

温阳通络汤结合康复训练治疗卒中后肩-手综合征疗效观察

王玉宇, 徐宁

常州市武进中医医院康复科, 江苏 常州 213161

[摘要] 目的: 观察温阳通络汤结合康复训练治疗卒中后肩-手综合征的临床疗效。方法: 将 72 例患者采用随机数字表法分为治疗组和对照组各 36 例, 2 组均采用康复训练基础治疗和常规处理, 治疗组在此基础上加服自拟温阳通络汤, 对照组加服西药美洛昔康分散片。疗程 8 周。治疗前后评定疼痛、水肿评分以及日常生活活动能力 (Barthel 指数)、上肢关节活动度 Fugl-Meyer 评分。结果: 总有效率治疗组 88.89%, 对照组为 66.67%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。经 8 周的治疗后, 2 组疼痛评分、肿胀评分、Fugl-Meyer (上肢) 评分均较治疗前下降 ($P < 0.01$), 治疗组以上 3 项评分均低于对照组 ($P < 0.01$)。2 组 Barthel 指数均较治疗前升高 ($P < 0.01$), 治疗组上升较对照组显著 ($P < 0.01$)。结论: 温阳通络汤结合康复训练能进一步提高卒中后肩-手综合征患者的治疗效果, 加速肢体功能恢复。

[关键词] 肩-手综合征; 脑卒中; 温阳通络汤; 康复训练

[中图分类号] R743 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 04-0131-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.062

肩-手综合征又称为反射性交感神经营养不良, 是脑卒中患者常见的并发症, 其发病年龄大多集中在 45~78 岁, 多在脑卒中后 1~3 月内发生, 最早出现在发病后的第 3 天^[1]。临床主要表现为疼痛、感觉异常、血管功能障碍、水肿、出汗异常及营养障碍^[2]。目前临床尚无特效治疗方法, 该病归属于中医学中风、痹证、水肿等范畴。近年来, 笔者采用温阳通络汤结合康复训练治疗肩-手综合征患者, 取得较好的疗效, 现总结报道如下。

1 临床资料

选取 2010 年 5 月—2012 年 5 月本院康复科收治的 72 例脑卒中后肩-手综合征患者, 符合脑卒中诊断标准^[3], 并经颅脑 MRA 或 CT 证实, 诊断为脑出血或脑梗死。符合肩-手综合征诊断标准^[4], 均为 期及 期患者。中医辨证属阳虚寒凝、血瘀水停, 症见: 瘫痪侧上肢手腕以下肿胀, 按之疼痛不移, 色青, 局部发凉, 疼痛在夜间加剧, 遇寒凉时更甚, 畏寒, 手足发凉, 喜食热饮, 舌暗色紫或有瘀斑, 脉沉或细涩。本研究获患者知情同意, 且均签署知情同意书。排除伴有其他疾病引起肩关节疼痛及手部肿胀的患者, 伴有严重心、肺、肾等疾病者, 伴有其他病变不适合康复训练者, 不能配合接受量表评分者。采用随机数字表法将患者随机分为治疗组和对照组。对照组 36 例, 男 22 例, 女 14 例; 年龄 57~63 岁, 平均(58.23±2.14)岁; 急性期 1 例, 恢复期 20 例, 后遗症期 15

例。治疗组 36 例, 男 19 例, 女 17 例; 年龄 38~65 岁, 平均(60.36±1.75)岁; 急性期 2 例, 恢复期 23 例, 后遗症期 11 例。2 组性别、年龄、病程、分期等比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2 组患者均接受本科常规处理及康复训练基础治疗, 如良肢位摆放、主被动运动、防止腕关节掌屈、向心性缠绕压迫法、冰水-温水交替浸泡法等。

2.1 治疗组 予自拟温阳通络汤治疗, 方药组成: 黄芪、赤芍、桂枝各 10 g, 生姜 9 g, 大枣 3 枚, 麻黄、制附子各 6 g, 细辛 3 g。采用本院中药房制备的配方颗粒, 每天 1 剂, 温开水冲至 200~300 mL, 分早晚 2 次服用。

2.2 对照组 口服美洛昔康分散片(海南长安国际制药有限公司), 每次 7.5 mg, 每天 2 次。

2 组疗程均为 8 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 上肢疼痛和水肿程度^[5]。疼痛分级如下: 0 分为无疼痛, 2 分为偶发轻微疼痛, 4 分为疼痛频繁发作, 但较轻微, 6 分为疼痛较重且频繁发作, 但可忍受, 8 分为持续性疼痛且难以忍受, 10 分为剧痛, 不能触之。水肿分级如下: 0 分为无水肿, 2 分为轻度水肿, 4 分为中度水肿, 6 分为严重水肿。采用 Fugl-meyer 运动功能评分法^[6]评定上肢关节

