

中药泡洗与针灸推拿相结合的综合方案对脑梗死后肩手综合征的实效性对照探究

吕素珍¹ 许玉刚²

(1 滨州市中医医院针灸科, 滨州, 256600; 2 聊城市第二人民医院, 聊城, 252600)

摘要 目的: 对中药泡洗与针灸推拿相结合治疗脑梗死后肩手综合征(Shoulder-hand Syndrome, SHS) 患者的临床实效性进行观察并探讨。方法: 选择本医院自 2011 年 8 月至 2014 年 5 月接诊的 SHS 患者 80 例, 随机将患者分为治疗组和对照组, 其中治疗组 40 例给予中药泡洗与针灸推拿治疗以及常规的药物治疗和康复训练护理干预; 而对照组 40 例则仅给予常规的药物治疗和康复训练。2 组均治疗 1 个月。治疗前后分别统计上肢运动功能(Upper Limb Motor Function, FMA) 评分、肩关节活动度范围评分以及疼痛数字评价量表(Numeric Rating Scale, NRS), 并评进行临床总疗效判定。结果: 2 组患者治疗前 FMA、肩关节活动度范围以及疼痛数字评价量表 NRS 相比, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗组治疗后 FMA、肩关节活动度范围以及 NRS 积分分别为(1.36 ± 0.92) 分、(2.49 ± 0.45) 分和(41.89 ± 6.67) 分, 对照组为(33.58 ± 4.53) 分、(1.67 ± 0.37) 分、(3.16 ± 1.13) 分, 2 组相比, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后治疗组有效率为 92.5% (37/40), 对照组有效率 72.5% (29/40), 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 中药泡洗与针灸推拿相结合治疗 CI 后 SHS 疗效显著, 是临床上治疗 SHS 的较佳选择。

关键词 中药泡洗; 针灸推拿; 脑梗死; 肩手综合征

Curative Effect of Chinese Medicine Bath Combined with Acupuncture and Massage in the Treatment of Shoulder-Hand Syndrome after Cerebral Infarction

Lyu Suzhen¹, Xu Yugang²

(1 Acupuncture Department of Traditional Chinese Medicine Hospital, Binzhou 256600, China;

2 The Second Renmin Hospital, Liaocheng 252600, China)

Abstract Objective: To observe the curative effect of Chinese medicine bath combined with acupuncture and massage in treating shoulder-hand syndrome (SHS) after cerebral infarction (CI). **Methods:** A total of 80 patients with SHS in this hospital from August 2011 to May 2014 were selected and randomized into two groups, with 40 cases in the observation group and the control group respectively. The observation group was treated by Chinese medicine bath combined with acupuncture and massage on top of conventional treatment, while the control group were only treated with conventional therapy. Both groups were treated for one month. The scores of upper limb motor function (FMA), shoulder range of motion and pain numeric rating scale (NRS) in the two groups before and after treatment were recorded and compared, besides, the total effective were evaluated after treatment. **Results:** The differences of FMA, shoulder range of motion and shoulder pain NRS before treatment in the two groups was not statistically different ($P > 0.05$). After treatment, FMA, shoulder range of motion and NRS score were (1.36 ± 0.92), (2.49 ± 0.45), and (41.89 ± 6.67) in the observation group, while (33.58 ± 4.53), (1.67 ± 0.37), (3.16 ± 1.13) in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Besides, the total effective in observation group was 92.5% (37/40), and 72.5% (29/40) in the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** Chinese medicine bath combined with acupuncture and massage has a significant curative effect on SHS after CI, and it is recommended in treating SHS clinically.

Key Words Chinese medicine bath; Acupuncture and massage; Cerebral infarction; Shoulder-hand syndrome

中图分类号: R246; R244.1 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2015.11.021

肩手综合征(Shoulder-hand Syndrome, SHS)是指脑梗死(Cerebral Infarction, CI)后偏瘫患者常见的一种并发症,主要表现为患者的手以及单侧上肢的

