

董氏奇穴疗法配合本体感觉神经肌肉促进技术治疗 急性中风肢体偏瘫80例临床观察

刘军兵

(重庆市九龙坡区中医院脑病科, 重庆 400080)

[中图分类号] R255.233 [文献标识码] B [文章编号] 1004-2814 (2016) 05-0478-02

【摘要】 观察董氏奇穴疗法配合本体感觉神经肌肉促进(PNF)技术治疗急性中风偏瘫临床效果。方法: 80例随机分为两组各40例, 两组均给予内科常规药物及董氏奇穴疗法治疗, 观察组加用PNF技术治疗。结果: 治疗后barthel指数评分观察组明显高于对照组($P<0.05$), 总有效率观察组明显高于对照组($P<0.05$)。结论: 董氏奇穴疗法配合PNF技术治疗急性中风肢体偏瘫效果较好。

【关键词】 董氏奇穴疗法; PNF技术; 急性中风肢体偏瘫; 疗效

中风又称脑卒中, 属现代医学脑血管疾病的范畴, 分为缺血性脑卒中和出血性脑卒中, 表现为猝然昏倒、不省人事、伴口角歪斜、语言不利、半身不遂等, 是神经内科常见病, 具有死亡率高、致残率高、复发率高以及并发症多的特点。在我国约有80%的中风患者遗留有不同程度的肢体功能障碍, 其中偏瘫的发生率最高^[1]。我们运用董氏奇穴疗法配合本体感觉神经肌肉促进(PNF)技术治疗急性中风肢体偏瘫取得较好治疗效果, 报道如下。

1 临床资料

共80例, 男49例、女31例; 年龄45~88岁, 平均65.25岁; 病程24~72h, 平均35.5h; 左侧肢体33例, 右侧肢体47例; 肌力0级25例, 1级38例, 2级17例。随机分为两组各40例, 两组性别、年龄、病程等资料比较差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

所有患者均经临床诊断和头颅CT证实并伴有不同程度的肢体偏瘫、言语障碍, 参照2005年版《中国脑血管病防治指南》^[2]及1996年《中风病诊断与疗效评定标准》^[3]相关诊断标准进行疾病诊断。

2 治疗方法

两组均进行扩血管、抑制血小板聚集、改善微循环等治疗, 出血性疾病给吸氧、脱水、降低颅内压、营养神经等治疗。病情稳定后, 及早介入针灸和康复治疗。

两组以针刺偏瘫肢体为主, 采用董氏奇穴疗法^[4]。以正会穴、镇静穴、患侧灵骨穴、大白穴、李白穴、云白穴、地宗穴、人宗穴、侧三里穴、驷马上穴、驷马下穴、三重穴、火硬穴为主穴; 其中灵骨穴、大白穴深针; 中风手拘挛配侧重子穴、重仙穴; 中风昏迷不醒配合针其门穴、其角穴、其正穴。以上穴位可根据患者病情及体位酌情增减。患者取侧卧位或仰卧位, 暴露患侧上下肢, 用0.3mm×40mm毫针快速进针, 配合主动或被动活动患肢, 得气后留针25min, 接通电针, 10次为一疗程, 每疗程间休息2天, 续下疗程, 连续治疗3个疗程后统计结果。其中灵骨穴、大白穴、地宗穴、人宗穴采取动气针法^[5], 驷马上穴、驷马下穴、三重穴3穴同用称为“倒马针法”^[4]。

观察组配合PNF技术^[6]。①手法接触: 向正确的方向施加抵抗, 从而刺激患侧肌肉、肌腱、关节内的感受器。②牵张: 在起始位上, 治疗人员对参与运动的主要肌群进行最大范围的牵拉。③牵引: 对患侧关节进行牵拉, 增大关节间隙, 激活患侧关节感受器, 刺激关节周围的肌肉。④挤压: 对患侧关节挤压, 可减小关节间隙, 同样可激活关节感受器, 刺激患侧关节周围肌肉同

