

沿神经走行电针取穴治疗腓总神经损伤临床观察

王宇, 叶田, 宋聪琳

哈尔滨市中医医院, 黑龙江 哈尔滨 150076

[摘要] 目的: 观察沿神经走行方向取穴电针治疗与普通针刺治疗腓总神经损伤的临床疗效。方法: 将 80 例患者随机分成 2 组各 40 例。2 组均常规口服维生素 B₁、维生素 B₁₂、甲钴胺及常规康复治疗。对照组取浮郄、阳陵泉、外丘、丘墟、足三里、解溪、申脉、悬钟、三阴交等穴, 常规针刺治疗。2 组取穴相同, 在普通针刺基础上取浮郄与阳陵泉, 外丘与丘墟 2 组配对电针治疗。2 组均每天治疗 1 次, 治疗 15 天为 1 疗程, 中间间隔 2 天, 治疗 2 疗程后评定疗效。结果: 观察组总优良率 70.0%, 高于对照组 47.5%, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。2 组患者治疗前后腓总神经运动传导速度比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 提示 2 组治疗均可改善损伤程度; 治疗后组间比较, 观察组腓总神经运动传导速度高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 提示观察组对神经损伤的改善优于对照组。结论: 沿神经走行方向取穴电针治疗可以促进腓总神经功能重建, 降低病变程度, 疗效优于普通针刺治疗。

[关键词] 腓总神经损伤; 电针; 腓总神经; 沿神经走行方向; 神经运动传导速度

[中图分类号] R722.14*4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0132-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.050

腓总神经损伤是临床常见病、多发病, 表现为小腿前外侧伸肌麻痹, 出现足背屈、外翻功能障碍, 呈内翻下垂畸形。以及伸趾、伸趾功能丧失, 呈屈曲状态, 和小腿前外侧和足背前、内侧感觉障碍^[1], 如治疗方法不当会导致终身残疾。2012 年以来哈尔滨市中医医院康复科及针灸科针对性对此病展开研究, 采用电针刺刺激浮郄、阳陵泉等穴位可促进腓总神经功能重建, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《神经病学》^[2]的诊断标准: 腓总神经损伤引起腓骨肌及胫骨前肌群的瘫痪和萎缩, 患足不能背屈和外展、翘趾及伸足外翻, 足下垂呈马蹄内翻足。步行时患者高举足, 使髌关节膝关节过度屈曲, 当足落地时足尖下垂, 接着用整个足尖着地行走的步态, 似涉水步态, 称跨阈步态。感觉障碍分布于小腿前外侧和足背, 包括第 1 趾间隙, 跟腱反射不受影响。

1.2 一般资料 观察病例为 2012 年 6 月—2015 年 5 月本院康复科、针灸科门诊轻中重度患者, 共 80 例。根据患者首次就诊顺序, 按 SPSS17.0 软件随机

分为 2 组。观察组 40 例, 男 25 例, 女 15 例; 年龄 36~64 岁, 平均 37.3 岁; 病程 1~61 天, 平均 29.3 天。对照组 40 例, 男 27 例, 女 13 例; 年龄 14~63 岁, 平均 33.4 岁; 病程 1~63 天, 平均 25.3 天。2 组患者性别、年龄、病程经统计学处理, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2 组均常规口服维生素 B₁、维生素 B₁₂、甲钴胺及常规康复治疗。

2.1 对照组 取浮郄、阳陵泉、外丘、丘墟、足三里、解溪、申脉、悬钟、三阴交, 穴位皮肤常规消毒后, 选用 0.30 mm × 40 mm 华佗牌不锈钢毫针, 直刺 15~25 mm。

2.2 观察组 与对照组取穴相同, 在普通针刺方案的基础上浮郄与阳陵泉, 外丘与丘墟 2 组配对电针治疗。穴位皮肤常规消毒后, 选用 0.30 mm × 40 mm 华佗牌不锈钢毫针, 直刺 15~25 mm, 连接电针, 选择疏密波, 强度以患者耐受为度, 刺激时间 30 min。

