

温针灸治疗卒中后肩手综合症的临床观察

郑入文¹ 任毅² 胡慧¹

(1 北京中医药大学东方医院针灸科, 北京, 100078; 2 北京中医药大学东直门医院, 北京, 100700)

摘要 目的:对温针灸治疗卒中后肩手综合征的有效性进行评价。方法:将患者采用随机区组化分组,治疗组和对照组各 30 例,治疗组采用温针灸法,1 次/d;对照组采用毫针法,1 次/d,疗程均为 20 d。结果:治疗前后 2 组在 Fugl-Meyer 上肢运动功能评分、VAS 疼痛指数、手肿程度方面均有不同程度改善, ($P < 0.01$)。2 组间治疗前后的 FMA 差值及 VAS 差值差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 2 组间治疗前后的手肿程度差值差异无统计学意义 ($P = 0.183$)。结论:温针灸治疗卒中后肩手综合征是有效的,特别是在改善上肢运动功能和疼痛方面优于单纯针刺治疗。

关键词 肩手综合征;卒中;温针灸

Clinical Observation on Needle Warming Moxibustion Treating Post-stroke Shoulder-hand Syndrome

Zheng Ruwen¹, Ren Yi², Hu Hui¹

(1 Department of Acupuncture and Moxibustion, Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100078, China;

2 Dongzhimen Hospital Affiliated to Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China)

Abstract Objective: To evaluate the efficacy of needle warming moxibustion to treat post-stroke shoulder-hand syndrome. **Methods:** Sixty patients with post-stroke shoulder-hand syndrome were randomly divided into two groups. Patients in the treatment group received needle warming moxibustion as main intervention, and the control group applied acupuncture with normal needles. Patients in both groups were treated once daily, and the total duration of treatment was 20 days. **Results:** The changes of Fugl-Meyer Assessment (FMA) marks, VAS pain index and hand edema before and after treatments were all significant in both groups ($P < 0.01$), and the differences between the two groups in terms of FMA marks change and pain index change before and after treatments became obvious ($P < 0.05$), however the differences in terms of hand edema index between two groups was not obvious ($P = 0.183$). **Conclusion:** The needle warming moxibustion has more significant effect than normal acupuncture in relieving pain and improving limb function of patients with shoulder-hand syndrome.

Key Words Shoulder-hand syndrome; Stroke; Needle warming moxibustion

中图分类号:R245.31+5;R247.6 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2014.11.036

卒中后肩手综合征 (Shoulder-hand Syndrome, SHS) 是指中风后出现的手、肩部疼痛,活动受限,手水肿等。后期可出现手部肌肉萎缩,甚至挛缩畸形。约有 12%~25% 的脑卒中患者合并 SHS, 仅有 20% 的 SHS 患者能够完全恢复以前的活动,是引起残疾的主要原因^[1]。温针灸疗法结合了针刺和艾灸的作用,既可以改善血管舒缩功能,消除水肿,又可以缓解肌肉痉挛,松解关节韧带粘连,达到止痛、改善活动度的目的^[2]。本研究以单纯针刺治疗为对照,对温针灸治疗 SHS 进行有效性评价。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究患者来自 2008 年 10 月至 2010 年 2 月间北京中医药大学东方医院针灸科门诊、病房以及脑病科病房,共收集符合纳入标准的肩手综合征患者 60 例。区组化随机分配温针灸组和针刺组

各 30 例。年龄最小者 43 岁,最大者 86 岁,平均年龄 64 岁。

1.2 诊断标准 脑卒中依据 1995 年中华医学会修订的标准^[3];肩手综合征依据中国康复研究中心 1996 年制订的标准。

1.3 纳入标准 符合卒中及 SHS 的诊断标准的中风患者,神志清楚,一般情况良好,生命体征稳定。

1.4 排除标准 排除能影响治疗的完整性以及影响评价指标的症状或疾病,如风湿系统疾病、外伤、肩关节半脱位、手术、以及有严重的并发症或治疗期间服用相关药物,进行其他相关治疗者。

1.5 治疗方法 对照组患者取侧卧位,肩髃、肩髃、肩贞直刺入 1 寸,合谷、阳池、后溪直刺入 0.5 寸,各穴中等刺激,行针 2 min,提插、捻转各 15 次/min,使患者出现酸胀感。治疗组在对照组操作基础上,行针后留针

时,截取长 2 cm 左右的艾条分别插在留针的针柄上,垂直距皮肤 3 cm,点燃施灸,各穴 1 壮。2 组均留针 30 min,针刺 1 次/d,10 次为 1 个疗程,观察周期 2 个疗程。

