

3 讨论

心脏神经症主要是由于中枢神经系统功能紊乱导致患者出现的一系列神经系统症状,并伴有循环系统的功能失调^[4-5]。随着社会压力的增加,该病的患者逐渐增加,由于患者对该病的了解甚少,并且疾病的诊断较难,需要进行综合的分析才能确诊,所以对该病的治疗也成为了中医医院的一大热门^[6]。中医将该病归为“郁证”的范畴,病因主要为患者的情志受损,导致气郁积于心而出现心悸、胸闷等临床症状,且患者的情绪大多难以控制,波动起伏较大。

本研究结果显示,治疗后,观察组的总有效率为 93.33%,对照组的总有效率为 66.67%,组间比较差异有统计学意义, $P < 0.05$; 两组患者在进行药物治疗前的 SDS 评分对比差异无统计学意义, $P > 0.05$; 治疗后两组患者的评分均有所降低,但观察组的缓解程度更大,组间比较差异具有统计学意义, $P < 0.05$ 。这表明对心脏神经症进行中医辨证治疗的临床效果较好。对心脏神经症患者进行治疗的主要原则为解郁、养心,标本兼治,舒肝理气,健脾并进。采用逍遥宁心方加减对患者进行治疗^[7],方中柴胡舒肝理气;酸枣仁、远志等可宁心安神;白芍、厚朴具有抗抑郁的作用,解郁宁心的作用较佳;郁金、厚朴等

药物对心脏神经症的患者行气的效果较好^[8]。再根据患者的不同症状对方中药物进行加减,临床效果更好^[9]。

综上所述,对心脏神经症进行中医辨证治疗的临床效果较好,且患者接受度较高,副作用少,值得在临床治疗中推广。

参考文献

- [1] 司维. 从心论治广泛性焦虑的临床研究[D]. 北京: 中国中医科学院西苑医院, 2014. 16-21
- [2] 左玉静. 朱建贵辨证治疗失眠经验的临床研究[D]. 北京: 中国中医科学院广安门医院, 2013. 32-33
- [3] 肖怡. 心脏神经症刚柔辨证论治的临床研究[D]. 北京: 中国中医科学院广安门医院, 2010. 38
- [4] 孙萍. 朱宗元教授心系疾病学术思想继承及治疗气虚血瘀型冠心病慢性心衰临床研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2012
- [5] 韩春生. 中医辨证治疗心血管神经症 41 例疗效观察[J]. 中外医学研究, 2011, 9(19): 49-50
- [6] 张晗. 天王补心汤加减治疗心阴不足型广泛性焦虑的临床疗效观察[D]. 北京: 北京中医药大学, 2014
- [7] 王璐. 逍遥宁心方加减治疗肝郁脾虚型心脏神经症的临床疗效观察[D]. 北京: 北京中医药大学, 2014
- [8] 徐莲丽, 李华海. 中医辨证治疗心血管神经症的疗效观察[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2014, 30(9): 58-61
- [9] 杨静娟, 段浩. 中医辨证治疗抑郁性神经症 43 例疗效观察[J]. 河北中医, 2002, 24(11): 811-813

(收稿日期: 2016-05-24)

足下垂刺激仪对脑卒中足下垂患者下肢运动功能的影响

肖菲娜 林春淑

(中山大学附属第五医院 广东珠海 519000)

摘要:目的: 观察足下垂刺激仪联合功能锻炼对脑卒中足下垂患者的治疗价值。方法: 选取 2015 年 2 月~2016 年 2 月于我院住院治疗的脑卒中合并足下垂患者 104 例, 运用数字随机法将患者分为对照组和研究组, 每组 52 例, 对照组接受常规功能锻炼; 研究组在此基础上, 于患者步行过程中使用足下垂刺激仪。观察分析研究组和对照组足趾屈群肌张力治疗效果、胫前肌肌力治疗效果、FMA 评分。结果: 研究组足趾屈群肌张力、胫前肌肌力治疗效果显著优于对照组 ($P < 0.05$); 治疗后研究组的 FMA 评分显著高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 足下垂刺激仪联合功能锻炼能够显著地改善脑卒中合并足下垂功能障碍患者的肌张力, 促进下肢运动功能改善, 从而改善患者预后。

