

述症状,应立即停药。此外12例患者中女性占9例,与李溪等^[2]报道的生脉注射液的不良反女性患者高于男性的结果相符合。

2.3 不对症用药 中药注射剂的绝大部分仍具有其原药的寒、热、温、凉、补、泻的药性;用药辨证论治是中医治疗疾病的特点,不熟悉中医理论的西医医生使用中药注射剂因缺乏中医辨证施治的治疗原则,就容易发生对病不对症的情况,药不对症就由此而发生用药不良反应^[6]。据文献报道,生脉注射液用于治疗甲亢性心脏病的疗效较好^[6]。本文12例不良反应中有6例患者的原患疾病是甲状腺功能亢进症,并未诊断出甲亢性心脏病,全部使用生脉注射液治疗,有不对症用药的嫌疑,故易引起不良反应。

2.4 药品的质量难以控制 中药注射剂的质量受到生产过程中原料药的来源、提取分离技术方法等影响较大,其制剂成品可含有蛋白质及其共聚物、鞣质、不溶性微粒或其他杂质。此外在成品运输、储存过程中,受到温度、湿度、光线的影响,药品的质量也会发生变化^[7]。本次12例生脉注射液的过敏样反应,其中有6例为再次接触生脉注射液时发生,提示该批号的生脉注射液可能存在一定的质量问题,其原因可能是厂家方面的,也可能是由于夏季长途运输及储存不当造成的(生脉注射液要求在密封、避光、置阴凉处储存)。建议厂家重视中药注射剂的质量控制问题,及时关注产品的不良反应,对于发生不良反应较多的批号,厂家可及时召回,进行主要成分及各主要组分含量测定,或是进行指纹图谱鉴定方面的研究,并与留样进行对比分析,持续改进,提高质量标准,充分发挥生脉注射液这一古方的作用。

总之,中药注射剂是我国中医药文化的组成部分之一,是

现代中医药创新取得的成果,已经成为临床疾病治疗的独特手段,正在发挥着不可替代的作用。但中药注射剂所存在的过敏反应是国际性难题,改善生产工艺,使之与国际标准接轨,达到欧盟等发达国家植物药注射剂的研制和生产标准,即有效纯度达98%,非有效成分也能明确;规范临床合理用药,有效控制中药注射剂的不良反应。相信不久的将来,我国中药注射剂必将成为具有中国自主知识产权和中国特色的国际产品^[8]。

参考文献:

- [1] 张文霞,钟希文,曾聪彦. 59例生脉注射液不良反应文献分析[J]. 中国药物警戒, 2010, 7(1): 55-58.
- [2] 李溪,郑圣利,李君建. 生脉注射液致群体性不良反应9例[J]. 中国中医药咨讯, 2011, 3(6): 309-310.
- [3] 冷鹏. 生脉注射液不良反应1例及原因分析[J]. 中国药物应用与监测, 2004, 1(4): 42.
- [4] 金育忠,达朝亮. 生脉注射液致不良反应5例[J]. 中国药物应用与监测, 2009, 6(3): 192-193.
- [5] 陈晓纯. 浅谈中药注射剂在临床的不良反应和安全合理使用[J]. 右江民族医学院学报, 2011, 33(5): 691-692.
- [6] 教富娥,丛科,张丽娜. 生脉注射液治疗甲亢性心脏病52例[J]. 中国中医急症, 2012, 21(2): 290-291.
- [7] 高素珍,张志刚. 浅析中药注射剂不良反应发生原因及防治措施[J]. 中国药房, 2008, 19(28): 1439-1440.
- [8] 刘屏. 中药注射剂的过敏反应亟待进行科学系统研究[J]. 中国药物应用与监测, 2010, 7(2): 67-69.

收稿日期: 2014-09-18; 修回日期: 2014-09-23

针灸配合康复技术改善中风后遗症患者瘫痪肢体促分离运动疗效分析

张小华

(广东省深圳市大鹏新区南澳人民医院, 广东 深圳 518000)

摘要: **目的** 对比观察针灸配合康复技术改善中风后遗症患者瘫痪肢体促分离运动临床效果。**方法** 选取2013年12月~2014年9月我院收治的中风后遗症患者52例,将其随机分成三组,针灸促通组18例,针灸组17例,促通组17例,根据病情的轻重,针灸疗法略有不同,分别比较观察三组的治疗效果。**结果** 针灸促通组与针灸组、促通组三组有效率分别为94.44%、82.35%、76.47%,三组临床疗效比较差异有统计学意义($P < 0.05$);针灸促通组疗效优于针灸组、促通组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。针灸组与促通组组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 中医针灸和西医理论相结合在改善中风后遗症患者瘫痪肢体促分离运动方面有良好的治疗效果。

