周桂桐.老年人跌倒与平衡功能异常[J].中国老年学杂志,2015,3(35):1434-1435. DOI: 10.3969/j.issn.1005-9202.2015.05.137.

[18] 郭明升.急性脑梗死患者排便困难的危险因素分析[J].临床荟萃,2014,29(8):853-855. DOI:10.3969/j.issn.1004-583X.2014.08.004.

(修回日期:2017-03-01)
(本文编辑:凌 琛)

电针结合特定体位治疗后半规管耳石症的疗效观察

张颖颖

耳石症又称为良性阵发性位置性眩晕(benign paroxysmal positional vertigo, BPPV)^[1],是前庭系器质性损害的重要临床表现之一,具有特发、头位改变诱发、短暂眩晕等特点,且以后半规管 BPPV 最为常见^[2]。目前,临床治疗耳石症常用手法复位,但治疗时患者时会发生眩晕、呕吐症状,且对严重颈椎病、高血压病、心脏病等患者如治疗不当,还会使其病情加重。本研究采用电针结合特定体位治疗后半规管 BPPV 患者 20 例,取得了满意疗效。报道如下。

一、资料与方法

(一)一般资料及分组

纳入标准:①符合后半规管 BPPV 的诊断标准^[3],且体位变化(特别是头位变化)数秒后会出眩晕;②眩晕时有明显的旋转感,患者视物旋转或闭目有自身旋转感;③每次眩晕时间<1 min;体位多次变化后,眩晕症状逐渐减轻。

排除标准:①前半规管或水平半规管 BPPV 患者;②存在其他前庭疾病,如梅尼埃病、前庭神经炎等;③急性期接受过手法复位的患者;④严重重心功能不全或因其它疾病不能配合治疗的患者。

选取 2011 年 12 月至 2016 年 3 月就诊于南京医科大学第二附属医院且符合上述标准的 BPPV 患者 40 例,其中男 15 例,女 25 例;年龄 30~86 岁;病程 2~20 d。按随机数字表法将 40 例患者分为观察组和对照组,每组 20 例。2 组患者的性别、年龄、病程等一般资料经统计学分析,差异均无统计学意义($P >$

0.05), 具有可比性, 详见表 1。

表 1 2 组患者一般资料

组别	例数	性别(例)		平均年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	平均病程 (d, $\bar{x} \pm s$)
		男	女		
观察组	20	8	12	56.3±12.4	5.7±3.1
对照组	20	7	13	58.2±13.6	5.6±2.9

(二) 治疗方法

观察组治疗方法: 患者取俯卧位, 胸部垫枕, 头部向下倾斜, 前额水平低于下颌。腧穴皮肤常规消毒, 以直径 0.30 mm、长 40 mm 毫针刺双侧风池、天柱, 直刺 0.5~0.8 寸, 平补平泻法, 得气后接上海产 G6805-2A 型电针治疗仪, 连续波, 以患者头颈部明显颤动, 且感觉舒适为度, 每日治疗 1 次, 每次治疗 20 min, 10 d 为 1 个疗程。

对照组治疗方法: 患者取坐位, 针刺方法同观察组。

(三) 疗效评定标准

2 组患者均于 1 个疗程 (10 d) 后进行疗效评估^[4]: 治愈为在变换体位时眩晕消失; 好转为在快速变换体位时仍有轻微、短暂的眩晕感, 或有轻度头晕感; 无效为治疗后眩晕次数和程度较治疗前无明显变化。总有效率 = (治愈例数 + 好转例数) / 总例数 × 100%。

(四) 统计学分析

采用 STATA 11.0 版统计学软件对本研究所得数据进行分析, 计量资料采用 *t* 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

治疗 10 d 后, 观察组治愈 16 例 (80%), 好转 2 例 (10%), 无效 2 例 (10%), 总有效率为 90%; 对照组治愈 2 例 (10%), 好转 10 例 (50%), 无效 8 例 (40%), 总有效率为 60%。2 组间治愈率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 详见表 2。

