

有2例患者在治疗期间出现面部潮红、干燥,治疗后几天症状消失,无烫伤不良症状。

这种治疗方法有以下几个优点:①操作简单且安全性较高,可重复操作且不会破坏患者鼻腔正常的结构与功能的完整性,从而减少并发症的发生;②治疗无切口,且不出血。

因此,2种方法配合治疗可收到更有效的治疗目的,本研究证明穴位埋线加水滤红外线A辐照治疗变应性鼻炎是可以信赖和推广的一种安全有效的治疗方法。

[参考文献]

[1] 张罗,周兵,韩德民,等.变应性鼻炎研究进展(一):发病机制[J].耳鼻咽喉-头颈外科,2003,10(5):316-

320.

[2] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会鼻科组,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组.变应性鼻炎的诊断和治疗指南(2009年,武夷山)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,44(12):977-978.

[3] Arnal JF, Didier A, Rami J, et al. Nasal nitric oxide is increased in allergic rhinitis[J]. Clin, Exp Allergy, 1997, 27(4): 358-362.

[4] Akasaki Y, Miyata M, Eto H, et al. Repeated thermal therapy up-regulates endothelial nitric oxide synthase and augments angiogenesis in a mouse model of hindlimb ischemia[J]. Circ J, 2006, 70(4): 463-470.

[5] 朱健,胡羽舟,梁洁霞,等.激光治疗过敏性鼻炎及其免疫功能的变化[J].应用激光,2007,27(2):161-163.

(编辑:刘淑婷)

中风后肩痛中医诊疗方案治疗肩手综合征 Ⅱ期患者疗效随访分析

彭慧渊,杨楠,王寅,王本国,何宇峰,陈志标

中山市中医院,广东 中山 528400

[摘要] 目的:观察“中风后肩痛中医诊疗方案”治疗肩手综合征Ⅱ期患者的近、远期疗效。方法:符合诊断标准的27例患者采用中风后肩痛中医诊疗方案治疗,治疗前、治疗30天后进行改良Barthel指数量表(MBI)评分、SF-36评分,治疗后6月进行MBI评分。结果:完成治疗的23例患者治疗30天后MBI评分有改善,与治疗前比较,差异有显著性意义($P < 0.05$);治疗30天后SF-36评分有改善,与治疗前比较,差异有非常显著性意义($P < 0.01$);治疗结束6月后共完成随访20例,MBI评分与治疗前比较,差异无显著性意义($P > 0.05$),与治疗30天后比较,差异无显著性意义($P > 0.05$)。结论:中风后肩痛中医诊疗方案在改善肩手综合征Ⅱ期患者的日常生活能力方面有明显效果,但是以6月为期,远期疗效并不明显。

[关键词] 肩手综合征;中医诊疗方案;改良Barthel指数量表(MBI)评分;SF-36评分

[中图分类号] R743.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2013)12-0151-04

Analysis of Long-term Therapeutic Effect of Traditional Chinese Medical Diagnosis and Treatment Regimen for Post-stroke Shoulder Pain patients of Phase II

PENG Huiyuan, YANG Nan, WANG Yin, et al

Abstract: Objective: To investigate the short-term and long-term curative effect of traditional Chi-

[收稿日期] 2013-07-15

[基金项目] 中山市科技计划重大专项基金资助项目(编号:2012A004)

[作者简介] 彭慧渊(1978-),男,副主任医师,研究方向:中西医结合治疗脑病及其合并症。

[通讯作者] 杨楠, E-mail: srsyang@126.com.

nese medical diagnosis and treatment regimen on post-stroke shoulder pain patients of phase II. **Methods:** Twenty-seven qualified patients were treated with traditional Chinese medical diagnosis and treatment regimen. Before treatment and after treatment for 30 days, the modified Barthel index (MBI) and SF-36 scoring were performed on the patients. MBI scoring was performed again during the follow up 6 months after the treatment. **Results:** MBI scores were improved in 23 patients who completed the whole regimen ($P < 0.05$ compared with those before treatment), and SF-36 scores were also improved significantly after treatment for 30 days ($P < 0.01$). The follow-up was finished in 20 patients, and their MBI scores did not differed from those before treatment for those after treatment for 30 days ($P > 0.05$). **Conclusion:** Traditional Chinese medical diagnosis and treatment regimen has obviously effect on improving the activities of daily life of post-stroke shoulder pain patients of phase II within 6 months, but the long-term effect is not satisfactory.

