

针灸经络

针刺联合康复训练治疗脑卒中后肩手综合症的疗效观察

林红霞 叶关泉 廖辉雄 林方毅 梁碧君

(广东省深圳市龙华新区人民医院康复科,深圳,518109)

摘要 目的:探讨针刺联合康复训练治疗肩手综合症的临床疗效。方法:将80例肩手综合征患者随机分为对照组和观察组各40例,对照组给予康复训练治疗,观察组给予针刺联合康复训练治疗,两个疗程后对比治疗结果。结果:观察组总有效率92.50%优于对照组总有效率72.50%,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组VAS、FMA评分均较治疗前提高,但观察组均提高更为明显,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:针刺联合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征,通络止痛、醒脑开窍,可明显缓解疼痛,改善肢体功能,临床疗效优异,值得临床进一步研究推广。

关键词 针刺;康复训练;脑卒中;肩手综合征;疗效观察

Acupuncture Combined with Rehabilitation Training in the Treatment of Shoulder-hand Syndrome after Stroke

Lin Hongxia, Ye Guanquan, Liao Huixiong, Lin Fangyi, Liang Bijun

(Department of Rehabilitation, People's Hospital, Longhua New Developed District, Shenzhen 518109, China)

Abstract Objective: This is a clinical research on acupuncture combined with rehabilitation training in the treatment of shoulder-hand syndrome. **Methods:** Eighty cases of shoulder-hand syndrome patients were randomly divided into control group and observation group, control group was given rehabilitation training, and observation group was given acupuncture combined with rehabilitation training, compare efficacy after 2 courses. **Results:** Observation group's total effective rate = 92.5%, control group = 72.5% ($P < 0.05$); both groups' VAS, FMA scores increased compared with before treatment, the tendency was more notable in observation group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Acupuncture combined with rehabilitation training can remove obstruction in collaterals, relieve pain, refresh mind and open orifices. When treating shoulder-hand syndrome after stroke, the combined therapy can relieve pain and improve physical function, therefore it's recommended to be used in clinic.

Key Words Acupuncture; Rehabilitation training; Stroke; Shoulder-hand syndrome; Efficacy observation

中图分类号:R245.3;R247.9;R255.2 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2014.01.030

肩手综合征(Shoulder Hand Syndrome, SHS)是常见的脑卒中并发症,主要发生在脑卒中恢复期,治疗无效可逐渐进展,甚至造成患侧上肢功能丧失,严重影响脑卒中患者的恢复与生活质量。康复训练在治疗SHS的地位得到广泛肯定,但仍有部分患者疗效欠佳。为进一步提高疗效,笔者近年来以针刺联合康复训练治疗SHS患者40例,疗效颇为满意,现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将深圳市龙华新区人民医院康复科2010年1月至2013年1月收治80例SHS患者随机分为对照组和观察组40例,均参考《脑卒中的康复评定与治疗》^[1]关于SHS的诊断及I期分期标准确诊。对照组:男22例,女18例;年龄49~75岁,平均(62.1±8.6)岁;脑卒中病程13~92d,平均(28.6±8.1)d;神经功能缺损评分19~30分,平均(24.2±4.2)分。观察组:男21例,女19例;年龄51~75岁,平均(62.6±

8.9)岁;脑卒中病程14~102d,平均(29.3±8.7)d;神经功能缺损评分20~30分,平均(24.4±4.5)分。两组患者一般资料差异无统计学意义,具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准: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)同意本组治疗方案并签署知情同意书。排除标准:1)伴有其他影响诊断或疗效评价的疾病;2)严重心、肝、肾功能不全及精神、智力障碍。

1.3 治疗方法 两组患者均积极治疗原发脑卒中疾病,同时对对照组给予康复训练治疗^[2]:1)良肢位摆放:指导并监督患者各体位时保持正确肢位摆放,避免患肩受压、脱垂,保持患侧肩、肘、腕、指等关节伸展;2)被动运动:患者仰卧,医师托住患侧肘部,外旋上臂,另一手托肩关节进行适度活动,反复进行5次左右后轻柔、多方向对患侧肩、肘、腕、指等关节进行辅助运动,运动

