

至半脱位,活动度增加,加之黄韧带增厚,使椎管狭窄加重,神经压迫更趋明显^[2]。

退变性腰椎管狭窄症经保守治疗有一定效果,但病变严重者多需要手术治疗。本组病例采用了自行设计的“张伞式椎管扩大成形术”,手术基本恢复了术前的解剖结构及功能,最大程度地预防了术后瘢痕粘连,有效地扩大了椎管,且维护了腰椎的稳定性,有利于患者的康复,减少了术后腰椎失稳引起的腰背部疼痛。

术后的康复治疗也发挥了重要作用。电脑骨折治疗仪能消炎消肿,促进血流及淋巴循环,有利于切骨处的骨性愈合。其产生的安得森内生电流是一种不带频差的强化中频电,可以加速骨愈合。

基础研究表明,等长背肌训练能改善椎间盘的营养,避免椎间盘的有害劳损^[3]。同时等长训练可减轻关节突关节的张力,稳定脊柱节段^[4]。短暂重复的等长训练是增加耐力的最佳方式。

康复治疗还要有针对性根据病情需要增加内容,例如有神经症状者,需行针灸治疗,同时应用神经营养药物(如维生素 B₁、B₁₂等),并根据患者的具体情况,制定出康复训练计划。有条件者,术后 3 个月还可进行音频治疗,以减轻术后椎管内瘢痕形成。

本组 28 例患者经过 4~6 周的康复治疗,生活质量也有明显提高,表明术后康复治疗对患者确是不可缺少的重要措施,理应得到足够的重视。

参 考 文 献

- 1 Satomi K, Hirabayashi K, Toyama Y, et al. A clinical study of degenerative spondylolisthesis: radiographic analysis and choice of treatment. Spine, 1992, 17:1329-1334.
- 2 陈清汉. 腰椎管狭窄症的病理生理学研究进展. 中国矫形外科杂志, 2001, 8:59-61.
- 3 陈丽霞, 华桂茹. 下腰痛的评定及运动疗法. 中华物理医学与康复杂志, 2001, 23:177-178.
- 4 Finn RH, Bendix T, Peder S, et al. Intensive, dynamic back-muscle exercise, conventional physiotherapy or placebo control treatment of low back pain. Spine, 1993, 18:98-108.

(收稿日期:2002-08-24)

(本文编辑:乔致)

针刺配合功能训练治疗假性延髓性麻痹 30 例

王慧明 周广申 刘燕 谭晶

我科近年来参考文献报道^[1]应用项针配合功能训练治疗假性延髓性麻痹,效果满意。现报道如下。

资料与方法

一、一般资料

所选患者全部为我院神经内科住院患者,符合 1986 年第二次全国脑血管病会议的诊断标准,且经头颅 CT 或 MRI 证实,排除延髓及皮层病变的脑梗死患者,符合假性延髓性麻痹的诊断标准:言语不清,饮水呛咳,吞咽困难,强哭强笑,伴有病理性脑干反射及情感障碍等,发病在一周以内,意识清楚,无严重的心、肺功能障碍。按入院的先后顺序随机分为治疗组 30 例,对照组 30 例。两组的一般状况(包括年龄、性别、病史)及病情程度(临床症状及体征)经统计学分析,差异无显著意义($P > 0.05$),具有可比性。

二、治疗方法

(一) 治疗组(项针配合功能训练)

1. 取穴:风府、天柱(双)、风池(双)、翳风(双)、人迎(双)、下廉泉。伴情感障碍者,加刺头针情感区(胸腔区向上引 4 cm);伴偏瘫或四肢瘫者,加刺患侧上、下肢穴位。

2. 项针操作方法:风府—头部直立,针尖斜向下刺 1~1.5 寸,不可深刺;天柱—向内斜刺 0.8~1.5 寸,不可向内上方深刺,以免伤及延髓;风池—针尖微向下,向喉结方向刺入 1.5 寸;翳风—针尖向喉结方向刺入 1.5~2 寸;人迎—用左手拇指推开

颈总动脉,针沿指甲边刺入 0.5~1 寸;下廉泉—向舌根方向斜刺 1.2 寸,以针尖抵达舌根为佳。

3. 功能训练:口面部肌肉训练—嘱患者做吹纸片、吹蜡烛、微笑、皱眉等动作各 20 次;舌唇肌肉训练—患者张口将舌头向前伸出,做左右运动摆向口角,再用舌尖舔上下唇,并抵压硬腭部,做 20 次;吸吮训练—患者食指带上胶套放入口中,或使用奶瓶奶嘴,模仿吸吮动作,体验吸吮的感觉,做 20 次;咀嚼训练—做咀嚼动作 20 次,空咀嚼或嚼口香糖;咽部冷刺激及吞咽动作训练—如空吞咽、咽小块冰、小块果冻等,每日 2 次。

(二) 对照组:取下廉泉、人迎,针刺方法同治疗组。针刺每天 1 次,康复训练每天 2 次,10 d 为 1 个疗程。

三、疗效评定标准

参照文献介绍的方法^[2]制订功能评定标准(见表 1)。

1. 构音:通过与患者交谈,观察其吐字、发音及沟通能力而将构音能力分为五个级别。

2. 吞咽:令患者饮水,按洼田氏饮水试验^[3]分为五个级别。

3. 舌体运动:考察其伸舌、左右运动及向上抬举能力,伸舌长度以 cm 计算,左右及向上运动以角度计算。具体方法:令患者张口伸舌,将直尺抵于下齿正中,测伸舌长度。测定舌左右运动功能时,令患者张口,将量角器直角侧缘横直于两齿正中,抵住两口角;测定向上抬举功能时,令患者张口,将量角器直角侧缘垂直抵住口唇。根据测量结果将舌体的运动分为五级。