Keywords: Shoulder-hand syndrome; Traditional Chinese medical diagnosis and treatment regimen; Modified Barthel index scoring; SF-36 scoring

肩手综合征(shoulder-hand syndrome, SHS)是偏瘫患者常见的并发症之一,发展至后期可出现肩、肘、腕、手部肌肉萎缩,关节挛缩,造成不可逆转变,严重影响患者生活质量,因此,积极治疗肩手综合征可改善偏瘫患者的肌肉萎缩、关节挛缩等症状,提高其生活质量。国家中医药管理局康复协作组成立中风后肩痛协作组,将中医学中关于肩手综合征的治疗方法与现代康复医学进行整理、整合,拟定“中风后肩痛中医诊疗方案”,开展肩手综合征中医临床路径试点工作。笔者对肩手综合征 II 期的 27 例患者运用“中风后肩痛中医诊疗方案”治疗,并进行近、远期疗效随访,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 中风病诊断标准。中医诊断标准参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[1];西医诊断标准参照《中国脑血管病防治指南(试行版)》^[2],符合急性脑梗死或脑出血的诊断标准。肩手综合征的诊断及分期标准参照《脑卒中的康复评定与治疗》^[3]中国康复研究中心的标准。

1.2 纳入标准 所有病例符合上述诊断标准并经头颅 CT 和(或)MRI 确诊,存在患侧肢体运动功能障碍;符合肩手综合征 II 期诊断标准;年龄 40~80 岁;1 月 < 病程 < 3 月;签署知情同意书。

1.3 排除标准 存在意识障碍或精神障碍;合并心机梗死或重症感染;严重肝肾功能障碍。

1.4 剔除标准 中途因各种原因未能坚持诊疗计划

的患者;中途因各种原因未能配合各项量表评价的患者。

1.5 一般资料 观察病例为 2012 年 4~6 月本院康复科的肩手综合征 II 期患者,共 27 例。

2 治疗方法

中风后肩痛中医诊疗方案如下:

2.1 针灸 ①温针治疗:取穴:肩髃、肩髃、臂臑、外关、合谷、足三里、脾俞。操作:采用 0.3mm×40mm 的一次性针灸针,进针后采用提插捻转手法,得气后留针,用专用温针艾粒固定于针柄上,点燃艾粒,在针下周围皮肤垫一硬纸板,进行温针治疗,每次 2 炷,每天 1 次,每次 30min。②穴位埋线:取穴:肩髃、肩髃、肩贞、臂臑、肩井。方法:先将埋线器材准备好,在埋线穴位做出标记,皮肤消毒作皮丘麻醉后,镊取一段已消毒的 2cm 长 0 号植物蛋白线,放置在 9 号埋线针套管的前端,从针尾插入针芯。左手拇指食指固定进针部位皮肤,右手持针,快速穿过皮肤,进入一定深度,边推针芯,边退针管,将线注入穴位肌层内,紧压针孔并用创可贴固定。每周 1 次,治疗 4 周为 1 疗程。③穴位注射疗法:选择肱二头肌长头肌腱、肩袖损伤压痛点、肩峰下滑囊处的压痛点,采用黄芪注射液行穴位注射治疗,每穴 1mL,每周 2 次。

2.2 推拿 均在无牵拉患肩的前提下施术。每天 1 次,治疗 7 次为 1 疗程。①擦肩法:施擦法于患肩前部、外侧部以及患肩后部,至患者肩部皮肤略泛红为

止。手法力量中等，有一定刺激量，但不出现明显的疼痛症状。②点穴法：用点法由轻到重分别施术于患部肩髃、肩髃、曲池、外关、合谷、阿是穴等，不宜过强刺激，以中等刺激量为主。③拨法：标注好患肩最疼痛的部位，用拨法由轻到重、由浅到深地拨动，注意患者的反应，尽量不产生剧烈疼痛。④运动关节法：从肩关节开始，到肘关节，各指间关节做被动运动，施术动作宜轻柔，以患者能忍受为主，逐渐加大患者各关节的活动范围和刺激量。⑤指揉法和搓法：中等刺激量，以患者感觉无痛、舒适为佳。

2.3 中药外敷及熏洗疗法 以活血化瘀、行气通络法拟方，制川乌、制草乌、延胡索各15g，红花、艾叶、当归、桂枝各30g，羌活、乳香、没药、桑枝、紫苏叶各20g，加水1500mL，煎后药液倒入盆中，同法第二煎，合并药液后自上而下趁热熏洗患肢，每天1次，每次30min。

