

确诊患者病情的基础上选用合适的治疗方式,必要时可选用手术+栓塞、手术+放射、栓塞+放射等综合方式处理动静脉畸形,以保证取得较为理想的治疗效果。

参考文献

[1]郑克彬,方川,李春晖,等.颅内动静脉畸形 28 例显微外科治疗效果观察[J].昆明医学院学报,2011,32(5):160-161
[2]朴健民.颅内动静脉畸形伴发颅内动脉瘤的血管内介入治疗[D].吉林大学硕士学位论文,2014
[3]Mossa-Basha M,Chen J,Gandhi D.Imaging of cerebral arteriovenous malformations and dural arteriovenous fistulas [J].Neurosurg Clin N Am,2012,23(1):27-42
[4]Radvany MG,Gregg L.Endovascular treatment of cranial

arteriovenous malformations and dural arteriovenous fistulas [J].Neurosurg Clin N Am,2012,23(1):123-131
[5]张永力,孙玉明,刘方军,等.显微外科手术联合不同方法治疗高级别颅内动静脉畸形[J].中国脑血管病杂志,2012,9(10):505-509
[6]李明昌,陈谦学,王军民,等.颅内深部小型动静脉畸形的血管内介入治疗[J].中华临床医师杂志(电子版),2013,7(19):8624-8626
[7]唐长久.颞叶脑动静脉畸形的影像学特点与外科治疗分析[D].新疆医科大学硕士学位论文,2013
[8]徐锋,宋冬雷.颅内动-静脉畸形的外科治疗评价[J].中国现代神经疾病杂志,2013,13(3):174-177
[9]苏世星.脑动静脉畸形栓塞术后颅内出血的危险因素分析及防治措施[D].南方医科大学硕士学位论文,2013
[10]陈传新.颅内动静脉畸形的外科治疗[D].苏州大学硕士学位论文,2013

(收稿日期: 2015-03-03)

穴位注射联合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征效果分析

刘宣 王美玲

(安徽省铜陵市中医医院 铜陵 244000)

摘要:目的:分析穴位注射联合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征的临床效果。方法:选取 124 例脑卒中后肩手综合征患者随机分为实验组(穴位注射+康复训练组)和对照组(穴位注射组)各 62 例,两组在治疗 1 个月后,比较两组患者的 Barthel 指数评分、上肢运动功能和治疗效果的差异。结果:治疗 1 个月后,两组患者的 Barthel 指数评分均有提高,组内和组间比较差异具有统计学意义, $P<0.05$;实验组的上肢运动功能评分在治疗前后以及治疗后与对照组相比均有明显差异, $P<0.05$,而对照组治疗前后比较无统计学意义, $P>0.05$;1 个月后,实验组的总有效率达到 98.33%,而对照组的总有效率为 85.00%,两组疗效比较具有明显差异, $P<0.05$;两组的动脉指数(PF)、动脉狭窄(MAC)指数、根基底动脉(VBA)指数比较,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:穴位注射联合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征可以明显改善患者日常生活能力,提高临床疗效。

关键词:脑卒中后肩手综合征;穴位注射;康复训练;临床效果

中图分类号:R684

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.08.014

肩手综合征(shoulder-hand syndrome, SHS)^[1]是指患者肩关节疼痛且患手突然肿痛,引发手功能障碍,因疼痛较重并发挛缩,是脑卒中后常见的并发症,发生率可达 12.5%~70%^[2],属中医学“痿证、偏枯”范畴。一般认为肩手综合征的主要神经学病理机制为中枢神经致敏及生理失调^[3]。肩手综合征严重影响患者日常生活和工作,给患者的身心带来了极大的压力^[4]。因此,如何更加有效地改善脑卒中肩手综合征患者的患肢功能、提高治疗效果尤为重要。本研究对脑卒中后肩手综合征患者进行穴位注射联合康复训练进行治疗,取得满意效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 选取对象 选取 2013 年 7 月~2014 年 6 月在我院康复科治疗的符合脑卒中后肩手综合征 I 期诊断标准的患者进行研究,入组标准^[5]: (1) 年龄 ≤ 75 岁; (2) 明确的各类脑卒中病史,且病史不超过 6 个月,脑卒中病情稳定; (3) 肩部活动受限、疼痛,合并指、腕关节疼痛;手指为轻度屈曲位,且屈曲可动范围受限;手部皮肤温度升高、潮红、肿胀等血管运动

