

- istry and bioenergetics, 1985, 14: 1-3, 219-224.
- 6 Marchetti N, Barbieri E, Guido G, et al. Lisanti. Magnetoterapia in ortopedia. Aulo Gaggi Editore, Bologna, 1988. 3-5.
- 7 Rossano C, de Luca LF. La magnetoterapia ad impulsi nel dolore erpetico e post erpetico. Clinica Europea, XXII, 6, nov-dic. 1983. 21-22.
- 8 Silvji S. Impiego della magnetoterapia nell'ambito della medicina dello

- sport Atti I Congresso. Int. Magnetomedicina, Rapallo, 1979:61-66.
- 9 Bistolfi F. Campi magnetici in medicina. Edizioni Minerva medica, Seconda edizione, 1986. 135-136.

(收稿日期:2001-12-18)

(本文编辑:欧阳兆明)

· 短篇报道 ·

电针刺激患肢瘫痪肌群穴位治疗偏瘫 60 例

王慧明

随着康复医学的发展,针刺疗法结合康复手段治疗偏瘫已很普遍。近年来,我们针刺患肢瘫痪肌群穴位治疗中风偏瘫 60 例,并指导患者康复训练,与传统针刺方法相比,疗效有明显提高。

临床资料:所有病例均为神经内科住院患者,经 CT 或 MRI 检查确诊为脑梗死或脑出血,伴肢体运动功能障碍(如偏瘫),并排除严重心、肺、肾疾患及骨关节病者。病程在 6 个月内,多数在 3 个月以内。视病情轻重、并发症、发病次数、性别、年龄等,随机分为 2 组,2 组间差异无显著性。电针刺激患肢瘫痪肌群穴位 60 例为治疗组,以传统针刺方法(针刺手足阳明经穴为主)针刺组 60 例为对照组。

治疗方法:2 组穴位均取肢体偏瘫侧。(1)治疗组:软瘫期即偏瘫早期,屈肌与伸肌同时瘫痪。先针刺屈肌穴位,不留针,再针刺伸肌穴位,留针,电针两极夹在易引起肌群跳动的两根针的针柄上,选断续波,频率为 10 Hz,电流强度在感觉阈与痛阈之间为佳。痉挛期即偏瘫中期,上肢多为伸肌瘫,下肢多为屈肌瘫。所以上肢只取伸肌穴位,下肢只取屈肌穴位,电针应用同软瘫期。①取穴:上肢的屈肌瘫取极泉、曲泽、内关;其伸肌瘫取 C₆~T₁ 夹脊穴、肩井、天宗、肩髃、消泺、四渎、外关、阳池、合谷透后溪、八邪。下肢的屈肌瘫先取承扶、殷门、强刺激,不留针,再令患者平卧,取箕门、血海、阳陵、足三里、丰隆、绝骨、解溪、丘墟透照海、太冲透涌泉、八风;其伸肌瘫取髀关、伏兔、委中、承山。留针 30 min,每天 1 次,10 d 为 1 疗程。②功能训练:上肢十指交叉,患侧大拇指在外,健侧带动患侧上举至头顶,保持 10 s,再进行下一次。下肢做桥式运动,两肘与两足支撑床面,抬起臀部,保持 10 s,再进行下一次。患者根据个人情况掌握运动量,2 次/d,每次至少做 10 下,但也不能运动量过大。(2)对照组:患者取侧卧位,针刺肩髃、曲池、外关、合谷、环跳、风市、阳陵、足三里、绝骨透丘墟、太冲。急性期用泻法,恢复期用平补平泻,电针两极夹在两根针的针柄上,选断续波,频率为 10 Hz,电流强度以病人舒适为佳,其它同治疗组。两组治疗时间均为 1 个疗程,共 10 d。

治疗效果:(1)疗效标准根据 1990 年日本庆应义塾大学的 SIAS 法拟定。基本痊愈:积分增加 ≥ 20 分;明显好转:积分

增加 10~19 分;好转:积分增加 5~9 分;无明显变化:积分增加 0~4 分;恶化:积分减少。(2)结果见表 1。

表 1 治疗组和对照组治疗后的疗效对比

组别	明显好转		好转		无明显变化	
	n	%	n	%	n	%
治疗组	11	18.33	19	31.67	30	50.00
对照组	2	3.33	12	20.00	46	73.33

2 组间疗效,基本痊愈为 0,可能与治疗时间短、入选病例病情较重有关。治疗组明显好转及好转患者共 30 例,占 50.00%,而对照组为 14 例,占 23.23%,说明治疗组的疗效较对照组优。表中数据采用统计学软件 POMS2.0 进行统计处理,经卡方检验, $\chi^2 = 11.18, P < 0.01$,差异有极显著性。

讨论 (1)疗效与脑的病灶、病情轻重有关。如基底节大面积梗死或损伤预后不良者,年龄大,并发心脏病、糖尿病,发病时出现昏迷、发烧,患者抑郁,不积极进行功能训练者,效果较差;反之,效果较好。(2)电针刺激患肢瘫痪肌群穴位,引起肌肉收缩,能提高瘫痪肌群的兴奋性,使受刺激的肌肉、神经能较长时间维持兴奋状态,而且对神经中枢的恢复有一定作用,帮助重新建立神经反射弧。(3)配合功能训练,患者科学地运动肢体,可以防止患者产生依赖心理,帮助其及早建立正确的运动模式,使其主动参与到治疗中,可以减少出现抑郁、悲观和“误用综合征”等。临床有两个明显的病例,先用传统针法,效果不明显,改用电针刺激患肢瘫痪肌群穴位后,患肢肌力明显恢复,提高了自信心,并积极主动地进行功能训练,取得了良好的疗效。

参 考 文 献

- 刘月芝,杨甲山,张国瑞,等. 针刺治疗中风肢体运动功能障碍的临床研究. 中国针灸, 1999, 19:69.
- 李晓榕,吕宜凤,高荣慧,等. 综合康复治疗对脑卒中患者运动功能的影响. 中国康复, 2001, 16:72.
- 魏淑珍,张炳然,窦世隆,等. 经络电针治疗中风偏瘫 100 例. 中国针灸, 1989, 9:37.

(收稿日期:2002-01-10)

(本文编辑:阮仕衡)