2.4 康复治疗 (1)物理因子治疗：①气压治疗：患侧上肢，每次治疗30min，每天1次。②激光疗法：日本超激光治疗仪治疗，痛点部位，C或D探头，治疗与间歇时间比为3:1，治疗剂量输出80%~100%，每部位治疗10min，每天1次；颈部双星状神经节，SG探头，治疗与间歇时间比为2:4，治疗剂量输出80%~100%，每部位治疗10min，每天1次。③低频或中频电治疗：电极置骨骼肌肌腹或(和)肌腱处，每部位治疗30min，每天1次。(2)运动和作业疗法：①关节松动术(Ⅲ级)：每次15min，每天1次。②神经松动术：主要行上肢神经的张力松动手法，要求治疗时循序渐进，以减轻疼痛与水肿为目的，每次15min，每天1次。③上肢功能训练：主要进行患侧上肢的关节活动度、肌力及肌张力训练，以改善手功能，每次15min，每天1次。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①改良 Barthel 指数量表(Modified Barthel index, MBI)评分：治疗前、治疗30天后、治疗结束后6月进行 MBI 评分。②健康状况调查问卷 SF-36 评分：治疗前、治疗30天后进行 SF-36 评分。以治疗30天后 MBI 评分、SF-36 评分判断近期疗效；治疗结束后6月以 MBI 评分判断远期疗效。

3.2 统计学方法 所有数据在 Windows XP 下运用 SPSS19.0 软件分析。所有结果采用自身前后对照配对 *t* 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 完成情况 共23例患者完成全部治疗和观察，男13例，女10例；年龄43~75岁，平均(61.30±8.36)岁。中途脱落的病例均为治疗未滿30天出院者，男3例，女1例；治疗结束后6月随访23例，完成20例，男12例，女8例；年龄43~75岁，平均(61.40±8.91)岁；脱落3例均为未返院复诊且电话随访无法接通。

4.2 23例患者治疗前后 MBI 评分、SF-36 评分比较见表1。治疗30天后，MBI 评分有改善，与治疗前比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)；SF-36 评分亦有改善，与治疗前比较，差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。

表1 23例患者治疗前后 MBI 评分、SF-36 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

项目	n	治疗前	治疗30天后
MBI 评分	23	29.35 ± 14.08	40.13 ± 20.09 ^①
SF-36 评分	23	35.04 ± 14.25	51.61 ± 20.66 ^②

与治疗前比较，① $P < 0.05$ ，② $P < 0.01$

4.3 20例患者治疗后6月 MBI 评分结果 见图1。治疗后6月 MBI 评分与治疗前比较，差异无显著性意义($P > 0.05$)；与治疗30天后比较，差异亦无显著性意义($P > 0.05$)。

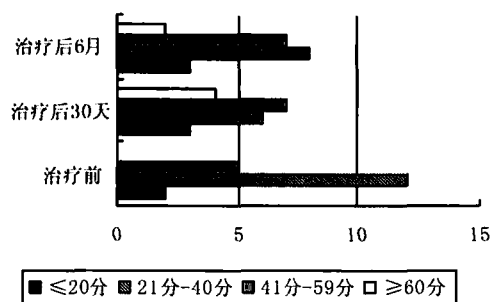


图1

综上，MBI 评分与日常生活能力成正相关性，即分数越高，患者日常生活能力水平越好。因此可以认为，随访患者日常生活能力水平治疗30天后较治疗前有所改善，但治疗后6月，日常生活能力水平又有所下降。

5 讨论

肩手综合征又称为反射性交感神经营养不良(reflex sympathetic dystrophy, RSD)，多于脑卒中后1~3月内出现，张淑云等^[4]报道我国脑卒中后肩手综合征发生率高达30%以上。但关于肩手综合征的病

因和发病机制尚不完全明确,亦无确切的治疗方法,多采用综合治疗手段,强调早期预防、减轻水肿和疼痛,改善关节活动度。体位、运动疗法又最为常见^[6]。而“中风后肩痛中医诊疗方案”整合了温针灸、推拿、穴位注射等传统治法,与现代康复治疗结合,取得可观疗效。

肩手综合征Ⅱ期表现为肩、手肿胀和自发痛消失,皮肤和手肌群萎缩明显,手指关节活动受限日益加重,有时发生萎缩样掌筋膜肥厚。属中医学痿证、偏枯范畴。由于中风后肢体废用,多静少动,气血壅滞,不能循经脉正常输布,经气运行不畅,经脉失养,久则发为痿证、偏枯。