时应尽量保持患侧关节伸展,运动过程中可适当按摩肩部肌肉群,放松患者情绪;3)主动运动:指导患者双手掌心相对、十指交叉紧握,尽量保持此握姿,伸展上肢,挺举过头顶,每次训练是医师可帮助运动 1~2 次,此后应督促患者主动训练。康复训练 50 min/次,2 次/d。观察组在对照组康复训练基础上联合针刺治疗:1)平衡针刺:取健侧偏瘫穴、肩痛穴及头顶升提穴进针,偏瘫、升提两穴滞针手法顺时针进针,得气后短暂停留后逆时针退针,肩痛穴提插得气后短暂留针;2)普通针刺:取患侧肩三针(即肩髃穴及其同水平线前后各 2 寸取穴)、阿是穴、极泉、内关、尺泽等穴进针,得气后留针 30 min,15 min 行针 1 次。两种针刺均 1 次/d。两组均以 4 周为 1 个疗程,疗程结束后对比治疗结果。

1.4 观察指标 治疗前、后均参考苏敏^[3]学者研究以视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS)对患部疼痛程度进行评分,以 Fugl - Meyer 评分法(Fugl - Meyer assessment scale, FMA)对上肢运动功能进行评定。观察患者 VAS、FMA 及其他症状、体征的改变以评价疗效。

1.5 疗效标准 参考朱芬^[4]学者研究对 SHS 进行疗效评定:显效:疼痛、水肿消失,无关节活动受限,肌肉无萎缩;有效:疼痛、水肿基本消失,关节活动轻度受限,肌肉萎缩不明显;无效:未达到上述标准。显效、有效之和为总有效。

1.6 统计学方法 所得各数据资料采用 SPSS 14.0 软件进行统计学分析,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P > 0.05$ 为差异无统计学意义, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效对比 观察组总有效率 92.50% 优于对照组总有效率 72.50%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。具体数据见表 1。

2.2 VAS、FMA 评分对比 治疗前,两组 VAS、FMA 评分对比差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,两组 VAS、FMA 评分均较治疗前提高,观察组提高均更为明显,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。具体数据见表 2。

表 1 两组疗效对比

组别	对照组	观察组
总例数	40	40
显效	12	21
有效	17	16
无效	11	3
总有效(%)	29(72.50)	37(92.50) [#]

注:与对照组对比, $\chi^2 = 4.2424$,[#] $P < 0.05$ 。

表 2 两组 VAS、FMA 评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	VAS 评分		FMA 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	62.41 ± 17.24	28.17 ± 12.27*	24.24 ± 7.32	43.26 ± 9.38*
观察组	40	63.17 ± 18.21	19.43 ± 11.82 ^{△*}	23.91 ± 7.41	54.87 ± 9.79 ^{△*}

注:代表组内对比,* $P < 0.05$;代表组间对比,[△] $P < 0.05$ 。

3 讨论

SHS 多因脑卒中后肌肉泵不能消散突发的机械原因或组织、神经炎性反应损伤等引起的炎性反应产物,而造成恶性循环,最后累及交感神经而出现以肩部疼痛、活动受限,手部皮肤温度升高、肿胀等主要临床表现的疼痛综合征^[5]。SHS 在中医学中属于“中风”“肩痹”“痿证”等范畴,多因中风后清窍失养,阴阳失调,气血逆乱,周流不畅,停而为瘀,脉络闭阻,筋脉失柔,不通则痛而发为肩痹,久治不愈则筋脉弛缓不收,萎软无力,而渐成“痿证”。因此,在 SHS 急性期或“中风”“肩痹”阶段积极治疗,防止病情进展为偏瘫或“痿证”,是治疗脑卒中 SHS 致残率的关键措施。

康复训练是通过对患肢针对性的重复被动或主动功能锻炼,加快局部血液循环,松解关节粘连,减轻炎性水肿,恢复关节功能,加强正确本体神经刺激,平衡患肢肌肉张力,是现代医学治疗 SHS 的常用手段^[6]。本组数据显示,对照组虽然治疗后 VAS、FMA 评分均较治疗前明显改善,但疗效总有效率仅 72.50%,说明单纯康复训练对部分 SHS 患者疗效欠佳,也可能与康复训练过程中疼痛刺激可降低患者治疗依从性有关。