时收缩。⑤口令: 治疗人员在适当的时候发出口令, 可刺激患侧肢体主动运动, 提高动作完成的质量。⑥最大阻力: 根据中风偏瘫患者能力和需要分级给予, 但不能要求中风偏瘫患者完成全部关节活动。⑦时序: 在协调运动中患侧肢体肌肉从远端到近端的顺序。每天1次, 每次30min。

3 疗效标准

治疗前后均采用改良Barthel指数对患肢运动功能及日常生活能力进行评定。显效: ADL分数大于等于70分, 生活基本自理。有效: ADL分数不足70分, 但大于等于30分, 中度或重度残疾, 有功能障碍, 生活需要帮助或生活明显依赖。无效: ADL分数不足30分, 完全残疾, 生活完全依赖, 疗效无变化。

用SPSS19.0统计软件进行统计分析。计量资料数据以($\bar{x}\pm s$)表示, 组间比较采用方差分析, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

4 治疗结果

两组疗效比较见表1。

表1 两组疗效比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	显效率	总有效率
观察组	40	20	17	3	(50)	(92.5) [△]
对照组	40	12	20	8	(30)	(80.0)

注: 与对照组比较, [△] $P<0.05$ 。

5 讨论

董氏奇穴是董景昌先生祖传数十代之针灸绝学, 是有别于十四正经的独特的针灸体系, 具有特效的奇穴、特殊的针法、独到的诊法、完善的理论和极强的临床实效性^[7]。倒马针法配合动气针法治疗中风别具一格。董氏奇穴疗法治疗中风从神经解剖学的角度来看, 大脑与肢体的联系是双侧的, 这决定了针刺信号对高级中枢可产生双侧弥漫性的影响, 从而使高位中枢及下行调制系统对双侧肢体的运动和感觉都产生影响。因此, 巨刺法可以通过对脊髓、脑干网状结构、丘脑非特异性投射系统以及大脑皮层的作用影响同侧脑区和对侧肢体^[8]。针刺的同时需配合患者主动或被动运动患肢。有研究发现, 在康复训练过程中, 通过功能性磁共振可以观察到大脑可塑性的连续变化, 说明运动对大脑功能重组和代偿起到重要作用^[9]。

PNF技术刺激本体感受从而促进神经和肌肉反应能力的治疗方法^[10]。PNF通过本体感受器刺激, 促进相关神经肌肉反应, 增强相应肌肉的收缩能力。同时PNF

中医正骨配合手术治疗踝关节骨折疗效观察

陈燕斌, 许钻杰

(广东省潮州市潮安区人民医院骨伤科, 广东 潮州 515638)

[中图分类号] R274.128.642 [文献标识码] B [文章编号] 1004-2814 (2016) 05-0479-02

[摘要] 目的: 观察中医正骨配合手术治疗踝关节骨折的临床疗效。方法: 100例随机分为观察组和对照组各50例。对照组接受手术治疗, 观察组先行中医正骨治疗后再接受与对照组相同的手术治疗。结果: 术后1年随访, 总合格率观察组100%、对照组88%, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组功能、活动度评分高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 中医正骨配合手术治疗踝关节骨折疗效显著, 预后良好。

[关键词] 踝关节骨折; 手术; 中医正骨

我们用中医正骨配合手术治疗踝关节骨折效果较好, 现报道如下。

1 临床资料

共100例, 均为2013年7月至2015年7月我院收治患者, 随机分为两组各50例。观察组男27例, 女23例; 年龄21~65岁, 平均 (41.52 ± 5.56) 岁; 交通事故致伤19例, 坠落致伤13例, 扭伤10例, 砸伤8例。对照组男26例, 女24例; 年龄22~61岁, 平均 (40.45 ± 5.37) 岁; 交通事故致伤20例, 坠落致伤15例, 扭伤8例, 砸伤7例。两组性别、年龄、致伤原因等比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

结合最新进展^[1-4], 制定研究方案。对照组接受手术治疗, 观察组先行中医正骨治疗再接受手术治疗。

对照组术前先对踝关节骨折部位进行固定, 经踝关节前外侧做纵形切口, 以暴露外踝和胫骨干, 过程中着重注意对腓肠神经的保护。踝骨骨折线斜行且无碎骨块行拉力螺钉固定。胫骨下骨折行髓内型螺丝钉固定, 内踝骨折即刻行石膏固定, 粉碎性骨折行克氏针和张力带固定。