关键词: 针灸; 康复; 中风后遗症; 促分离运动

中图分类号: R255.2

文献标识码: A

文章编号: 1001-5817(2014)06-0903-02

doi: 10.3969/j.issn.1001-5817.2014.06.047

中风又被称作脑卒中,随着当今社会人口老龄化的增加,该病发生率逐年增加,被列为多发病常见病之一,是严重危害人类健康难治愈疾病^[1]。据统计我国每年发生中风患者约180万左右,随着现代医学的发展,中风疾病的致死率明显下降,但中风引发的致残率没有降低,许多中医根据临床经验将针灸配合康复运动对治疗中风后遗症瘫痪肢体促分离运动等有显著疗效,在临床上针灸疗法已广泛应用,取得了良好的治病效果^[2-4]。笔者将2013年12月~2014年9月我院收治的中风后遗症引起的偏瘫肢体促分离运动患者进行分组治疗比较,总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 中风后遗症患者52例,男32例,女20例;年龄最小42岁,最大70岁,男性患者年龄在40~50岁之间18例,50~70岁14例,女性患者年龄在40~50岁8例,50~70岁

12例;病程最长2年,最短3个月。将52例中风后遗症引起的瘫痪患者随机分成三组,针灸促通组18例,针灸组17例,促通组17例。各组患者性别、年龄、病程、Brunnstrom分期等临床资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),各组间具有可比性。

1.2 治疗方法 根据发病长短及病情表现,将其分为不同发病时期,分别为早期、软瘫期、痉挛期、恢复期^[5]。根据病期不同,治疗情况不完全相同。早期:此期病人应积极进行抢救治疗,稳定病人病情,可以选择仰卧位和侧卧位两种,针灸疗法多选用醒脑开窍为主,穴位选择:合谷、太冲、水沟、印堂、涌穴,留针25 min。软瘫期:该期病人发病时间约为3周,患者常会由于脊髓休克出现肌张力低下,导致软瘫。

1.2.1 针灸组采用针灸疗法 针灸疗法以缓解肌张力为主,Brunnstrom I~II为软瘫期,穴位选择:足运感区,体针地仓、颊车、曲池、肩髃、三阴交、手三里、足三里、外关、伏兔、合谷、太

冲、八邪^[6];康复治疗患者用健肢带动患肢运动。Brunnstrom III~IV期为痉挛期:此时期病人病程较长,出现痉挛现象,针灸多以治疗痉挛为主,穴位选择:体针取手太阳、手少阳、足太阳、足少阳经。取穴腕骨、肩贞、臑俞、天宗、阳池、天井、殷门、委中、承山、阳陵泉、绞内翻(昆仑上2寸)、丘墟透照海,以透穴为主;康复治疗可选择上下肢屈肌痉挛解除法。恢复期:经过一段时间治疗患者痉挛偏瘫等症状逐渐消除,出现分离运动主动运动,此时病人要注意加强运动,及日常生活自理能力训练。常规针灸操作方法,皮肤消毒,针与头皮呈20~30°夹角,用夹持进针法快速刺入帽状腱膜下,进针一定深度后固定不提插,捻转针身左右旋转,头针采用快速捻转,约200 r/min左右,捻转3 min左右,留针25 min。

1.2.2 促通组采用促通技术 促通技术根据患者病期的不同,方法不同,Brunnstrom I~II为早期及软瘫期患者应当注意避免痉挛,活动肢体,肢体按摩,半卧位至坐位的训练;Brunnstrom III~IV期为痉挛期和恢复期在上述训练基础上还要加强各关节运动,身体平衡训练提高协调能力,身体运动姿势恢复正常。根据患者的病情及病程按照上述要求给予相应的疗法,每天1次,20 d为1个疗程,6个疗程后观察疗效。

1.2.3 针灸促通组采用上述针灸疗法配合促通技术共同使用。

1.3 诊断及治疗标准 诊断标准:参照《中医病证诊断疗效标准》^[7]制定。主症:患者一侧肢体瘫痪,神志不清,口舌歪斜,不语,身体麻木,偏身感觉异常。次症:头痛,眩晕,恶心,呛水,身体歪斜,走路不稳,共济失调等。

治疗标准^[8]:以Brunnstrom分期判定作为疗效判定标准,有效:分期达到IV期及以上;无效:分期达到III期以内。

1.4 统计学方法 采用SPSS 17.0统计软件处理数据。计量资料的统计采用 t 检验,计数资料的统计采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

针灸促通组、针灸组、促通组三组临床疗效比较差异有统计学意义($\chi^2 = 8.354, P = 0.015$),表明针灸促通组疗效优于针灸组、促通组。针灸促通组分别与针灸组($\chi^2 = 6.298, P = 0.012$)、促通组($\chi^2 = 7.884, P = 0.005$)比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。针灸组与促通组比较差异无统计学意义($\chi^2 = 0.119, P = 0.730$),见表1。

表1 三组临床疗效比较 (n)