关键词: 足下垂刺激仪; 足下垂; 脑卒中; 功能性电刺激

中图分类号: R743

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2016.06.022

在临床上常见许多脑卒中患者虽然可以恢复行走能力, 但偏瘫下肢常表现为足下垂和 / 或足内翻, 导致步行时患侧下肢廓清障碍、行走划圈。因此, 对脑卒中患者足下垂、内翻治疗方法的研究有着非常重要的意义。目前国外使用腓总神经电刺激技术治疗足下垂效果确切, 如 60 年代美国医生 Liberson 首先利用电刺激腓神经成功矫正了偏瘫患者足下垂步态。本研究使用的 DC-L-500 型足下垂刺激仪即

是利用功能性电刺激原理 (FES), 在患者起步时刺激腓总神经和胫骨前肌, 促使足部抬起, 落地时则停止电刺激, 从而控制足部运动 (如足背屈、足外翻等), 帮助患者在步行时矫正足下垂并改善步态, 效果满意。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 2 月~2016 年 2 月在我院康复中心住院治疗的脑卒中伴足下垂患者

104 例, 均符合脑卒中的诊断标准, 经颅脑 CT 或 MRI 证实为脑出血或脑梗死。本研究经医院伦理学委员会批准并签署知情同意书。将所有患者按随机数字表法分为对照组与研究组, 每组 52 例。研究组男 30 例, 女 22 例, 平均年龄 (61.42± 6.91) 岁, 平均病程 (7.42± 1.93) 周, 脑出血 18 例, 脑梗死 34 例; 对照组男 28 例, 女 24 例, 平均年龄 (62.57± 7.14) 岁, 平均病程 (8.04± 2.11) 周, 脑出血 20 例, 脑梗死 32 例。两组患者一般资料对比, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 接受常规药物与康复功能锻炼。包括常规的脑血管、抗痉挛药物, 每天进行仰卧锻炼, 足背伸锻炼和步行锻炼, 2 次 /d, 40 min/ 次, 2 个月为 1 个疗程。

1.2.2 研究组 在对照组基础上, 辅助 DC-L-500 足下垂治疗仪[批准文号: 苏食药监械(准)字 2013 第 2260759 号]。具体操作如下: 使用编程器调节刺激器电流处于最小值, 后关闭刺激器电源; 取 2 片电极片分别粘贴于患侧腓总神经和胫前肌部位; 最后确定电极座位于绑带上的位置, 用绑带包住膝关节下方。之后开始进行电刺激, 电刺激脉宽从 100 μ s 开始, 电流强度逐渐增大, 此时肉眼可见踝关节出现背屈动作, 电刺激强度以患者能耐受为度。1 次 /d, 30 min/ 次, 2 个月为 1 个疗程。

1.3 观察指标 观察分析两组患者足跖屈群肌张力治疗效果、胫前肌肌力治疗效果、FMA 评分。

1.4 评价标准^[1] 足跖屈群肌张力治疗效果: 采用 Ashworth 评定, 其中显效为患者的肌肉张力能够恢复到正常水平或者降低 2 个级别以上; 有效: 经过治疗之后, 其肌肉张力下降 1 个级别; 无效: 经过治疗之后肌肉张力无改变。胫前肌肌力治疗效果: 采用 Lovett 肌力测评法测定, 显效: 患者的肌力能够恢复到正常水平或者升高 2 个级别以上; 有效: 经过治疗之后, 其肌力升高 1 个级别; 无效: 经过治疗之后肌力无改变。FMA 功能测定: 参照 Fugl-meyer 运动功能评分量表进行测评。

1.5 统计学处理 用 SPSS19.0 统计软件对各项资料进行处理, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, 分别进行组间各因素比较, $P<0.05$ 为差异有统计学意义, 计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组足跖屈群肌张力治疗效果的比较 研究组患者足跖屈群肌张力治疗总有效率达 73.04 高于

