

# 行气活血法治疗气滞血瘀型幻肢痛 90 例临床观察

林晓光, 潘国铨

广州中医药大学附属佛山中医院骨科, 广东 佛山 528000

**[摘要]** 目的: 观察行气活血法治疗气滞血瘀型幻肢痛的临床疗效。方法: 对 96 例气滞血瘀型幻肢痛患者, 按截肢部位分为大腿、小腿、踝足趾、上臂、前臂、腕掌指 6 组, 均予行气活血方药内服外洗联合康复治疗, 对比各组的疗效, 观察治疗前后气滞血瘀症状积分与疼痛积分的变化。结果: 96 例完成 90 例, 4 例主动中断治疗, 2 例失访。各组总有效率均超过 80%。治疗后, 各组视觉模拟评分法 (VAS) 评分、气滞血瘀症状积分与治疗前比较, 差异均有显著性意义 ( $P < 0.05$ ); 6 组 VAS 评分、气滞血瘀症状积分整体比较, 差异均无显著性意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 行气活血法能明显缓解疼痛和改善相关中医症状, 疗效肯定。

**[关键词]** 幻肢痛; 气滞血瘀证; 行气活血法; 康复

**[中图分类号]** R741; R441.1

**[文献标识码]** A

**[文章编号]** 0256-7415 (2014) 08-0078-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2014.08.036

幻肢痛(phantom limb pain, PLP)是神经痛的一种类型, 是主观感觉已切除的肢体仍然存在, 并有不同程度、不同性质疼痛的幻觉现象<sup>[1]</sup>。目前, 西药治疗应用普遍, 最常用的药物是抗抑郁类和抗惊厥类药物, 但副作用大, 症状反复。中医药具有简便易行、副作用少以及靶点众多、作用时间长等优势。笔者经回顾性总结, 疗效满意, 现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 参考文献<sup>[2-3]</sup>, 幻肢痛诊断标准如下: 截肢手术病史; 年龄  $\geq 12$  岁; 有已经截除肢体的存在并且伴有疼痛的体验, 影响患者的生活。

**1.2 中医辨证标准** 参照《中医诊断学》<sup>[4]</sup>、《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[5]</sup>关于气滞血瘀证的辨证要点, 结合该病辨病辨证的特殊性、临床经验及流行病学调查结果, 拟幻肢痛气滞血瘀型的辨证标准如下: 主症: 截除肢体存在, 并伴有影响生活的疼痛体验; 疼痛呈窜痛或针刺或刀割, 部位固定不移或攻冲窜痛; 夜间尤甚, 随病程时间延长, 症状加重; 舌暗紫或有瘀斑、瘀点, 脉弦或涩。次症: 情绪急躁易怒或抑郁或焦虑, 善太息; 有时伴有针刺感、麻木感、蚁行感、冰冻感或灼热感; 入睡困难, 眠浅易醒, 醒后再入睡困难, 早醒, 梦多; 胸胁脘腹胀闷疼痛, 情志不畅症状加重。具有 2 项或以上主症; 具有主症 1 项加次症 2 项或以上, 辨为气滞血瘀型。

**1.3 纳入标准** 上肢包括腕掌指、前臂、上臂在内的截肢患者; 下肢包括踝足趾、小腿、大腿在内的截肢患者; 符合上述诊断标准和气滞血瘀型辨证标准; 能独自与调查人员

进行交流并完成问卷调查。

**1.4 排除标准** 年龄  $< 12$  岁; 伴心、脑、肺、肝、肾等重要器官疾患; 不能与调查人员进行交流, 或者不配合调查, 未能完成问卷。

**1.5 一般资料** 以 2009 年 3 月~2013 年 10 月住院治疗的 96 例患者为研究对象, 年龄 18~65 岁, 中位年龄 41.6 岁; 男 63 例, 女 33 例。均为单个肢体截肢, 截肢原因均为创伤。按截肢部位分为大腿、小腿、踝足趾、上臂、前臂、腕掌指 6 组。6 组性别、年龄、伤情、视觉模拟评分法(VAS)评分经统计学处理, 差异均无显著性意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