肩胛带的关节疼痛、肿胀,活动受限、血管运动性改变(包括血流增加、皮温增高、发红等)。国内外研究资料显示,SHS 多在 CI 后 1~3 个月内发生,且 CI

后的偏瘫患者中 SHS 发生率约 12.5%, 而我国的患者发生率为 12% ~ 74.1%, 故 SHS 极大地影响了中风患者的生活质量, 且严重阻碍了患者肢体功能的健康恢复。目前国内外尚无治疗 SHS 的有效方法, 一般都采取改善血液循环、理疗、按摩、止痛等康复或者药物治疗, 但效果往往不理想^[1-2]。为了进一步探究对 SHS 的有效治疗方式, 我院在 2011 年 8 月至 2014 年 5 月期间, 对 40 例 SHS 患者采用中药泡洗与针灸推拿相结合的治疗方法, 取得了较为满意的疗效, 现将研究结果报道如下。

1 一般资料

1.1 研究对象 选择本医院自 2011 年 8 月至 2014 年 5 月接诊的 CI 后 SHS 患者 80 例, 均经临床以及颅脑 CT 或 MRI 检查后确诊为 SHS。纳入标准: 1) 年龄 40 ~ 80 岁, 符合 SHS 的相关诊断标准, CI 的诊断参照第四届全国脑血管病学术会议修订的标准和国家中医药管理局脑病急症科研协作组制订的中风病诊断和疗效评定标准, 卒中后 SHS 的诊断参照 Kozin 标准和中风康复研究中心 SHS 诊断标准; 2) 有典型的 6 个月以内的 SHS 临床表现, 如单侧肩手疼痛, 手指屈曲疼痛、受限, 皮肤温度上升, 皮肤呈现超红等; 3) 患者身体局部无外伤、感染; 4) 患者生命体征稳定, 病历资料完全, 且知情受试、配合查体。排除标准: 1) 患者由于脑出血引起的 CI; 2) 排除患者是由于类风湿性关节炎、肩周炎、关节肌肉病等致使的肩关节活动受限和疼痛; 3) 排除由于营养不良、合并糖尿病致使的周围神经病变者, 以及有胃溃疡、十二指肠溃疡病史者; 4) 排除严重心、肺、肝以及内分泌系统疾病患者; 5) 排除对本次研究药物过敏症状的患者; 6) 排除有神经、精神疾患者, 不愿合作者或者因不良反应等其他原因不能耐受治疗和不能按规定完成相关治疗者。随机将患者分为治疗组和对照组 2 组。治疗组: 男 25 例, 女 15 例, 年龄 40 ~ 79 岁, 平均 (60.2 ± 17.8) 岁, 病程 22 ~ 37 d, 平均 (30.1 ± 6.0) d。对照组: 男 27 例, 女 13 例, 年龄 41 ~ 80 岁, 平均 (59.3 ± 18.8) 岁, 病程 21 ~ 36 d, 平均 (27.9 ± 6.5) d。2 组患者性别、年龄、病程等一般资料相比, 其差异不具有统计学意义 ($P > 0.05$), 因而在本次研究中具有可比性, 且本次研究经过医院伦理委员会批准通过。

1.2 方法

1.2.1 对照组 根据《中国脑血管病防治指南》进行脑卒中后常规治疗方法, 在整个治疗过程中, 通过常规药物改善脑循环以及营养神经, 如拜阿司匹林

0.1 g/d, 神经营养药 (胞二磷胆碱 0.2 g/次, 3 次/d), 另外对高血压、冠心病患者分别通过常规药物给予降压、降糖、护心、调节血脂等治疗。期间由专业康复治疗师指导进行常规康复训练护理干预: 指导患者进行床上被动运动和主动运动, 并严格控制强度及持续时间。包括指导及帮助患者在无痛范围内做手指的屈伸及手指精细功能的训练, 肩关节的内收与外展, 前臂的旋前旋后动作, 肘关节的屈曲与伸直, 腕关节的旋前旋后, 前臂旋后及卧位时的上肢上举等^[3-4]。注意应动作轻柔, 尽量避免引起再次疼痛的体位及训练, 防止再次伤害。一般 3 次/d, 30 min/次, 5 次/周, 4 周为 1 个疗程。