2 组均每天治疗 1 次, 治疗 15 天为 1 疗程, 中

[收稿日期] 2015-11-28

[作者简介] 王宇 (1976-), 男, 副主任医师, 主要从事针灸、康复、理疗临床工作。

间间隔 2 天, 治疗 2 疗程后评定疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 依据英国医学研究会(BMRC)提出的肢体神经运动功能和感觉功能评价方法评定基本功能。①优: M4~5: 能够进行所有运动, 包括独立的或协同的运动, 完全恢复。②良: M3: 所有重要肌肉能抗阻力收缩; S3: 皮肤痛觉和触觉恢复、且感觉过敏消失。③可: M2: 在近端和远端的肌肉中均恢复到有可觉察到的肌肉收缩; S2: 在支配区内浅的皮肤痛觉和触觉有一定程度的恢复。④差: M0~1: 肌肉无收缩; S0~1: 感觉无恢复。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计软件, 计量资料数据以($\bar{x} \pm s$)表示, 组内比较采用配对 t' 检验, 组间比较采用两独立样本 t 检验; 计数资料疗效比较采用 χ^2 检验。

4 治疗结果

4.1 2 组临床疗效比较 见表 1。观察组总优良率 70.0%, 高于对照组 47.5%, 差异有统计学意义($P < 0.01$), 提示观察组疗效优于对照组。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	优	良	可	差	总优良率(%)
观察组	40	18	10	8	4	70.0 ^①
对照组	40	8	11	10	11	47.5

与对照组比较, ① $P < 0.01$

4.2 2 组治疗前后腓总神经运动传导速度比较 见表 2。治疗前, 腓总神经运动传导速度比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。2 组患者治疗后腓总神经运动传导速度分别与治疗前比较, 经检验, $t'_{\text{观察组}} = 9.845$, $t'_{\text{对照组}} = 6.219$, 差异均有统计学意义($P < 0.05$), 提示 2 组治疗均可改善损伤程度; 治疗后组间比较, 观察组腓总神经运动传导速度高于对照组, $t = 4.654$, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 提示观察组对神经损伤的改善优于对照组。

表 2 2 组治疗前后腓总神经运动传导速度比较($\bar{x} \pm s$) m/s

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	40	34.015 ± 5.628	46.698 ± 5.892 ^{①②}
对照组	40	33.818 ± 5.062	40.931 ± 5.168 ^①

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

5 讨论

腓总神经于腓窝沿股二头肌内缘斜向外下, 经腓骨长肌两头之间绕腓骨颈, 分为腓浅、腓深神经, 腓总神经在绕腓骨颈部最易受损, 常见外伤、压迫, 如外科手术、睡眠中及腓骨头骨折、长期习惯盘腿坐等, 糖尿病、铅中毒及滑膜炎等也可致腓总神经麻痹^[3]。目前西医治疗包括药物治疗、物理治疗和手术治疗等; 中医治疗包括温针灸治疗^[4]、电针治疗^[5]、穴位注射^[6]、方药治疗^[7]、综合治疗^[8]等。随着传统针灸越来越受到国内外学者的重视, 针灸治疗腓总神经损伤的临床研究及基础研究报道日益增多, 其治疗方法也多种多样, 随着电生理学等现代医学的发展, 电针在理论及临床中的功效不断得到证实^[9-10]。为了寻找最理想的治疗方法, 应用电针和普通针刺治疗腓总神经损伤疗效比较的临床观察显得非常必要。

哈尔滨市中医医院针灸科及康复科经过多年临床实践, 通过电针刺刺激浮郄、阳陵泉等治疗腓总神经损伤取得满意效果。其中浮郄舒筋清热, 主治股脛疼痛、麻木; 申脉通络止痛, 主治腰腿酸痛; 足三里理气活血、通经活络, 主治下肢痿痹; 解溪舒筋活络, 主治下肢痿痹、足下垂; 三阴交调补肝肾、主治下肢痿痹; 阳陵泉舒筋活络, 主治下肢痿痹; 丘墟消肿止痛, 主治足内翻、足下垂; 悬钟通经活络、主治下肢痿痹。外丘通经活络、主治下肢痿痹。上述穴位均在病变部位周围, 诸穴配合起到舒筋活络, 理气活血的作用。浮郄穴深处为腓总神经, 阳陵泉为腓总神经分为腓浅与腓深神经处, 电针可直接刺激腓总神经。外丘与丘墟深处为腓浅神经, 电针可直接刺激腓浅神经。通过电刺激直接作用于受损神经, 提高其兴奋性, 恢复神经功能, 又可有效地激活踝背伸肌外翻肌群, 改善局部血液循环, 抑制肌肉萎缩, 利于肌力和感觉的恢复。