采用中药内服外洗联合康复方法综合治疗。自拟行气活血汤, 组成: 枳壳、柴胡各 30 g, 当归尾、赤芍、郁金、地龙干各 15 g, 延胡索、川芎、香附各 10 g, 蜈蚣 2 条, 甘草 6 g。每天 1 剂, 加 400 mL 水煎取 200 mL, 饭后 30 min 温服。

外洗方采用本院中药熏洗协定方: 当归 50 g, 红花、益母草、三棱、透骨草、血竭各 20 g, 川芎、郁金、桂枝、乳香、没药各 15 g, 甘草 10 g。每天 1 剂, 加水 2 000 mL 煎取 1 000 mL, 置熏蒸盆熏蒸残肢, 待水温合适后外洗, 共 20~30 min, 每天 1 次。

康复方法参照文献<sup>[6]</sup>进行, 包括心理干预、肌力训练等。各组治疗 4 周, 不给予包括非甾体抗炎药在内的各类止痛药物。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 治疗前后各收集数据 1 次, VAS 分值越高代

**[收稿日期]** 2014-05-04

**[作者简介]** 林晓光 (1978-), 男, 主治医师, 主要从事中医骨伤临床工作。

表疼痛程度越重<sup>⑦</sup>。气滞血瘀症状积分,记为0~10分,分值越高代表患者气滞血瘀症状的程度越重<sup>⑧</sup>。

3.2 统计学方法 使用SPSS19.0软件进行统计,组间比较使用单因素方差分析法,组内治疗前后比较使用配对t检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准<sup>⑨</sup> 通过VAS评分减少的情况来评价疗效,治愈:疼痛及其他症状完全消失;显效:疼痛程度减轻,VAS评分减少率达50%以上;有效:疼痛程度减轻,VAS评分减少率达25%以上;无效:疼痛及其他症状略有改善或均无改善。计算公式(尼莫地平法):VAS评分减少率=(治疗前VAS评分-治疗后VAS评分)/治疗前VAS评分×100%。

4.2 各组临床疗效比较 见表1。96例完成90例,4例主动中断治疗,2例失访。各组总有效率均超过80%,提示行气活血方药内服外洗联合康复方法治疗气滞血瘀型幻肢痛效果良好。

4.3 各组治疗前后VAS评分比较 见表2。治疗后,各组VAS评分与治疗前比较,差异均有显著性意义(P<0.05),提示各组患者的疼痛均有改善;6组VAS评分整体比较,差异无显著性意义(P>0.05),提示治疗方法对各部位疼痛的改善效果相当。

4.4 各组治疗前后气滞血瘀症状积分比较 见表3。治疗后,各组症状积分与治疗前比较,差异均有显著性意义(P<0.05),

提示各组患者的症状均有改善;6组症状积分整体比较,差异无显著性意义(P>0.05),提示治疗方法对各部位症状的改善效果相当。

表1 各组临床疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
大腿组	16	1	6	7	2	87.50
小腿组	15	1	6	6	2	86.67
踝足趾组	14	2	4	7	1	92.86
上臂组	15	3	4	7	1	93.33
前臂组	15	2	5	7	1	93.33
腕掌指组	15	1	6	6	2	86.67

表2 各组治疗前后VAS评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	治疗前	治疗后
大腿组	6.85 ± 0.84	2.28 ± 0.81
小腿组	7.96 ± 0.68	2.98 ± 1.62
踝足趾组	8.32 ± 0.44	2.56 ± 1.07
上臂组	7.49 ± 0.19	2.09 ± 0.79
前臂组	7.27 ± 0.16	2.07 ± 1.73
腕掌指组	7.50 ± 0.26	2.12 ± 1.83