对照组 (42.19%), 差异显著 ($P<0.05$), 有统计学意义。详见表 1。

表 1 两组患者足跖屈群肌张力治疗情况对比[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
研究组	52	6(11.54)	32(61.54)	14(26.92)	38(73.08)
对照组	52	0(0.00)	22(42.31)	30(57.69)	22(42.31)
χ^2					9.815
P 值					0.004

2.2 两组胫前肌肌力治疗效果的比较 研究组患者胫前肌肌力治疗总有效率达 88.46%, 高于对照组的 53.85%, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者胫前肌肌力治疗情况对比[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
研究组	52	10(19.23)	36(69.23)	6(11.51)	36(88.46)
对照组	52	4(7.69)	24(46.15)	24(46.15)	28(53.85)
χ^2					12.815
P 值					0.002

2.3 两组下肢 FMA 评分比较 研究组治疗前 FMA 评分 (15.21± 6.27) 分, 治疗后 (32.58± 7.13) 分; 对照组治疗前 FMA 评分 (16.55± 5.98) 分, 治疗后 (23.69± 5.99) 分。治疗后研究组的 FMA 评分显著高于对照组 ($P<0.05$)。

3 讨论

足下垂是脑卒中患者常见特征之一。刘翠华等^[2]报道, 在常规药物、康复治疗的基础上辅助步态诱发 FES 治疗 58 例脑卒中后足下垂内翻患者, 14 d 后患者步态不对称指数 (GAI)、踝关节活动度 (ROM)、非偏瘫侧摆动时间变异性 (STV) 较治疗前有明显改善, 10 m 步行速度明显提高, 生理消耗指数 (PCI) 降低。本组研究显示, DC-L-500 型足下垂刺激仪联合功能锻炼能够显著改善患者的下肢功能, 足跖屈群肌张力及胫前肌肌力均得到不同程度的改善。一项临床随机研究指出^[3], 通过 FES 刺激趾屈肌和背伸肌, 同时辅以每天步行训练, 能显著改善患者步行能力、肌肉力量及偏瘫侧痉挛程度。Yan 等^[4]研究表明, FES 治疗能显著降低脑卒中患者痉挛程度, 并能通过增加兴奋肌肌电信号及降低协同肌肌电信号, 显著改善踝背伸动作, 并指出 FES 应用于脑卒中患者的目的不仅在于提高康复疗效, 改善运动及行走功能, 更多则在于促使这些患者早日重返家庭及社会。综上所述, DC-L-500 型足下垂刺激仪联合功能锻炼能够显著地改善脑卒中合并足下垂功能障碍患者的肌张力, 同时改善下肢运动功能, 从而改善患者预后。

参考文献

[1] Kluding PM, Dunning K, O'Dell MW, et al. Foot drop stimulation

- versus ankle foot orthosis after stroke: 30-week outcomes[J].Stroke, 2013,44(6):1660-1669
- [2]刘翠华,张盘德,容小川,等.步态诱发功能性电刺激对脑卒中足下垂患者的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2011,26(12):1136-1139
- [3]Embrey DG,Hohz SL,Alon G,et,al.Functional electrical stimulation to dorsiflexors and plantar flexors during gait to improve walking in

- adults with chronic hemiplegia [J].Arch Phys Med Rehabil,2010,91(5):687-696
- [4]Yan T,Hui-Chan CW,Li LS.Functional electrical stimulation improves motor recovery of the lower extremity and walking ability of subjects with first acute stroke[J].Stroke,2015,36(1):80-85
- (收稿日期: 2016-05-21)

颅内血肿微创清除术联合中药消瘀康治疗脑出血临床观察

姜宏舟

(中国医科大学附属第四医院神经外科 辽宁沈阳 110000)