观察组先予神经阻滞麻醉, 再对骨折部位行牵引处理, 通过牵引使踝关节内翻的同时以拇指外推外踝, 再结合骨折情况进行复位矫正。胫骨下端骨折同时须纠正胫腓分离再复位; 后踝折块向后上方脱位行对抗牵引, 以矫正前后脱位和胫距。中医正骨手法复位完成后, 密切观察患者恢复情况, 恢复良好者配合用中药外敷无需手术, 骨折严重者行手术治疗, 手术治疗方法同观察组。

还能通过调整感觉神经的兴奋性以改变肌肉张力、缓解肌痉挛^[11]。Klimkiewicz等^[12]研究证明, 采用PNF技术方法能更明显地促进脑外伤患者运动功能恢复。于青等^[13]发现体针联合PNF疗法组的改良Barthel指数评分优于单纯体针疗法组; 曾宪敏等^[14]研究也发现脑卒中患者接受PNF治疗后, 改良Barthel指数评分改善明显, 说明PNF有助于改善脑卒中偏瘫患者的ADL, 提高生活质量。增加PNF技术在急性中风患者康复训练的应用, 有利于中风患者肢体功能、感知觉以及心理功能恢复, 并且可以降低患者的致残率, 提高生活质量, 达到尽早回归社会的整体康复目标。

综上, 董氏奇穴疗法配合PNF技术具有针刺少、穴位少、疗效较好等优势, 可以明显缩短住院时间, 改善患肢功能, 提高生活质量, 降低致残率。

[参考文献]

- [1] 王莉, 仲其艳. 针灸对中风之偏瘫功能恢复的影响 [J]. 医学信息, 2012, 25 (4): 373.
- [2] 饶明俐. 《中国脑血管病防治指南》摘要 (3) [J]. 中风与神经疾病杂志, 2006, 23 (1): 4-8.
- [3] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准 [J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19 (1): 55.
- [4] 杨维杰. 董氏奇穴针灸学 [M]. 北京: 中医古籍出版社, 2002.
- [5] 邱雅昌. 论“董氏奇穴”的特点和理论基础 [J]. 北京中医药大学学报, 1999, 22 (6): 76-77.
- [6] 霍明, 秋山纯和. 康复治疗技术—神经肌肉促进法 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2007: 1-2.
- [7] 王文炎, 米建平. 董氏奇穴治疗痛症浅探 [J]. 针灸

临床杂志, 2012, 28 (2): 51-52.

- [8] 解秸萍. 巨刺法神经解剖学机制探讨 [J]. 上海针灸杂志, 1997, 16 (2): 28.
- [9] 南登崑. 康复医学 [M]. 4版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 24.
- [10] Khamwong P, Pirunsan U, Paungmail A. A prophylactic effect of proprioceptive neuromuscular facilitation (PNF) stretching on symptoms of muscle damage induced by eccentric exercise of the wrist extensors [J]. J Bodyw Mov Ther, 2012, 15 (4): 507-516.
- [11] 陈建文, 朱治山, 郭瑾. 针刺治疗急性期缺血性脑卒中的功能性磁共振研究 [J]. 实用医学杂志, 2010, 26 (15): 2861-2862.
- [12] Klimkiewicz P, Kubsik A, Jankowska A, et al. The effect of standard kinesiotherapy combined with proprioceptive neuromuscular facilitation method and standard kinesiotherapy only on the functional state and muscle tone in patients after ischaemic stroke [J]. Pol Merkur Lekarski, 2013, 35 (209): 268-271.
- [13] 于青, 张志强, 任亚平. 体针联合PNF疗法早期干预对改善脑卒中后肢体运动功能障碍的疗效观察 [J]. 临床和实验医学杂志, 2012, 11 (24): 1928-1930.
- [14] 曾宪敏, 徐健. 早期应用PNF技术在脑卒中偏瘫治疗的疗效观察 [J]. 临床和实验医学杂志, 2010, 9 (14): 1069-1070.

[收稿日期] 2016-01-20