与本组治疗前比较,①P<0.05

表3 各组治疗前后气滞血瘀症状积分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	幻肢疼痛	夜痛难寐	情志抑郁	胸胁闷痛	舌暗脉涩	总积分
大腿组	治疗前	2.63 ± 0.36	2.56 ± 0.42	2.40 ± 0.31	1.43 ± 0.34	0.73 ± 0.51	7.96 ± 1.51
	治疗后	1.55 ± 0.41	0.32 ± 0.59	0.56 ± 0.37	0.81 ± 0.38	0.51 ± 0.58	3.79 ± 1.49
小腿组	治疗前	2.03 ± 0.47	2.36 ± 0.61	2.97 ± 0.74	1.14 ± 0.57	0.83 ± 0.36	8.21 ± 1.99
	治疗后	1.43 ± 0.73	0.61 ± 0.46	0.67 ± 0.24	0.57 ± 0.20	0.41 ± 0.68	3.30 ± 1.42
踝足趾组	治疗前	2.86 ± 0.36	2.99 ± 0.69	2.67 ± 0.62	1.42 ± 0.53	0.82 ± 0.10	8.42 ± 1.31
	治疗后	1.96 ± 0.47	0.81 ± 0.62	0.42 ± 0.18	0.32 ± 0.37	0.59 ± 0.44	3.26 ± 1.11
上臂组	治疗前	2.33 ± 0.18	2.37 ± 0.85	2.55 ± 0.62	1.31 ± 0.26	0.56 ± 0.62	7.72 ± 1.93
	治疗后	1.02 ± 0.92	0.94 ± 0.35	0.77 ± 0.88	0.93 ± 0.32	0.23 ± 0.51	3.32 ± 1.43
前臂组	治疗前	2.46 ± 0.44	2.12 ± 0.83	2.50 ± 0.87	1.33 ± 0.27	0.82 ± 0.35	7.88 ± 1.42
	治疗后	1.17 ± 0.16	0.39 ± 0.50	0.45 ± 0.72	0.50 ± 0.41	0.32 ± 0.45	3.72 ± 1.61
腕掌指组	治疗前	2.58 ± 0.79	2.51 ± 0.34	2.45 ± 0.59	1.37 ± 0.43	0.75 ± 0.42	7.59 ± 1.43
	治疗后	1.13 ± 0.62	0.70 ± 0.29	0.50 ± 0.27	0.77 ± 0.28	0.45 ± 0.12	3.21 ± 1.49

与本组治疗前比较,①P<0.05

5 讨论

目前,由于幻肢痛的发病机制尚无定论,故其治疗仍是临床医学中的一项难题。针对此病的特殊性,在治疗的过程中,应把目标从“治愈”转移到“缓解”。对顽固性幻肢痛的患者而言,缓解疼痛,恢复自信,重建肢体功能,让患者生活舒适是一件迫切的事情。

中医学虽无类似病名,但认为疼痛机理不外“不通则痛”、

“不荣则痛”。截肢后经脉完整性受到破坏,经脉“行气血、营阴阳、濡筋骨、利关节”的功能不能正常发挥,气滞血瘀,机体经气失调,气血运行不利,故导致幻肢痛,因此,幻肢痛的发病符合“不通则痛”的观点。要在“不通”处再形成新的通道,可采用行气活血、通络止痛法,使其通则“不痛”。故“行气活血,通络止痛”当为气滞血瘀型幻肢痛的治疗原则。根据该治则自拟行气活血汤内服,方中柴胡主升,疏肝解郁,