性病变,屈曲时腕关节活动加重疼痛,X 线片显示肩手部骨骼局灶性脱钙。一共入组样本病例 124 例,遵照知情同意原则将所有患者随机分为实验组(穴位注射+康复训练组)62 例,对照组(穴位注射组)62 例。结果完成病例 120 例,脱落 4 例。实验组男 39 例,女 21 例,平均年龄(59.23 $\pm$ 2.76)岁;对照组男 37 例,女 23 例,平均年龄(58.37 $\pm$ 3.02)岁。两组患者年龄、性别、病因等比较无显著差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 方法 对照组:予以穴位注射。患者取侧卧位或坐位,选取肩髃、天宗、曲池、手三里、合谷、尺泽、阿是穴,穴位皮肤用酒精或碘伏消毒后,取一次性 5 ml 注射器抽取丹参注射液 4 ml,进针适当深度,得气后缓慢注入药液;每次选穴 3 个,每个穴位注入 1 ml。出针后以无菌棉签按压针孔 3~5 min,以防出血。穴位注射 3 d/次,一共进行 10 次后评估疗效。实验组:穴位注射与对照组一致,再联合适当的康复训练,具体方法包括: (1) 指导并监督患者保持正确的肢位,避免患肩受压、脱垂,保持患侧肩、肘、腕、指

等关节伸展,如卧位时患肢适当抬高,防止长时间处于下垂位,维持腕关节于背曲位,避免身体对患肢挤压;坐位时患肢置于桌面上或膝上,避免悬垂、关节过度屈伸。(2)鼓励患者进行适当运动,或在医师的协助下,做 Bobath 握手,即用健侧手指交叉握住患侧手指,患侧拇指位于最上面,在患者感觉无痛的范围内最大程度地多做被动和主动运动。(3)全范围运动肩关节,包括前臂旋前旋后、肘部伸屈、外旋、外展、前伸等动作;肘关节进行屈伸、旋转运动训练;腕关节做额面轴的屈伸和矢状轴的桡、尺侧屈及旋转等运动;指掌关节做屈、伸、内收、外展及做手弓的窝掌和方平的活动。每天指导患者进行 2 次,每次 20~30 min,持续训练 1 个月后评估疗效。

1.3 评估指标 (1)Barthel 指数评分评定^[6]:总分 100 分为正常;60 分以上者为良,生活基本自理;60~40 分者为中度功能障碍,无法自理生活;重度功能障碍 40~20 分,生活依赖显著;低于 20 分者为完全残疾,生活完全依赖。(2)上肢运动功能评定^[7](简化 Fugl-Meyer 法):包括有无反射活动;屈肌协同运动;伸肌协同运动;伴有协同运动的活动;脱离协同运动的活动;反射亢进;腕稳定性;肘伸直、肩前屈 30° 时腕的活动;手指功能;协调能力与速度等项目。每项评分 0~2 分:0 分表示不能做某一动作;1 分表示能部分完成;2 分表示能充分完成。满分 66 分。(3)疗效评定:痊愈:手部小肌肉未萎缩,关节活动范围正常、肿痛消失;有效:手部小肌肉稍有萎缩,关节活动范围扩大,疼痛缓解,浮肿基本消失;无效:肌肉萎缩加重,关节活动范围、症状无改变或加重^[8]。

1.4 统计学处理 所有数据采用 SPSS17.0 统计软件进行分析,计量资料采用 *t* 检验,用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,计数资料采用卡方检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 Barthel 指数评分比较 两组患者在治疗前的 Barthel 指数评分无明显差异, $P>0.05$,具有可比性。在治疗 1 个月后,两组患者的 Barthel 指数评分均有提高,组间及组内比较均有统计学差异, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 Barthel 指数评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)				
组别	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
实验组	45.10± 8.91	85.25± 5.48	-20.436	0.000
对照组	46.10± 8.29	64.15± 3.27	-9.489	0.000
<i>t</i>	-0.365	18.041		
<i>P</i>	0.720	0.000		