笔者在电针取穴时偏重于沿受损神经走行穴位, 这种治疗方法, 在本次临床观察中获得较为理想的结果, 这应该同样适用于其他周围神经损伤的治疗, 这也是我们今后研究的方向。

[参考文献]

- [1] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 850.
- [2] 吴江. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005:

- 123.
- [3] 贾建平. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 341.
- [4] 周楠, 刘方铭. 温针灸治疗外源性腓总神经损伤 25 例[J]. 江西中医药, 2012, 43(9): 58-59.
- [5] 王立峰. 电针治疗腓总神经卡压综合征 34 例疗效观察[J]. 新中医, 2009, 41(5): 91.
- [6] 范吾凤. 穴位注射治疗腓总神经损伤疗效观察[J]. 山东中医杂志, 2013, 32(8): 566-568.
- [7] 梅晓云, 周岚, 吴灏昕, 等. 补阳还五汤促进大鼠腓总神经再生的实验[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 16(5): 114-117.
- [8] 刘敏, 李嵩, 刘春辉, 等. 腓总神经损伤的综合治疗[J]. 中国康复理论与实践, 2013, 19(1): 72-73.
- [9] 李凌鑫, 孟智宏, 石学敏. 针刺刺激量影响因素研究进展[J]. 新中医, 2012, 44(5): 121-123.
- [10] 胡琳娜, 邵水金, 刘延祥. 电针治疗周围神经损伤的修复机制[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2010, 14(46): 8662-8664.
- (责任编辑: 刘淑婷)

原发免疫性血小板减少症患者特异性自身抗体种类对中医药结合地塞米松治疗疗效的影响

胡如雪¹, 徐坚强², 芮球红³

1. 奉化市人民医院输血科, 浙江 奉化 315500
2. 宁波市李惠利医院检验科, 浙江 宁波 315040
3. 宁波市第二人民医院检验科, 浙江 宁波 315000

[摘要] 目的: 观察原发免疫性血小板减少症患者特异性自身抗体种类对中医药结合地塞米松治疗疗效的影响。方法: 选取 93 例原发免疫性血小板减少症患者作为研究对象, 均采取补脾益肾方结合地塞米松治疗方案。记录不同特异性自身抗体种类患者的治疗有效率及不良反应发生情况。结果: 93 例患者中, 总有效率为 69.9%。其中 IgG 组中单一抗 GP II b/III a 阳性、单一抗 GP I b α 阳性、抗 GP II b/III a+GP I b α 双阳性及抗 GP II b/III a+GP I b α 双阴性的有效率分别为 87.5%、41.2%、61.5%、72.3%, 组内比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。IgM 组单一抗 GP II b/III a 阳性、单一抗 GP I b α 阳性、抗 GP II b/III a+GP I b α 双阳性及抗 GP II b/III a+GP I b α 双阴性的有效率分别为 85.7%、85.7%、63.6%、67.2%, 组内比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。93 例患者不良反应发生率为 8.6%, 安全性较高。结论: 原发免疫性血小板减少症患者特异性自身抗体种类对中医药结合地塞米松治疗的疗效有一定影响, 主要体现在 IgG 抗体, 以抗 GP I b α -IgG 抗体疗效较差。

[关键词] 原发免疫性血小板减少症; 特异性自身抗体种类; 脾肾两虚型; 中西医结合疗法; 地塞米松; 补脾益肾方

[中图分类号] R558⁺.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0134-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.051

原发免疫性血小板减少症以自身血小板减少及出血为主要特征。该病由免疫介导, 目前临床研究显示, 发病原因包括遗传、免疫、药物及感染等, 多为慢性, 女性发病率高于男性^[1]。随着临床研究的不断深入, 中西医结合疗法已经在该病的临床治疗中得到

广泛应用。有研究提出, 原发免疫性血小板减少症的特异性抗体以抗 GP II b/III a 及抗 GPIb α 抗体为主, 且因患者特异性自身抗体种类的不同, 中西医结合治疗的疗效也存在较大差异^[2]。本研究探析原发免疫性血小板减少症患者特异性自身抗体种类对中医药结合

[收稿日期] 2016-01-09

[作者简介] 胡如雪 (1971-), 女, 副主任技师, 研究方向: 输血相关技术。