1.2.2 治疗组 在对照组的基础上给予中药泡洗结合针灸推拿治疗。中药泡洗: 选用川草乌、秦艽、川椒、炙甘草各 10 g, 独活、羌活各 12 g, 细辛 10 g, 檀香 15 g, 五味子 12 g, 藏红花 6 g, 伸筋草、透骨草、桑枝、桂枝、怀牛膝各 30 g, 当归、赤芍各 20 g, 木瓜、川芎各 15 g, 薄荷 20 g, 所有药物均匀混合后加水 4 000 mL, 用 XQC-B 型熏蒸牵引床加热后, 患者躺其上, 熏蒸肩肘部, 水温保持在 38 ~ 40 °C 之间, 50 min/次, 2 次/d, 其中一剂药液可反复加热使用 2 ~ 3 次, 4 周为 1 个疗程。针灸推拿: 采用华佗牌 0.30 mm × 40 mm 的毫针, 用前进行常规消毒, 针灸穴位选取为: 主穴为曲池、外关、后溪、曲池、合谷、肩髃、肩贞、缺盆、天泉、肩井、内关、天宗, 其余为辨证取穴, 以得气为度, 遵循平补平泻, 其中每次留针 20 min, 1 次/d, 每周 5 次, 4 周为 1 个疗程。推拿治疗: 患者取仰卧位, 首先对患肢行推、拿、揉、捏等松解手法, 之后点揉痛点, 再行放松手法, 包括: 1) 点法: 选取肩髃、手三里、曲池、外关等穴位; 2) 掌揉法: 选取患侧手背、足背部适当揉捏; 3) 捻法: 选取患侧手指适当揉捏; 4) 关节被动活动: 主要选取患者的上肢肩关节、肘关节、指关节、掌关节适当来回活动。1 次/d, 40 min/次, 5 次/周, 4 周为 1 个疗程。

1.3 观察指标及疗效评定标准 治疗前后分别统计 FMA 评分、肩关节活动度范围评分、NRS 评分以及通过患者症状变化进行临床总疗效判定。其中: 1) 简式 Fugl-Meyer 评分标准: 严重运动障碍 < 33 分, 明显运动障碍 33 ~ 43 分; 中度运动障碍 44 ~ 54 分; 轻度运动障碍 55 ~ 64 分。肩关节活动度范围评分标准: 活动自如, 且在不同方向被活动肩关节, 均正常无疼痛: 3 分; 轻度活动受限, 在活动范围超过正常关节活动度的 1/2 时出现疼痛: 2 分; 活动明显受限, 在活动范围小于正常关节活动度的 1/2 时出

现疼痛:1 分;完全不能活动,活动或触及时产生疼痛:0 分。NRS 评分标准:0 表示无痛;10 表示剧痛;1~9 表示疼痛由轻到重的程度。

临床总疗效判定:疗程结束后根据症状记分,判断疗效,其中分为:1)无效:肌肉萎缩逐渐加重,关节活动功骨目明显受限,患者症状、体征无改善;2)有效:手部小肌肉萎缩不明显,关节活动中度受限,疼痛和水肿减轻;3)显效:手部小肌肉无萎缩,关节活动轻度受限,疼痛和水肿明显减轻;4)治愈:关节活动度正常,疼痛和水肿消失。症状总有效率=(有效数+显效数+治愈数)/总例数×100%。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 19.0 进行统计学分析,计数资料比较采用卡方检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验,以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者治疗前后 FMA 积分比较 2 组患者治疗前 FMA 积分相比,差异不具有统计学意义($P > 0.05$),治疗组治疗后 FMA 积分均明显高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者治疗前后 FMA 积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	治疗前	治疗后	治疗前后分数差值
治疗组	20.78 ± 7.41	41.89 ± 6.67	21.11 ± 6.35
对照组	20.35 ± 7.75	33.58 ± 4.53	13.23 ± 5.98
t 值	0.653	5.325	6.372
P 值	0.566	0.022	0.017

2.2 2 组患者治疗前后肩关节活动度范围得分比较 治疗前 2 组患者肩关节活动度范围得分相比,差异不具有统计学意义($P > 0.05$),治疗组治疗后肩关节活动度范围得分均明显高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者治疗前后肩关节活动度范围得分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	治疗前	治疗后	治疗前后分数差值
治疗组	0.88 ± 0.69	2.49 ± 0.45	1.61 ± 0.37
对照组	0.94 ± 0.58	1.67 ± 0.37	0.73 ± 0.24
t 值	0.875	4.673	5.972
P 值	0.853	0.039	0.021