1.6 疗效评价指标 1) 简易上肢关节活动度评测积分(Fugl-Meyer Activity Scale, FMA); 2) 疼痛视觉模拟评分法(简称 VAS 疼痛指数); 3) 手肿程度测定:用量筒装满水,将手放入水中,腕横纹平水面,水的体积变化即为手的体积。采用多次测量取平均值以减少误差。

1.7 安全性评价 每次治疗后对生命体征进行监测;对烫伤、溃破感染以及皮肤过敏等意外情况进行记录、处理及分析。

1.8 统计学方法 数据处理采用统计软件 SPSS 13.0。计量资料的统计:其中年龄及 2 组治疗前后的评价指标均以均数 $\pm$ 标准差进行描述,采用 t 检验统计符合正态分布的计量资料,采用非参数检验统计偏态分布的计量资料。采用卡方检验统计性别、偏瘫侧等计数资料。 $P \leq 0.05$ 认为有统计学意义。

2 结果

2.1 入组情况 纳入统计的温针灸组 29 例和针刺组 28 例。其中 3 例患者未完成治疗及评价,故未纳入处理。

2.2 人口学和基线特征 对 2 组年龄进行 t 检验, ($P = 0.869$), 结果示 2 组年龄基线可比。 χ^2 检验结果示,比较 2 组关于性别分布 ($P = 0.862\ 3$), 偏瘫侧 ($P = 0.815\ 7$), 出血与梗死的分布 ($P = 0.501\ 3$), 2 组资料可比。见表 1。

对 2 组治疗前 FMA 进行独立样本 t 检验, 2 组 FMA 治疗前差异无统计学意义, 具有可比性 ($P = 0.982$)。对 2 组治疗前 VAS 疼痛指数进行独立样本 t 检验, 2 组 VAS 值治疗前差异无统计学意义, 具有可比性 ($P = 0.549$)。对 2 组治疗前手肿程度值进行独立样本 t 检验, 治疗前 2 组手肿程度差异无统计学意义, 具有可比性 ($P = 0.667$)。见表 2、3、4。

2.3 疗效指标的评价

2.3.1 组内治疗前后比较 分别比较 2 组 FMA、VAS、水肿程度治疗前后分值, 各项均 ($P < 0.01$), 差异均有统计学意义。见表 2、3、4。其中因针刺组 VAS 值呈偏态分布 ($P = 0.020$), 故针刺组 VAS 治疗前后比较, 采用非参数检验差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 即治疗后 VAS 分值明显下降。

2.3.2 组间疗后差异比较 比较 2 组间治疗后的 FMA 差值, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 即温针灸组 FMA 值疗后升高更多。见表 5。

表 1 2 组一般资料对比

组别	性别(例)		偏瘫侧(例)		卒中性质		年龄		平均年龄(岁)
	男	女	左	右	脑梗死	脑出血	最小年龄(岁)	最大年龄(岁)	
温针灸组	18	11	16	13	22	7	43	86	64.17 $\pm$ 10.42
针刺组	18	10	13	15	19	9	43	82	64.64 $\pm$ 10.94
合计	36	21	29	28	41	16	-	-	-

表 2 2 组治疗前后 FMA 值比较

组别	例数	治疗前			治疗后		
		最小值	最大值	均值 $\pm$ 标准差	最小值	最大值	均值 $\pm$ 标准差
温针灸组	29	2	61	33.72 $\pm$ 16.40	3	66	42.41 $\pm$ 17.31
针刺组	28	3	60	33.82 $\pm$ 15.97	6	66	38.71 $\pm$ 17.02

表 3 2 组治疗前后 VAS 值比较

组别	例数	治疗前			治疗后		
		最小值	最大值	均值 $\pm$ 标准差	最小值	最大值	均值 $\pm$ 标准差
温针灸组	29	8	66	35.03 $\pm$ 14.65	0	34	14.34 $\pm$ 8.91
针刺组	28	6	68	32.50 $\pm$ 16.99	0	42	18.36 $\pm$ 10.96

表 4 2 组治疗前后手肿程度比较

组别	例数	治疗前			治疗后		
		最小值	最大值	均值 $\pm$ 标准差	最小值	最大值	均值 $\pm$ 标准差
温针灸组	29	2	35	20.93 $\pm$ 9.31	0	30	9.28 $\pm$ 7.45
针刺组	28	2	37	21.96 $\pm$ 8.69	0	33	12.68 $\pm$ 8.56

表 5 2 组间治疗后的 FMA 差值比较

项目	组别	例数	均数	标准差
FMA 差值	温针灸组	29	8.69	4.13
	针刺组	28	4.89	3.12

比较 2 组间治疗前后的 VAS 差值,经非参数检验,差异有统计学意义($P = 0.003$),即温针灸组 VAS 值减少更多。见表 6。

表 6 2 组间治疗前后的 VAS 差值

项目	组别	例数	VAS 差值	
VAS 差值	温针灸组	29	均数 -20.69	标准差 8.61
	针刺组	28	中位数 -12.00	四分位数间距 11.50