2.2 两组患者治疗前后上肢运动功能比较 两组患者在治疗前的简化 Fugl-Meyer 评分无明显差异, $P>0.05$,具有可比性。治疗 1 个月后,两组患者的上肢运动功能均有改善,实验组治疗前后比较有显著差异, $P<0.05$ 。但是,对照组治疗前后比较无统计学差异, $P>0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后上肢运动功能比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>	
实验组	35.30± 8.79	57.95± 4.75	-8.675	0.000	
对照组	37.70± 7.47	40.15± 2.52	-1.669	0.112	
<i>t</i>	-0.802	17.726			
<i>P</i>	0.432	0.000			

2.3 两组患者治疗后总体疗效比较 治疗 1 个月后,对两组患者进行疗效评定,研究发现实验组的总有效率(痊愈+有效)达 98.33%,而对照组的总有效率为 85.00%,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组患者疗效比较[例(%)]						
组别	<i>n</i>	痊愈	有效	无效	χ^2	<i>P</i>
实验组	60	37(61.67)	22(36.67)	1(1.67)	28.800	0.000
对照组	60	17(28.33)	34(56.67)	9(15.00)		

2.4 两组脑血流动力学指标的评估比较 两组的动脉指数(PF)、动脉狭窄(MAC)指数、根基底动脉(VBA)指数比较,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 4。

表 4 两组脑血流动力学指标的评估比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	动脉指数	动脉狭窄指数	根基底动脉指数
实验组	60	1.28± 0.23	30.79± 15.01	23.70± 1.92
对照组	60	1.18± 0.27	37.23± 17.33	20.39± 1.74
<i>t</i>		2.18	2.18	9.89
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

从以上研究结果可见,两组患者在治疗 1 个月后日常生活能力都有提高,达到基本自理,两组的组间及组内比较均有统计学意义, $P<0.05$,这说明不管是单一穴位注射还是穴位注射联合康复训练都可以改善患者的上肢活动,从而改善患者的日常生活能力。而表 2 显示,对照组的上肢运动功能评分即简化 Fugl-Meyer 评分在治疗前后的比较并无统计学差异($P=0.112$),实验组的上肢运动功能改善明显,这说明单一穴位注射对于改善上肢运动功能的作用低于穴位注射联合康复训练的作用。在临床疗效方面,实验组总有效率达 98.33%,对照组总有效率 85.00%,两组比较具有明显差异。在脑血流动力指数方面,两组的动脉指数、动脉狭窄指数、根基底动脉指数比较,差异有统计学意义, $P<0.05$,说明脑卒

中患者进行穴位注射联合康复训练治疗可显著改善患者的脑血液循环,缓解动脉狭窄程度,降低动脉硬化程度。

肩手综合征又称反射性交感神经营养不良综合征,是一种神经性疼痛综合征^[9]。其受累关节大多为手三阳经分布区域,其中阳明经为多气多血之经,故本研究选取针刺手阳明经穴为主,辅以手少阳、手太阳经穴,肩髃、天宗、曲池、手三里、合谷、尺泽都是位于手三阳经的穴位,针刺这些穴位,可温阳益气、通行气血、调整经络。丹参注射液可有效改善微循环,相关研究^[10]显示,丹参能显著降低应激大鼠血液的高黏滞性,使其血浆去甲肾上腺素的含量下降。康复训练^[9]可以减轻肌肉痉挛、牵伸挛缩组织,促进静脉回流,减轻水肿和疼痛,防止肌肉萎缩。针对患肢正规的康复训练不仅纠正肩胛骨下移、内收和向下旋转,使得因盂肱关节相对移动而引起的疼痛明显减轻,增加被动活动范围,还可以改善肘关节、腕关节、指掌关节的活动能力,提高精细运动的功能,从而提高上肢的运动功能。综上所述,穴位注射联合康复训练,不仅可以镇痛、减轻水肿、促进患肢局部的血液循环,还可以提高上肢运动功能和生活能力。