摘要:目的:探讨高血压脑出血行颅内血肿微创清除术联合中药消瘀康治疗对患者愈后的影响。方法:将 100 例患者随机分为治疗组与对照组各 50 例,治疗组采用颅内血肿微创清除术联合加服中药消瘀康治疗,对照组采用颅内血肿微创清除术治疗,分别于治疗前及治疗 3 个月后进行神经功能缺损评分。结果:治疗组总有效率 84%,对照组总有效率 80%,两组比较差异无显著性($P>0.05$)。治疗组神经功能缺损评分进步平均(14.6±8.80)分,高于对照组的(10.2±7.55)分($P<0.05$)。结论:颅内血肿微创清除术治疗高血压脑出血疗效可靠,加用中药消瘀康可以明显改善患者的生存质量。

关键词:脑出血;颅内血肿微创清除术;消瘀康

中图分类号:R651.12

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.06.023

高血压脑出血是一种常见病、多发病,其起病急、变化快、致死率及致残率均占脑血管病的首位,严重威胁患者的生命健康。因此,最大限度地降低患者的病死率和致残率,是医学界研究的重点。目前药物保守、外科干预仍然是主要治疗方法,尽早清除颅内血肿,解除脑组织压迫,降低颅内压是治疗的关键。本研究应用颅内血肿微创清除术与中药消瘀康相结合治疗高血压脑出血取得一定的疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院颅内出血量 30~60 ml 幕上高血压脑出血病例 100 例,随机分为治疗组和对照组各 50 例。治疗组男 35 例,女 15 例;年龄 35~75 岁,平均 56.5 岁;出血量 30~60 ml,平均 45.0 ml。对照组男 37 例,女 13 例;年龄 36~73 岁,平均 55.5 岁;出血量 32~55 ml,平均 43.5 ml。两组一般资料比较无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 两组患者行颅内血肿穿刺引流术,常规经头颅 CT 扫描,做定位片,选择最佳穿刺的体表位置、角度以及靶点深度的预测。常规消毒,局麻生效后,电力驱动下将颅内血肿穿刺针送入血肿腔内,据情可多点穿刺,并用 20 ml 注射器轻轻抽吸血肿,抽吸量根据术中情况确定(一般占术前血肿量的 30%~80%),术中若疑有颅内继发性出血,即向管内注入 0.5% 去甲肾上腺素或注射用血凝酶冰盐水冲洗止血。最后复查头部 CT,对血肿残留量以及有无出血情况进行确认^[1]。返回病房后用尿激酶冲洗引

流,保持合适的颅内压。治疗组加服中药消瘀康治疗。中药消瘀康组成为当归、苏木、木香、赤芍、泽兰、乳香、地黄、泽泻、没药、川穹、川木通、川牛膝、桃仁、续断、甘草、红花、香附。观察期为 3 个月,依据脑卒中患者神经功能缺损程度进行量化评分^[2]。

1.3 我国临床神经功能缺损评分标准

1.3.1 意识(最大刺激,最佳反应) 两项提问:(1)年龄?(2)现在是几月?(相差 2 岁或 1 个月算正确)均正确 0;一项正确 1;都不正确,做以下检查。两项指令(可以示范):(1)握拳、伸掌;(2)睁眼、闭眼。均完成 3;完成一项 4;都不能完成,做以下检查。强烈局部刺激(健侧肢体):躲避刺激或防御动作 6;肢体回缩 7;肢体伸直 8;无反应 9。

1.3.2 水平凝视功能 正常 0;侧视动作受限 2;眼球侧凝视 4。

1.3.3 面瘫 正常 0;轻瘫、可动 1;全瘫 2。

1.3.4 言语 正常 0;基本可以交谈,但有表达困难 2;简单交谈 3;几个单字式的联系,借助表情动作 5;不能言语达意 6。

1.3.5 上肢肌力 V 级 0;IV 级 1;III 级,抬臂高于肩 2;III 级,平肩或以下 3;II 级 4;I 级 5;0 级 6。

1.3.6 手肌力 V 级 0;IV 级 1;III 级,握空拳、能伸开 2;III 级,能屈指、不能伸 3;II 级,屈指不能及掌 4;I 级,指微动 5;0 级 6。

1.3.7 下肢肌力 V 级 0;IV 级 1;III 级,抬腿 45° 以上,踝或趾可动 2;III 级,抬腿 45° 左右,踝或趾不能动 3;II 级,抬腿离床不足 45° 4;I 级,水平移