中医特色疗法结合现代康复训练方法治疗脑卒中后各类偏瘫是得到临床广泛肯定的治疗措施,尤其针刺疗法被《中国脑卒中康复治疗指南》^[7]作为 II 类 B 级证据推荐,肯定了其在 SHS 治疗中的地位。《针灸大成》有言:“中风不语,手足瘫痪者,……,先针无病手足,后针有病手足”^[8]。笔者先选用平衡针刺刺激健侧之偏瘫、肩痛二穴,利用“调控学说”刺激神经支,消炎止痛、活血解痉,并配合升提穴醒脑开窍,减轻脑损伤,促进患者自我恢复^[9];然后以取肩三针、极泉、内关、尺泽等穴刺之,以疏通经络、安神开窍,并可解除疼痛,缓解痉挛,同时根据“以痛为腧”,取阿是之穴通经活络,诸法合用,可有效缓解 SHS 引起的疼痛、水肿等症状,同时可缓解康复训练造成的患肢疼痛、痉挛,提高患者治疗依从性有关。本组结果数据显示,观察组不但 VAS、FMA 评分改善较对照组更为明显,且总有效率达 92.50%,提示针刺治疗 SHS 疗效确切。

总之,针刺联合康复训练治疗脑卒中后 SHS,通路

(下接第 88 页)

照组基础上采用针灸疗法 - 醒脑开窍针刺法^[18-20],旨在观察患者其对运动能力改善方面的积极作用。研究结果发现,治疗组的总有效率为 90.4%,明显高于对照组,具有统计学意义($\chi^2 = 4.72, P < 0.05$),且治疗组的基本治愈率已经达到 57.1%,高于对照组的 23.8% ($\chi^2 = 4.84, P < 0.05$),这与罗永忠等人的研究结果相近。另一方面,通过国内外学术界公认的偏瘫评定方法(FMA)和残疾评定指标(Barther 指数)比较两组的治疗情况发现,虽然两组患者治疗后均有改善,但是治疗组在这两方面的表现均优于对照组,可见针灸疗法对于缓解偏瘫、降低致残,提高患者后期的生活质量具有重要意义。

因此,“醒脑开窍针刺法”是治疗脑卒中偏瘫的有效方法之一,通过对患者进行醒脑开窍针刺治疗,可以醒脑开窍、疏通经络,治疗中风病临床疗效显著,适用于急性期中风与恢复期或者是后遗症中风期的病患,能够有效改善病患的脑血流动力学。当然,研究还可进一步深入,通过制定科学详细的随访方案,加强后期随访观察远期疗效,使研究更加的完善。

参考文献

[1] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点 [J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379 - 380.

[2] 李双平. 中药熏蒸和针灸治疗脑卒中后肢体痉挛症 58 例疗效观察 [J]. 中国医药导报, 2009, 6(26): 51.

[3] 张淑云, 于海宁. 醒脑开窍针刺法对脑梗死患者瘫痪肢体功能恢复及脑血流量的影响 [J]. 中国实用医药, 2012, 7(31): 244.

[4] 龚彪, 汪莹. 试述脑卒中偏瘫的针灸治疗及疗效评价 [J]. 实用中医药杂志, 2004, 20(9): 518.

[5] Fuqi - Moyer AR The Post - stroke hemiplegic patients; is a method for evaluation of physical performance [J]. Scand Rehab Med, 1975, 7: 13 -

31.

[6] 罗永忠, 杨国新. 针灸辅助治疗脑卒中偏瘫 114 例 [J]. 中医中药, 2010, 17(27): 99 - 100.

[7] 中华神经科学会. 脑卒中病临床神经功能缺损程度评分标准 [S]. 中华神经杂志, 1996, 26(6): 381 - 383.

[8] 董云英. 脑卒中患者护理影响因素分析 [J]. 中国社区医师, 2013, 15(6): 293.

[9] 李晓华. 早期康复训练对脑卒中患者肢体功能恢复的影响 [J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(18): 11 - 12.

