

瘫痪侧,后期再训练其将重心向瘫痪侧移,纠正重心的不正常偏移。在训练站位中,瘫痪侧下肢屈肌占优势,患者难以维持站立,要强化训练伸肌张力,必要时使用膝夹板、石膏或弹力绷带支持^[1,5]。在我们临床的认识中,仰卧位的倾斜姿势先消失,然后是坐位,最后是站位。尤其是站位平衡的训练需要较长的时间。同时,对于所伴有的神经心理学症状,应用半侧空间遮盖眼镜纠正单侧空间忽略^[2,13],不断地让患者集中注意其忽略的瘫痪侧肢体,并应用口令、暗示及提醒的方法纠正其疾病失认。运用口头回忆法进行 ADL 能力的训练^[2]。随着神经心理学症状的改善,Pusher 综合征患者的倾斜症状也得以一定的纠正。国内有人设计以躯干为中心的调整性训练实验方法,其原理是针对运动整合障碍进行调整,通过感知觉输入训练,促进弱化的肌活动,并利用相关的反射活动调整姿势,比常规方法更具有针对性,效果较好^[5]。

参 考 文 献

- 1 Davies PM. Steps to follow. Berlin: Springer - Verlag, 1985. 285.
- 2 Beis JM, Andre JM, Baumgarten A, et al. Eye patching in unilateral spatial neglect: efficacy of two methods. Arch Phys Med Rehabil, 1999, 80: 71-76.
- 3 Pedersen PM, Wandel A, Jorgensen HS, et al. Ipsilateral pushing in

- stroke: incidence, relation to neuropsychological symptoms, and impact on rehabilitation. The Copenhagen Stroke Study. Arch Phys Med Rehabil, 1996, 77: 25-28.
- 4 纲本和. Pusher 现象の評価とアプローチ. 理学疗法学, 1996, 23: 118.
- 5 刘世文, 安晓芳, 宋洪臣. 关于 Pusher 现象的症状学研究. 中国康复医学杂志, 1998, 13: 62-65.
- 6 王拥军, 卢德宏, 崔丽英, 等. 现代神经病学进展. 北京: 科学技术文献出版社, 1999. 40-42.
- 7 张竹青, 孙启良, 杨文琳, 等. 单侧空间忽略对左侧偏瘫患者 ADL 的影响及其康复. 中国康复医学杂志, 1997, 12: 166-169.
- 8 Isaacs B. Stroke research and the physiotherapist. Physiotherapy, 1977, 63: 366-368.
- 9 Gazzaniga MS, 主编. 沈政, 朱滢, 陈永明, 等, 译. 认知神经科学. 上海: 上海教育出版社, 1998. 774.
- 10 纲本和. 左半侧无视における Pusher 现象の重症度分析. 理学疗法学, 1994, 21: 29.
- 11 古泽正道. 脑偏瘫片麻痺への Bobath アプローチの変遷. PTジセナル, 1995, 29: 241.
- 12 Kamath HO, Ferber S, Dichgans J. The origin of contraversive pushing: evidence for a second graviceptive system in humans. Neurology, 2000, 55: 1298-1304.
- 13 Arai T, Ohi H, Sasaki H, et al. Hemispatial sunglasses: effect on unilateral spatial neglect. Arch Phys Med Rehabil, 1997, 78: 230-232.

(收稿日期: 2002-10-14)

(本文编辑: 熊芝兰)

· 短篇论著 ·

走罐治疗股外侧皮神经炎的临床观察

涂小华

1990 年至今我院采用走罐疗法治疗股外侧皮神经炎患者 40 例, 效果满意, 报道如下。

80 例经门诊确诊为股外侧皮神经炎患者, 随机分为治疗组和对照组。治疗组 40 例中, 男 22 例, 女 18 例; 年龄 25~51 岁; 病程 30 d~12 年。对照组 40 例中, 男 21 例, 女 19 例; 年龄 50~75 岁; 病程 30 d~10 年。两组患者性别、年龄、病程差异无显著性意义。两组均先在患侧髂前上棘下 10 cm 处行肌肉注射维生素 B₁ 100 mg 和 B₁₂ 0.5 mg, 每日 1 次。肌肉注射后治疗组采用走罐法, 先在患处涂液体石蜡(面积稍大于患面), 然后用闪火法将罐吸于患处, 上下行走, 每处行走 10~20 次, 以皮肤潮红为限, 隔日治疗 1 次, 10 次为 1 个疗程, 疗程间隙 4 d。肌肉注射后对照组采用毫针围刺法, 在病变边缘区行针刺, 行针得气后留针 30 min, 每隔 5 min 行针 1 次, 每日 1 次, 10 次为 1 个疗程, 疗程间隙 4 d。

疗效标准: 痊愈—感觉异常消失, 随访半年无复发; 好转—感觉异常明显减轻, 有时自觉症状消失; 无效—治疗 2 个疗程

无变化。统计学分析采用 χ^2 检验。

经 2 个疗程治疗后, 治疗组痊愈 30 例, 好转 9 例, 无效 1 例, 总有效率 97.5%; 对照组痊愈 13 例, 好转 19 例, 无效 8 例, 总有效率 80%。经 χ^2 检验, $\chi^2 = 15.72$, $P < 0.01$, 两组患者疗效比较, 差异具有非常显著性意义。

讨论 股外侧皮神经炎又称感觉异常性股痛, 是因受压或外伤引起神经分布区感觉异常与疼痛的综合征。股外侧皮神经起于 L₂₋₃ 后根, 经髂前上棘内侧 2 cm 处穿过腹股沟韧带下方, 在离髂前上棘下 10 cm 处穿出大腿的阔筋膜, 因其表浅致使受压或外伤引起分布区(股前外侧 2/3)感觉异常或疼痛。我们在给予维生素肌肉注射的基础上, 增加火罐疗法, 借助热量和负压, 紧吸于患处, 反复上下行走, 起到温经散寒、活血化瘀、通经活络的作用。火罐疗法使浅表毛细血管舒张, 改善末梢神经的血液供应, 促进组织代谢和骨外侧皮神经修复。

(收稿日期: 2002-08-06)

(本文编辑: 阮仕衡)