疗效评价:痊愈—评分减少 19~24 分,或各项评分均达一级水平;显效—评分减少 13~18 分;无明显变化—评分减少 12 分以下。

表 1 功能评定标准

分级	评分	构音	吞咽	舌体运动
1 级	0 分	声音清楚,吐字清晰,言语表达良好	能顺利地一口咽下	舌伸出齿外 2 cm 以上,左右运动达 50°以上,抬舌 60°以上
2 级	2 分	吐字尚清楚,声音嘶哑,可基本对话	分两次以上咽下,不呛	舌伸出齿外 1 ~ 2 cm,左右运动达 30° ~ 50°,抬舌 30° ~ 60°
3 级	4 分	吐字欠清,音嘶声重,言语表达不完整	能一次咽下,但有呛咳	舌伸出齿外 0 ~ 1 cm,左右活动 10° ~ 30°,抬舌 0° ~ 30°
4 级	6 分	吐字不清,音嘶难辨,可发出词不成句	分两次以上咽下,并有呛咳	有两项指标达 3 级者
5 级	9 分	不能发音	屡屡呛咳,全量咽下困难	未达 4 级指标者

四、统计学分析

疗效比较以统计学软件 POMS 2.0 进行统计处理。

结 果

两组均在 2 个疗程后统计疗效,见表 2。表中数据经卡方检验, $\chi^2 = 7.42, P < 0.05$,差异有显著性。

表 2 治疗组和对组治疗后的疗效对比

组 别	痊愈		显效		无明显变化	
	n	%	n	%	n	%
治疗组	11	36.67	9	30.00	10	33.33
对照组	3	10.00	8	26.67	19	63.33

讨 论

假性延髓性麻痹是较为常见的症候群之一,属中风“暗瘕”范畴,为祖国医学的疑难症之一^[2]。其病理机制为窍闭神匿,机关不利。项针是分布在颈项部的体针穴位,主要治疗延髓性麻痹,均在舌咽、迷走神经感觉纤维支配区内,针刺这些穴位所产生的兴奋,通过传入神经到达上运动神经元,上运动神经元把兴奋后的冲动传至效应器(肌肉),能重新恢复大脑皮层对外周相应肌群的调节功能。

针对某个动作的功能训练,可以改进口、面部肌肉及舌肌、喉肌的随意运动能力,刺激或激活咽部肌肉的收缩,以强化吞咽反射对外感受器及本体感受器进行刺激,可促进相关肌肉的功能恢复^[4]。功能训练与针刺相配合,有利于提高疗效。

参 考 文 献

- 1 高维滨. 针灸绝招(项针治疗延髓麻痹). 北京:中国中医药出版社, 1993. 20-28, 45-58.
- 2 杨青兰,黄志伟,刘峰,等. 针刺及舌下放血治疗假性延髓性麻痹的临床疗效观察. 中国针灸, 2001, 21: 651.
- 3 福井介彦,藤田勉. 脑卒中最前线—急性期かわむるリハきびー. 东京:医齿药出版社, 1987. 268.
- 4 王瑞华. 神经原性吞咽障碍的评定与康复. 中国康复理论与实践, 2002, 8: 109-112.

(收稿日期:2002-09-10)

(本文编辑:郭铁成)

家庭康复治疗对脑卒中偏瘫的疗效观察

王振升 孙英华 王莉 孟庆青 陈红兵 赵海青

脑卒中偏瘫患者早期康复多在医院进行,出院后的家庭康复治疗易被忽视或缺乏指导,以致于影响患者的康复。国内目前对家庭康复治疗研究的文献报道较少。1998 年 3 月~2000 年 10 月,我们以家庭康复治疗方式对脑卒中偏瘫患者进行训练,效果满意,报道如下。

资料与方法

一、一般资料

选择出院或门诊脑卒中患者 60 例,均符合全国脑血管病会议诊断标准^[1],经 CT 或 MR 确诊,排除感觉性失语、定向功能障碍、严重心肺功能不全者。参选病例随机分为康复组 and 对照组,每组 30 例。康复组中,男 17 例,女 13 例;年龄 41 ~ 76 岁,平均(60.8 ± 6.26)岁;脑出血 12 例,脑梗死 18 例;左肢瘫 17

例,右肢瘫 13 例。对照组中,男 16 例,女 14 例;年龄 42 ~ 77 岁,平均(59.6 ± 6.27)岁;脑出血 11 例,脑梗死 19 例;左肢瘫 18 例,右肢瘫 12 例。两组患者均于脑卒中后 16 ~ 25 d 在家中行常规治疗,即应用脑复康、脉通、尼莫地平、中药等,高血压者服降压药,糖尿病患者饮食及药物控制。康复组除常规治疗外,另设 I ~ V 期家庭康复治疗。每期开始前由专业医师现场示范指导,同时培训其家属。指导培训后,家属按规定监督、辅助患者训练,每日 4 ~ 6 次,每次 10 ~ 40 min。采用门诊、家访、电话形式每隔 10 ~ 20 d 随访 1 次。

二、家庭康复治疗程序

参照 Brunnstrom 分级标准,制定 I ~ V 期康复治疗程序。康复组每位患者以患肢肌力的不同而选择相应的康复内容。I 期:(1)意向运动练习,即以意志支配,发出神经冲动,使瘫痪肌肉收缩。(2)对侧联合运动练习(contralateral associated movements)。①健侧手指用力握拳,诱发患侧手指屈曲;②健侧下肢腕关节用