表 2 治疗后 2 组患者疗效比较

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效率 (%)
		[例(%)]	[例(%)]	[例(%)]	
观察组	20	16(80) ^a	2(10)	2(10)	90
对照组	20	2(10)	10(50)	8(40)	60

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$

三、讨论

本研究结果显示, 俯卧位结合电针治疗后半规管 BPPV, 其疗效显著优于坐位结合电针治疗, 且治愈率可达 80%, 该结果提示, 患者取俯卧、头向下倾斜位时, 后半规管内的耳石可受重力的作用, 向下移动, 加上电针导致的头颈部有节奏的向上颤动, 进一步推动耳石向下顺着管内移动, 经过总脚, 回到前庭椭圆囊, 最终提高了治疗效果。

中医学认为耳石症属于“眩晕”范畴。风池属足少阳胆经,

为手、足少阳、阳维之会。《穴名释义》解释: 风为百病之长, 停水曰池, 此穴在项平风府穴, 当胸锁乳突肌与斜方肌之凹陷处, 意指此穴为风邪犯人, 停蓄之处, 故名风池, 风池乃是少阳胆经穴, 与肝经相为表里, 肝胆两脏为风木之脏, 主升主动, 极易化火生风, 循经上走清窍而见肝风内动诸症^[5]。风池可治肝胆两经的病变, 具有平肝息风, 开窍醒神之功效。《铜人腧穴针灸图经》论述道: “天柱, 今附治颈筋急, 不得回顾, 头旋脑痛”, 即天柱穴为治疗眩晕的要穴, 针刺天柱穴可增强通督脉, 膀胱经之气, 健脑活络, 从而达到清利头目之功。

目前, BPPV 治疗方法多采取手法复位, 即管石复位法 (canalith repositioning procedure, CRP)^[6], 通过调整体位使异位的耳石复位, 即通过头位改变使漂浮于半规管内淋巴液中的耳石回到前庭, 从而改善症状。在头位改变的过程中, 病人可能会出现眩晕、恶心、呕吐等不良反应。本研究通过特定体位 (俯卧位) 发挥重力作用, 结合电针导致的头位颤动, 进一步推动异位的耳石顺着半规管送入椭圆囊, 治疗过程中, 患者不需要改变头位, 未见不良反应。

综上所述, 电针结合特定体位治疗 BPPV 疗效确切, 较手法复位安全, 舒适, 不会出现眩晕、恶心、呕吐等不良反应, 患者更易于接受, 值得临床推广。

参 考 文 献

- [1] 王利一, 高波, 黄魏宁. 耳石症患者复位治疗成功后头晕观察 [J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2014, 28(4): 20-21. DOI: 10.6040/j.issn.1673-3770.0.2013.250.
- [2] 杨强威, 尹时华, 刘渊. 改良三部自主手法复位法治疗后半规管良性阵发性位置性眩晕的疗效观察 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2014, 28(22): 1796-1797. DOI: 10.13201/j.issn.1001-1781.2014.22.021.
- [3] Epley JM. The canalith repositioning procedure for treatment of benign paroxysmal positional vertigo [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 1992, 107: 399. DOI: 10.1177/019459989210700310.
- [4] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会, 中华医学会耳鼻咽喉科学分会. 良性阵发性位置性眩晕的诊断依据和疗效评估 (2006, 贵阳) [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2007, 42(3): 164-166. DOI: 10.3760/j.issn.1673-0860.2007.03.003.
- [5] 高旭超, 倪姗姗, 刘立安. 风池及其配穴的临床应用 [J]. 针灸临床杂志, 2009, 25(6): 48-50. DOI: 10.3969/j.issn.1005-0779.2009.06.028.
- [6] Yang XK, Zheng YY, Yang XG. Theoretical observation on diagnosis maneuver for benign paroxysmal positional vertigo [J]. Acta Otolaryngol, 2017, 13(1): 1-8. DOI: 10.1080/00016489.2016.1271451.

(修回日期: 2016-12-27)

(本文编辑: 阮仕衡)