使气机条达；枳壳主降，《开宝本草》曰其“主风痒麻痹，通利关节”，行气畅脾，两者合而用之，升降并施，气血并用，为君。香附、郁金调畅气机，取古法“气行则血行”之意，合赤芍、延胡索、川芎、当归尾活血祛瘀，共为臣药。地龙干、蜈蚣通络止痛为佐，甘草调和诸药为使。同时外用中药熏洗协定方，方中当归甘温和血，辛温活血，苦温散寒，为血中之气药，重用以为君。红花、三棱入肺经而破瘀血、活血，能破血中之气，血竭能补心包、肝血不足，专除血痛，散瘀生新，为和血之圣药；益母草活血祛瘀，《本草纲目》言其能治“打扑内损瘀血”，合乳香、没药以活血化瘀，共为臣药。桂枝、透骨草辛散温通，能通达四肢阳气，合郁金、川芎以调畅气机，使气行则血行，共为佐药，甘草调和诸药为使。合内服汤剂可共奏行气活血、通络止痛之功。此外，康复方法是药物治疗的有益补充：针对残肢的肌力训练，能有效恢复肌肉功能和增强肌肉力量；人性化的心理治疗，能够解除幻肢痛患者的精神压力，并转移对自身的注意力。

本研究发现，行气活血法可有效缓解临床症状，提高患者的生活质量。提示在今后的研究当中，应当走出“唯止痛论”的误区，发挥中医药在该领域更大的优势。

## [参考文献]

- [1] 王亦璁, 姜保国. 骨与关节损伤[M]. 5版. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 541-542.
- [2] Shukla GD, Sahu SC, Tripathi RP, et al. Phantom limb: a phenomenological study[J]. Br J Psychiatry, 1982, 141: 54-58.
- [3] 胥少汀, 葛宝丰, 徐印坎. 实用骨科学: 下册[M]. 4版. 北京: 人民军医出版社, 2012: 1025.
- [4] 朱文锋. 中医诊断学[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社, 2004: 168-170.
- [5] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 356-360.
- [6] 杨玉龙, 常有军, 潘福琼. 针灸联合康复治疗汶川地震伤员截肢后幻肢痛疗效观察[J]. 实用医院临床杂志, 2010, 7(1): 53-55.
- [7] 王宁华. 疼痛定量评定的进展[J]. 中国临床康复, 2002, 6(18): 2738-2739.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

# 手法复位结合 Herbert 螺钉治疗经舟骨月骨周围脱位疗效观察

刘永裕, 潘国铨, 李逸群

佛山市中医院骨科, 广东 佛山 528000

**[摘要]** 目的: 观察手法复位结合 Herbert 螺钉内固定在治疗背侧经舟骨月骨周围脱位的临床疗效。方法: 将 56 例背侧经舟骨月骨周围脱位患者随机分为治疗组及对照组各 28 例, 治疗组予手法复位结合 Herbert 螺钉治疗, 对照组予切开复位结合 Herbert 螺钉治疗, 观察 2 组关节脱位复位后舟骨骨折愈合时间及术后至开展腕关节屈伸功能锻炼时间, 术后 12 月依据 Green-O' Brien 上肢功能评分进行评价, 并观察术后并发症。结果: 全部患者获随访 12 月, 治疗组舟骨骨折愈合时间较对照组明显缩短, 2 组比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。2 组术后至开展腕关节屈伸功能锻炼时间比较, 差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ )。Green-O' Brien 上肢功能评分优良率治疗组为 92.9%, 对照组为 82.1%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组出现并发症 3 例, 对照组出现并发症 8 例, 2 组比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 对背侧经舟骨月骨周围型脱位患者应用手法复位结合 Herbert 螺钉固定治疗效果确切, 且并发症较少。

**[关键词]** 经舟骨月骨周围脱位; 手法复位; Herbert 螺钉; 舟、月骨缺血性坏死

**[中图分类号]** R684.7 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 08-0080-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2014.08.037

经舟骨月骨周围脱位是典型的腕关节内损伤, 是一种特殊的腕关节脱位, 受伤时月骨除了连同远排腕骨一起发生脱位

外, 同时合并舟骨体部骨折, 因此容易漏诊及误诊。而脱位复位后舟骨骨折的固定及愈合情况是这种特殊脱位治疗的关键,

**[收稿日期]** 2014-03-19

**[作者简介]** 刘永裕 (1980-), 男, 主治医师, 主要从事中医骨伤临床工作。