组别	n	有效	无效	有效率(%)
针灸促通组	18	17	1	94.44
针灸组	17	10	7	58.82
促通组	17	19	8	52.94

3 讨论

现阶段,在针灸与现代康复医学结合治疗中风后遗症方面进行了大量的研究和实践,如李华宏等^[9]按脑梗死临床恢复特点而分3期进行针刺治疗,结果明显优于不予分期更换针刺方案组;黄政叶等^[10]运用神经生理学原理和经络理论对65例偏瘫患者进行治疗观察,按软瘫期与痉挛期分别在健侧或拮抗肌上取穴,获得较好疗效^[11];赵艳玲等^[12]根据疾病的不同时期,采用序贯性疗法,对照组为常规针刺组,结果表明治疗组肢体运动功能积分值、关节活动度积分值、肌力积分值增高值明显高于对照组。以上实践表明,针灸配合康复技术对于治疗中风后遗症有显著疗效。Brunnstrom学说^[13-15]将偏瘫的恢复分为6个阶段,Brunnstrom III期肌张力明显增高,痉挛明显,可随意出现共同运动模式;Brunnstrom IV期痉挛开始减轻,出现部分分离运动。本研究通过临床试验,以Brunnstrom分期作为疗效判定标准,突出探讨不同方法治疗中风后遗症患者瘫痪肢体促分离运动的临床疗效,结果显示针灸促通组、针灸组及促通

组三组临床有效率分别为94.44%、58.82%、52.94%,表明不同治疗方法在中风后遗症患者瘫痪肢体促分离运动临床治疗中均有疗效,以针灸疗法配合康复技术治疗效果最为显著。该法也是目前中西医相结合被大家广为赞同的方法,但临床实验及报道并未广泛推广,使其在方法学与统计学上仍然有许多的问题有待我们去进一步解决与探索,以增强其规范化及系统化,便于我们对中风偏瘫的治疗及研究更加深入彻底,极大地降低患者致残率,使患者早日摆脱疾病的折磨,减轻患者经济、心理负担,能够生活自理,早日恢复健康^[16-17]。

综上所述,针灸配合康复治疗对中风后遗症患者瘫痪肢体促分离运动等疾病有良好的治疗效果,对身体康复和生活质量的提高有积极意义。

参考文献:

- [1] 苏晓梅,纪凤双,程子辉,等.针刺结合康复训练综合治疗早期中风偏瘫临床观察[J].中国医药科学,2012,12(19):1023-1025.
- [2] 张章,刘波,芮薇,等.针刺配合康复治疗对中风患者功能恢复的影响[J].中国中医药现代远程教育,2012,41(2):157-159.
- [3] 刘茜,左天香,潘道友.针灸康复治疗临床应用研究新变化[J].右江民族医学院学报,2013,35(4):536-538.
- [4] 刘兆平,曾满萍,谢辉,等.张力平衡针法结合康复治疗对卒中后足下垂内翻患者运动功能的影响[J].中国中医急症,2011,14(10):689-691.
- [5] 钟玲.头针加康复训练治疗中风偏瘫临床研究[J].辽宁中医药大学学报,2011,13(10):842-844.
- [6] 周立志,彭力,穆敬平,等.电针配合促通技术对急性脑卒中偏瘫患者步行功能的影响[J].上海针灸杂志,2011,47(9):1541-1543.
- [7] 李万浪.电针结合康复训练治疗缺血性中风后偏瘫的临床研究[J].江苏中医药,2011,14(9):1028-1030.
- [8] 张虎,张大尉,王振垚,等.易化技术结合体针对脑卒中患者肢体功能恢复临床研究[J].北京中医药,2011,17(6):463-465.
- [9] 李华宏,鲍秀山,吴同芝.电针配合运动治疗中风后遗症60例临床观察[J].针灸临床杂志,2009,12(11):1357-1359.
- [10] 黄政叶.以按摩为主治疗偏瘫52例疗效观察[J].右江民族医学院学报,1993,15(3):249.
- [11] 王世新.针灸联合康复运动治疗中风后遗症的临床分析[J].药物与人,2014,9(7):614-616.
- [12] 赵艳玲,唐晨光,何泽云,等.序贯针法分期论治中风病偏瘫临床观察[J].湖南中医学院学报,2009,8(24):53-54.
- [13] 刘桂香.针灸联合康复锻炼治疗中风后遗症的疗效评价[J].中外医疗,2013,15(6):415-417.
- [14] 雷天晓,彭兰,汤玉川.针刺治疗结合康复训练对中风患者的疗效研究[J].湖北职业技术学院学报,2009,12(3):624-626.
- [15] 刘喜堂,刘喜庆,魏晓楠,等.中药结合针灸与康复训练治疗中风后遗症88例[J].中国中医急症,2010,29(4):1564-1566.
- [16] 朱红霞,肖晓华.化痰涤痰汤和针灸联合应用治疗中风后遗症效果分析[J].江西医药,2013,14(8):1068-1070.
- [17] 孙善斌,刘文军,张闻东,等.针灸督脉为主配合手法点穴醒脑治疗中风后抑郁症疗效观察[J].中医药临床杂志,2009,46(4):1019-1021.

收稿日期:2014-10-27;修回日期:2014-11-14