比较 2 组间治疗前后的水肿程度差值, ($P = 0.183$) 差异无统计学意义,即 2 组在水肿程度治疗前后变化值差异无统计学意义。见表 7。

表 7 2 组间治疗前后的水肿程度差值

项目	组别	例数	均数	标准差
水肿程度差值	温针灸组	29	-11.66	6.92
	针刺组	28	-9.29	6.30

2.4 安全性检测结果与评价 研究中无烫伤、皮肤过敏、溃破感染等意外情况的发生;研究中无患者生命体征的异常变化以及病情的恶化等不良事件的发生。提示操作规范,温针灸疗法安全可靠。

3 讨论

温针灸法是将毫针刺法与温和灸法相结合的一种治疗方法,此疗法是在针刺后以短艾条裹于针身,点燃加温,兼有艾灸和针刺的作用^[4]。明代高武《针灸聚英》见有:“近有为温针者……,其针法于穴,以香白芷作圆饼,套针上,以艾蒸温之,多以取效”。艾绒燃烧可以产生的温热效应,这种温热作用通过针体传入腧穴及皮下组织,以达到特有的治疗作用^[5]。温针灸的这种温热效应易使机体透皮吸收,可以改善局部的血流,消除水肿,松解粘连,能使痹阻的经脉气血得以畅行,关节、筋肉得以温煦荣养,痹除痛减,具有集穴位刺激、中药药效、光疗和热疗于一体的作用^[2]故能取得

很好的临床疗效。中国针灸名家杨甲三教授曾主张中风兼见肩痛、活动受限者加肩四针(肩前陵、肩髃、肩后陵、肩髃),同时又有中风病注重肢体远端取穴的观点^[6],这为本研究在治疗选穴上提供了理论依据。本研究突出和明确温针灸治疗卒中后 SHS 的有效性和安全性,为了进一步推广温针灸疗法在 SHS 中的应用,最终达到使卒中患者受益的目的。

本研究显示:温针灸法与毫针刺法对 SHS 患者疼痛、上肢运动功能、手肿症状均有较好的作用。除了两种方法在改善手肿程度方面的效果上没有明显差别外,值得一提的是,温针灸法在改善上肢运动功能及疼痛的疗效上较毫针刺法更为显著。考虑到研究中手肿的测量误差更加难以减低,这也给日后的研究带来一个需要解决的问题。

在今后的 SHS 的临床研究中建议:1)形成有效的、规范的便于应用推广和研究的治疗方案;2)在治疗分期以及疗效评价等方面达成统一的、便于临床和科研的方案共识;3)采用温针灸法等传统疗法联合应用治疗 SHS 值得临床研究比较以探寻 SHS 的最佳治疗方案。总之,如何能最大程度地减轻 SHS 患者的病痛,是应该重点思考的问题^[7]。

参考文献

- [1] 王洪忠. 实用中西医结合偏瘫康复学[M]. 北京:中国医药科技出版社,1997:296.
- [2] 王磊,李学武,张莉. 艾灸疗法作用机制国内外研究进展[J]. 中国针灸,2001,21(9):567-570.
- [3] 中华医学会全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379.
- [4] 石学敏. 针灸学[M]. 北京:中国中医药出版社,2002:82-90,214-215.
- [5] 钟蓝. 传统艾灸作用机制初探[J]. 中国中医基础医学杂志,1999,5(6):46.
- [6] 胡慧. 中国百年百名中医临床家丛书——杨甲三[M]. 北京:中国中医药出版社,2004:23.
- [7] 郑入文,胡慧. 温针灸治疗卒中后肩手综合征可行性分析[J]. 中国误诊学杂志,2010,10(10):2378-2379.

(2013-11-24 收稿 责任编辑:王明)

(上接第 1534 页)

- [11] 孙波,叶家琪,张日辉. 长期伏案工作人员颈椎病的运动疗法[J]. 沈阳体育学院学报,2008,27(2):71-73.
- [12] 刘宇峰. 关于防治颈椎病的运动处方[J]. 南京体育学院学报,2001,15(5):74.
- [13] 朱立国,于杰,高景华,等. 颈肩部压痛的测定及其在神经根型颈椎

病诊疗过程中意义[J]. 颈腰痛杂志,2008,16(1):1-5.

- [14] 李军朋,余克强,李义凯. 颈椎曲度和活动度的测量及意义[J]. 颈腰痛杂志,2002,23(3):252-254.
- [15] 朱立国,于杰,高景华,等. 神经根型颈椎病的颈椎活动度的观测及临床意义[J]. 中医骨伤科杂志,2008,29(1):6-9.

(2014-06-26 收稿 责任编辑:王明)