[收稿日期] 2014-12-06

[作者简介] 王玉宇 (1970-), 女, 副主任中医师, 研究方向: 神经康复。

活动范围, 上肢及腕手关节的运动功能。采用 Barthel 指数^[6]评价患者的日常生活活动能力。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件分析数据。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 *t* 检验; 计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准^[6] 显效: 肩、腕、手疼痛、肿胀消失, 皮肤色、温正常, 无手部肌肉萎缩, 屈伸活动显著改善。有效: 肿胀基本消失, 疼痛明显减轻, 关节活动有一定的改善, 无明显手部肌肉萎缩。无效: 疼痛、肿胀无减轻, 关节活动无明显改善, 有手部肌肉萎缩。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组 88.89%, 对照组 66.67%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	36	15(41.67)	9(25.00)	12(33.33)	24(66.67)
治疗组	36	30(83.33)	2(5.56)	4(11.11)	32(88.89)

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后疼痛、肿胀情况比较 见表2。2组治疗前疼痛、肿胀评分比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。经8周的治疗后, 2组疼痛、肿胀评分均较治疗前下降($P < 0.01$), 治疗组疼痛、肿胀评分均低于对照组($P < 0.01$)。

表2 2组治疗前后疼痛、肿胀情况比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	时间	疼痛	肿胀
对照组	36	治疗前	5.18 ± 1.27	4.32 ± 0.86
		治疗后	2.05 ± 0.63	1.71 ± 0.34
治疗组	36	治疗前	5.29 ± 1.35	4.43 ± 0.89
		治疗后	0.76 ± 0.41	0.64 ± 0.32

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

4.4 2组治疗前后 Barthel 指数和 Fugl-Meyer (上肢) 评分比较 见表3。2组治疗前 Barthel 指数、Fugl-Meyer(上肢)评分比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组 Barthel 指数均较治疗前升高($P < 0.01$), 治疗组上升较对照组显著($P < 0.01$); 2组 Fugl-Meyer(上肢)评分均较治疗前下降($P < 0.01$), 治疗组下降较对照组显著($P < 0.01$)。

表3 2组治疗前后 Barthel 指数和 Fugl-Meyer (上肢)评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	时间	Barthel 指数	Fugl-Meyer(上肢)
对照组	36	治疗前	35.8 ± 10.7	42.2 ± 8.8
		治疗后	46.6 ± 11.3	27.7 ± 5.4
治疗组	36	治疗前	37.9 ± 10.5	41.3 ± 9.2
		治疗后	62.7 ± 12.4	22.4 ± 5.2

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

5 讨论

肩-手综合征为脑卒中后常见的并发症之一, 一旦发生, 严重影响患者手功能的恢复。临床上常采用非甾体类抗炎药物治疗, 如口服美洛昔康, 但副作用较大, 长期服用易导致胃肠道不良反应, 如嗝气、恶心呕吐、食道炎、胃十二指肠溃疡、胃肠道出血等, 患者不耐受。

中医学认为肩-手综合征仍属中风、痹证、水肿的范畴, 本病患者的基本病机为阳气不足, 筋脉肌肉失去温养而出现肢体拘挛、疼痛。病后阴阳失调, 三焦气化不利, 水湿内停, 水溢肌肤, 故患手肿胀。本病属本虚标实, 以阳气不足为本, 水湿瘀血为标, 故以温阳散寒、化瘀利水为治疗大法。温阳是治疗疼痛的重要法则。笔者自拟的温阳通络汤, 由黄芪桂枝五物汤合麻黄附子细辛汤加减而成, 黄芪桂枝五物汤出自《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》, 是振奋阳气、温运血行之剂。方中黄芪益气固表, 桂枝发散风寒、温经通痹, 赤芍养血和血、益阴敛营, 配用生姜, 助桂枝以散外邪, 配伍大枣, 助赤芍以和营阴。五药相合, 使卫阳复振, 营卫调和, 气血得行, 经脉通利。麻黄附子细辛汤出自《伤寒论》, 方中制附子性属阳、是热药, 可直接破除寒与水, 寒水破后, 水还得有个去向, 因而止痛又要用麻黄、细辛2味发散药物。诸药相伍, 共奏温阳通络、化瘀止痛之效。

本研究显示, 运用温阳通络汤结合康复训练治疗卒中后肩-手综合征可改善患侧上肢与关节的疼痛、肿胀, 进而改善患者的运动能力和生活自理能力, 提高生存质量。同时应注意本病需“未病先防、有病早治”, 发病3月内是治疗的最佳时期, 一旦慢性化, 就缺乏有效的治疗方法^[7]。

[参考文献]

- [1] 郭根平, 沈丰庆, 王珏, 等. 综合疗法治疗肩手综合征[J]. 中国康复, 2005, 20(2): 30-31.
- [2] 张通. 中国脑卒中康复治疗指南(2011完全版)[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(4): 311.
- [3] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.
- [4] 王茂斌. 偏瘫的现代评价与治疗[M]. 北京: 华夏出版社, 1990: 226-231.
- [5] 陈立典, 田永胜. 偏瘫后肩手综合征的康复[J]. 中华理疗杂志, 1997, 20(1): 33-35.
- [6] 缪鸿石, 朱镛连. 脑卒中的康复评定和治疗[M]. 北京: 华夏出版社, 1996: 15.
- [7] 张通. 神经康复治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 253-256.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)