现代研究表明,针刺一些穴位能够刺激脑啡肽释放,增加机体的耐受力,缓解疼痛、僵硬等不适,促进血液循环、组织修复,调节机体免疫功能,有利于损伤修复^[6]。而温针灸已被证明具有扩张血管和淋巴管、加快血液循环、抑制血管通透性升高、减少渗出、松解粘连、行气活血的作用^[7]。本病非新病,单用针法恐见效过缓,“针所不为,灸之所宜”。以艾炷加于毫针,可温化寒湿,温通经脉而使气血运行顺畅。艾之辛温因火力专盛强大,数穴合用,针灸并施,共奏温阳行气、舒经活络之功。选穴方面,阳明经多气多血,“治痿独取阳明”,针之可行气活血,疏通经络,故选手阳明大肠经之肩髃、臂臑、合谷,《胜玉歌》曰:“两手酸疼难执物,曲池合谷共肩髃。”《图翼》载臂臑可治“臂痛无力,寒热瘰疬,颈项拘急”;肩髃、外关属手少阳三焦经,肩髃是手少阳经气血输注于肩臂部之要穴,其脉循行分布于上肢外侧,取之疏通肩臂部经脉,外关络手厥阴经,为八脉交会穴,通阳维脉,阳维脉可联络诸阳经,《铜人》载外关“治肘臂不得屈伸,手五指尽痛不能握物”,针之活血、行气、通络;足三里为足阳明胃经合穴,胃的下合穴,属强壮身心之大穴。《灵枢》曰:“著痹不去,久寒不已,卒取其三里骨为干。脾俞为脾之背俞穴,配三里取固护脾胃,养后天强肌肉筋骨之意。”

穴位埋线将穴位封闭效应、针刺效应、刺血效应、穴位处机体组织损伤的后作用效应、留针及埋线效应、组织疗法效应等多种效应融为一体,同时发挥作用,形成一种复杂、持久、柔和的非特异性刺激^[8]。具有“以线带针”的长效针感效果,可起到

“通其经脉,调其血气”的作用。肩髃属足少阳胆经,手足少阳、阳维之会,《针灸甲乙经》载“肩背酸痛,臂不举,寒热凄索,肩髃主之”;肩贞属手太阳小肠经,“手太阳脉气所发”,针之两穴可使经气上达肩颈,下通臂腕;配肩髃、肩髃、臂臑,以穴位埋线之法作用于穴位,“深纳而久留之,以治顽疾”。又按照穴位治疗作用,对局部痛点行穴位注射,取“阿是穴”之意,可舒筋散结,活血止痛,结合药物作用,以益气通脉之黄芪注射液注射,减少用药量,亦可提高药物疗效^[9]。加之传统推拿,疏通经络,增强传导针感,辅以中药熏洗方活血通经散寒,直达患处,可谓针、灸、药并用。

本研究结果显示:“中风后肩痛中医诊疗方案”在治疗肩手综合征Ⅱ期方面有独特的优势,近期疗效明显,但远期疗效仍有待提高,提示肩手综合征应该着眼于早期预防、早期治疗,这样既可充分发挥中医治疗简便、安全、高效的特点,减轻病患痛苦,又可以节约社会医疗成本,至于如何探寻远期疗效下降的原因以及优化治疗方案,仍需要进行更大样本、更长周期的研究,以进一步观察和探讨。

【参考文献】

- [1] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- [2] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南(试行版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- [3] 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.
- [4] 张淑云, 张通, 陈立嘉, 等. 脑卒中后肩-手综合征的危险因素分析[J]. 中华神经科杂志, 2004, 37(1): 27-28.
- [5] Joynt RL. The source of shoulder pain in hemiplegia[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1992, 73(5): 409-413.
- [6] 王文远. 中国平衡针灸[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 1998: 80.
- [7] 顾忠平. 温针灸结合推拿对肩关节周围炎的临床疗效观察[J]. 浙江中医药大学学报, 2007, 31(3): 371-372.
- [8] 布的尔坡, 张兴明. 穴位埋线疗法的治疗原理与临床应用价值[J]. 西部医学, 2009, 21(5): 852-854.
- [9] 罗和古, 王国辰, 朱秋俊. 穴位注射巧治病: 下册[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2007: 2.

(编辑: 刘淑婷)