表 3 2 组患者治疗前后 NRS 得分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	治疗前	治疗后	治疗前后分数差值
治疗组	7.07 ± 1.58	1.36 ± 0.92	5.71 ± 0.89
对照组	6.98 ± 1.62	3.16 ± 1.13	3.82 ± 1.03
t 值	1.235	4.673	5.568
P 值	2.053	0.024	0.019

2.3 2 组患者治疗前后 NRS 得分比较 治疗前 2

组患者 NRS 得分相比,差异不具有统计学意义($P > 0.05$),治疗组治疗后 NRS 得分均明显高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 2 组患者治疗效果比较 治疗结束后,对患者综合疗效进行评价,结果,治疗组有效率为 92.9% (39/42),对照组有效率 66.7% (28/42),差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 2 组患者治疗效果比较[(n)%]

组别	例数	恢复	显效	有效	无效	有效率
治疗组	40	3	26	8	3	92.5% *
对照组	40	1	12	15	11	72.5%
χ^2 值						5.541
P						0.019

3 讨论

SHS 又称反射性交感神经营养不良,为 CI 后上肢常见并发症。SHS 极大地影响了中风患者的生活质量,且严重阻碍了患者肢体功能的健康恢复。目前国内外尚无治疗 SHS 的有效方法。西医常用的方法有普鲁卡因星状神经节阻滞、类固醇皮质激素、维生素局部注射等,或是辅以康复训练、热敷、冰疗等措施^[5-8],然而根据文献报道,其效果不甚理想。关于西药治疗 SHS 疗效不好的原因分析可能是由于 SHS 虽为全身性的因素,但是从中医学角度讲其病机又主要是局部肢体的瘀血痰浊阻滞经脉而形成,其病变部位以远端局部为主,口服药物难达到病所,但是采用外洗药物却能避免上述缺陷,直达病所^[9-10]。

中医认为 CI 后 SHS 的发生于外风关系密切,中风后气血愈虚,血瘀愈甚,经脉阻滞,气血运行不畅,脉道阻滞则气血难达四末,筋脉肌肉失荣,寒湿夹风易附关节,因而出现偏瘫侧肩、肘、腕胀痛,血不积则为水,水瘀互结,故腕背及手指肿胀。近年来大量中医研究表明,中医药和中医传统推拿针灸治疗对于 SHS 具有显著的治疗效果。

本次研究我们对 40 例 CI 后 SHS 患者采用常规治疗的同时给予中药泡洗与针灸推拿治疗,对另外 48 例患者仅采用常规治疗。中药内服治本,外用浸洗、熏蒸、推拿按摩等外治法则治标,内外结合则标本兼治^[11]。中药泡洗时我们选用的是祛痰利湿活血祛瘀类中药中丹参、茯苓、当归等具有行血活血,化瘀止痛等作用,麦冬、黄连和三七等中药具有降血糖、抗心肌缺血作用,诸药合用活血化瘀、行气止痛,气血并治而重在活血化瘀。推拿治疗可以舒筋活络,增加局部血液循环,改善局部新陈代谢,促进功

能恢复,直接作用于皮肤肌肉,使手法的机械能转化为热能,促进毛细血管扩张^[12-13],增加局部皮肤和肌肉的营养供应,有利于 SHS 患者的康复。从结果来看,治疗组采用中药泡洗与针灸推拿相结合的方式与仅采用常规治疗相比,患者 NRS 得分更低,FMA 和肩关节活动度更大,表明中医方治疗对于 SHS 患者的上肢疼痛肿胀以及功能恢复方面效果明显更好。