二者联合治疗脑卒中后肩手综合征安全高效,对于改善上肢功能、提高患者的生活质量具有重大的临床意义,值得推广。

参考文献

[1]韩淑凯,曹文杰,孙志英,等.针药结合对脑卒中后肩手综合征患者肩关节功能的影响[J].山东医药,2012,52(33):38-40
[2]计静,陈建兰,姚憬,等.丹参穴位注射结合气压治疗肩手综合征 I 期疗效观察[J].浙江中西医结合杂志,2011,21(12):861-862
[3]穆齐金,王著敏.分期辨治脑卒中后肩手综合征 100 例临床观察[J].山东医药,2007,1(47):69-70
[4]高志琼,王重新.针刺为主治疗脑卒中后肩手综合征 30 例疗效观察[J].四川中医,2012,30(1):119
[5]李俊.针刺结合中药熏蒸治疗中风后肩手综合征 30 例[J].河南中医,2013,33(10):1763-1764
[6]陆吕平,张国庆,顾伯林,等.中西医结合治疗对缺血性脑卒中老年患者的 BARTHEL 指数评分、神经功能缺损评分及血液流变学的影响[J].中国老年学杂志,2014,34(1):83-85
[7]陈兰英.早期康复护理对脑卒中偏瘫患者肢体功能及生活能力的影响[J].安徽医学,2012,33(8):1082-1084
[8]廖明霞,朱彬,罗霁.电针结合康复训练治疗脑卒中后肩 - 手综合征疗效观察[J].四川中医,2013,31(3):125-127.
[9]吴欣楠,沈显山,吴建贤.康复护理在肩手综合征康复治疗中的应用[J].安徽医学,2011,32(6):843-845
[10]余丹,柴建国,曹彦光,等.丹参注射液中丹酚酸 B 对丹参素药代动力学影响[J].中国药科大学学报,2009,40(3):258-262

(收稿日期: 2015-01-21)

钬激光联合胆道镜在腹腔镜胆总管切开取石中的研究

朱胜昌 王智彪 姚小燕 湛祖建 黎堃
(江西省宜春市人民医院肝胆外科 宜春 336000)

摘要:目的:探讨钬激光联合胆道镜在腹腔镜胆总管切开取石术中治疗肝内外胆管结石的应用价值。方法:将 40 例肝内外胆管结石患者分为两组,观察组 20 例,腹腔镜下胆道镜联合钬激光碎石;对照组 20 例,以腹腔镜下联合胆道镜取石,比较两组临床疗效。结果:两组结石取净率、中转开腹率、平均住院时间比较,差异有统计学意义, $P<0.05$;平均手术时间及术中出血量差异无统计学意义, $P>0.05$,观察组的疗效显著优于对照组。结论:钬激光联合胆道镜在腹腔镜下治疗肝内外胆管结石是一种创伤小、恢复快且安全有效的方法。

关键词:胆管结石;钬激光;腹腔镜;胆道镜

中图分类号:R657.42

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.08.015

肝内外胆管结石是一种比较复杂的常见病和难治病,具有病变广泛、手术并发症发生率高、术后结石残留率高和结石复发率高的特点^[1]。近年来随着微创外科的发展,肝内外胆管结石的微创治疗已经逐渐成为研究热点,腹腔镜下钬激光与胆道镜的联合应用碎石技术也得到了迅速发展。2013 年 1 月~2014 年 10 月,宜春市人民医院肝胆外科采用该方法治疗肝内外胆管结石患者 20 例,效果满意。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2013 年 1 月~2014 年 10 月住院的 20 例肝内胆管结石患者为观察组,男 9 例,女 11 例,年龄 23~72 岁,平均 45 岁。其中肝右叶结石 9 例,左叶结石 7 例,左右肝管结石 4 例,合并胆总管结石 10 例,有胆囊切除病史 4 例,胆总管切开取石手术史 3 例,20 例均有反复右上腹疼痛病史,合并皮肤巩膜黄染 6 例。选择 2010 年 1 月~2012 年 12 月住院的 20 例肝内胆管结石患者为对照组,