[10] 赵越洋. 近五年针灸疗法预防脑卒中综述 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(2): 210.

[11] 夏慧玲, 贺伟, 梁芳. 脑卒中患者生活质量影响因素的纵向调查研究 [J]. 新疆医科大学学报, 2013, 36(2): 249.

[12] 石新. 中医治疗脑卒中偏瘫痉挛现状 [J]. 山西中医, 2012, 28(3): 56.

[13] 黄惜惠, 朱旭斌. 脑卒中偏瘫恢复期患者社区康复的疗效评价 [J]. 临床医药实践, 2012, 21(3): 200 - 201.

[14] 张利泰, 吴炳香, 孙娜. 分期针刺治疗脑卒中偏瘫临床研究进展 [J]. 中国康复, 2012, 27(4): 301.

[15] 陈红霞, 谢仁明, 谢雁鸣, 等. 早期中医综合康复方案对急性缺血性脑卒中偏瘫患者运动功能和日常生活能力的影响 [J]. 广州中医药大学学报, 2012, 29(6): 627.

[16] 石翠霞, 谢瑞娟, 杨艳玲, 等. 早期综合康复治疗脑卒中偏瘫的疗效观察 [J]. 医学研究与教育, 2011, 28(3): 30 - 33.

[17] 孙静. 脑卒中偏瘫早期综合康复护理疗效观察 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 14(6): 22 - 23.

[18] 蒋群. 醒脑开窍针刺法在中风病的应用 [J]. 中国医药指南, 2012, 10(29): 284 - 285.

[19] 崔培秀. 醒脑开窍针刺法治疗中风恢复期患者 85 例 [J]. 光明中医, 2012, 27(3): 532.

[20] 李洪新, 张笑吟, 牛巧云, 等. “醒脑开窍”针刺法结合康复训练治疗脑卒中偏瘫疗效观察 [J]. 中华全科医学, 2013, 11(1): 97.

(2013 - 07 - 11 收稿 责任编辑: 徐晖)

(上接第 85 页)

止痛、醒脑开窍,可明显缓解疼痛,改善肢体功能,临床疗效优异,值得临床进一步研究推广。

参考文献

[1] 缪鸿石, 朱镛连. 脑卒中的康复评定与治疗 [M]. 北京: 华夏出版社, 1996: 149 - 150.

[2] 庞全璐, 卢红玉, 刘平, 等. 伸筋丹胶囊联合综合康复训练治疗肩手综合症的疗效观察 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2011, 33(8): 618 - 619.

[3] 苏敏. 火针疗法治疗卒中后肩手综合征 43 例疗效观察 [J]. 世界中医药, 2012, 7(2): 144 - 146.

[4] 朱芬, 陈尚杰, 查思想, 等. 针刺配合康复训练对中风后肩手综合征疗效观察 [J]. 上海针灸杂志, 2009, 28(5): 272 - 273.

[5] 贾澄杰, 倪光夏, 谭辉, 等. 康复训练结合针灸治疗脑卒中后肩手综合征 I 期临床疗效观察 [J]. 长春中医药大学学报, 2012, 28(4): 711 -

712.

[6] 刘玲玉, 黄家彬, 赵义, 等. 急性卒中后手法治疗对肩手综合征患者 P300 的影响 [J]. 中国康复医学杂志, 2010, 25(5): 443 - 446.

[7] 中华医学会神经病学分会神经康复学组, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组, 卫生部脑卒中筛查与防治工程委员会办公室. 中国脑卒中康复治疗指南 (2011 完全版) [S]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(4): 301 - 318.

[8] 刘云. “三步法”配合扶正丹治疗中风偏瘫 180 例 [J]. 世界中医药, 2009, 4(5): 259 - 260.

[9] 苏久龙, 潘翠环, 万新炉, 等. 平衡针刺及功能训练治疗脑卒中后肩手综合征 [J]. 中国康复, 2010, 25(3): 188 - 189.

[10] 谢芹, 庄礼兴, 贺君, 等. 靳三针疗法结合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征的疗效研究 [J]. 中国康复医学杂志, 2011, 26(8): 720 - 723.

(2013 - 02 - 08 收稿 责任编辑: 王明)