综上所述,中药泡洗与针灸推拿相结合治疗 CI 后 SHS 疗效显著,是临床上治疗 SHS 的较佳选择。

参考文献

- [1] Li N, Tian F, Wang C, et al. Therapeutic effect of acupuncture and massage for shoulder-hand syndrome in hemiplegia patients: a clinical two-center randomized controlled trial[J]. Journal of Traditional Chinese Medicine, 2012, 32(3): 343-349.
- [2] Ni H, Cui X, Hu Y, et al. Effect of combining acupuncture and functional training on post-stroke functional impairment of hand[J]. Journal of Acupuncture and Tuina Science, 2013, 11(6): 349-352.
- [3] 李乐军, 陈丽萍, 刘晓丽, 等. 中药泡洗结合针灸推拿康复治疗脑梗死后肩手综合征 62 例[J]. 南京中医药大学学报, 2013, 29(3): 283-286.
- [4] Lin Z, Yan T. Long-term effectiveness of neuromuscular electrical stimulation for promoting motor recovery of the upper extremity after stroke[J]. Journal of Rehabilitation Medicine, 2011, 43(6): 506-510.
- [5] 赵树琴. 中药泡洗及护理干预对卒中后肩手综合征患者生活质量

的影响[J]. 河南中医, 2013, 33(12): 2263-2264.

- [6] Lee J A, Park S W, Hwang P W, et al. Acupuncture for shoulder pain after stroke: a systematic review[J]. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2012, 18(9): 818-823.
- [7] 徐琰, 李万瑶, 刘洁等. 针灸与康复治疗脑卒中后肩手综合征疗效比较的系统评价与 Meta 分析[J]. 时珍国医国药, 2013, 24(7): 1794-1798.
- [8] 杨进, 马勇. 益肾蠲痹汤治疗脑卒中后肩手综合征 26 例[J]. 河南中医, 2012, 32(5): 610-611.
- [9] Han E Y, Jung H Y, Kim M O. Absent median somatosensory evoked potential is a predictor of type I complex regional pain syndrome after stroke[J]. Disability & Rehabilitation, 2013, 36(13): 1-5.
- [10] 包艳, 刘海兰, 周晓燕, 等. 五苓散冷热浸泡结合康复训练对脑卒中后肩手综合征患者的影响[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(24): 2269-2270.
- [11] Huang S C, Wong A M, Chuang Y F, et al. Effects of neuromuscular electrical stimulation on arterial hemodynamic properties and body composition in paretic upper extremities of patients with subacute stroke[J]. Biomedical journal, 2014, 37(4): 205.
- [12] Perlman AI, Ali A, Njike VY, et al. Massage therapy for osteoarthritis of the knee: a randomized dose-finding trial[J]. PLoS One, 2012, 7(2): e30248.
- [13] 郭友华, 陈红霞, 杨志敬, 等. 冷热中药交替浸浴疗法结合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2011, 33(4): 303-304.

(2014-09-18 收稿 责任编辑: 徐颖)

(上接第 1718 页)

西药的不良反应,并且随着睡眠的改善可逐渐减停西药,可作为失眠治疗的可靠方法加以推广。

参考文献

- [1] 李国祥. 中西医结合治疗顽固性失眠镇静催眠药成瘾的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(7): 742-744.
- [2] 衡向阳. 中西医结合治疗顽固性失眠临床观察[J]. 中国民间疗法, 2010, 18(6): 49.
- [3] 贾春林, 秦冰. 顽固性失眠治疗体会[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2005, 3(12): 1119.
- [4] 李作佳. 中小学教师睡眠质全及其影响因素的研究[7]. 中国心理卫生杂志, 1996, 10(3): 118.
- [5] 刘肾巨. 学生睡眠质 1 及其相关因素[J]. 中国心理卫生杂志, 1995, 9(4): 148.

- [6] 李跳. 中老年人失眠状况的调查分析[1]. 中国中医基础医学杂志, 2002, 8(1): 41.

- [7] 王彦恒. 实用中医精神病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 89-98.
- [8] 张新, 吴旭东. 失眠症因素分析与对策[J]. 陕西中医学院学报, 2002, 9(25): 13-14.
- [9] Wheatley D. Prescribing short-acting hypnotic sedatives[J]. Drug Safety, 1992, 7(2): 106-111.
- [10] Roth T, Roehrs TA. Issues in the use of benzodiazepine therapy[J]. J Clin Psychiatry, 1992, 53(Suppl): S14-S18.
- [11] Vgontzas AN, Kales A, Bixier ED. Benzodiazepine side effects: role of pharmacokinetics and pharmacodynamics[J]. Pharmacology, 1995, 51(4): 205-223.

(2015-08-12 收稿 责任编辑: 洪志强)