

中西医结合卒中单元治疗肩手综合征的疗效及成本分析

苏敏¹, 杨楠¹, 张志强¹, 孙晓生²

1. 中山市中医院, 广东 中山 528400; 2. 广州中医药大学, 广东 广州 510006

[摘要] 目的: 观察中西医结合卒中单元与普通病房对改善脑卒中后肩手综合征患者的效果, 并从卫生经济学角度对两者进行成本-效果分析。方法: 将200例患者随机分为治疗组(中西医结合卒中单元组)和对照组(普通病房组), 各100例。治疗组采用规范的中西医结合卒中单元管理模式; 对照组采用与治疗组相似的治疗方法, 但缺乏个体化, 治疗模式不统一。比较2组患者治疗1月后的临床效果(肢体运动功能、肩关节功能、肩部水肿情况和日常生活活动能力等)和成本分析(包括总住院日、住院医药费、病人工资损失、陪护者工资损失、总费用等); 统计2组治疗1月的临床效果。结果: 治疗后1、3、6月, 2组Fugl-meyer量表上肢部分(FMA-UE)评分、Constant-Murley肩功能评分、改良Barthel指数(MBI)评分均较治疗前升高($P < 0.05$), 水肿评分较治疗前降低, 且治疗组上述各时段评分改善均较对照组显著($P < 0.05$)。总有效率治疗组为92.0%, 对照组为82.0%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。成本-效果分析, 2组间总费用差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 中西医结合卒中单元治疗脑卒中后肩手综合征具有较好的临床效果, 而且医疗成本并没有增加。

[关键词] 脑卒中; 肩手综合征; 中西结合卒中单元; 成本-效果分析

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)09-0072-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.09.033

卒中以其高发病率、高致残率、高死亡率和逐年增长的治疗费用成为影响国计民生的重大公共卫生问题^[1]。脑卒中后肩手综合征为脑卒中常见的并发症之一, 严重影响患者的上肢运动功能。脑卒中后肩手综合征的发病原因尚未完全明确, 认为其发生发展是多种因素共同作用的结果, 较为公认的机制是脑血管病急性发作影响到运动中枢前方的血管运动中枢, 血管运动神经麻痹, 引发患肢的交感神经兴奋性增高及血管痉挛反应, 末梢血流增加, 产生局部组织营养障碍, 从而出现水肿、疼痛, 疼痛刺激又进一步经末梢感觉神经传至脊髓, 引发脊髓中间神经的异常兴奋性刺激, 造成血管运动性异常的恶性循环^[2]。目前尚无特别有效的治疗方法。笔者采用中西医结合卒中单元模式分期治疗脑卒中后肩手综合征, 取得了较好的临床疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 ①中医诊断标准参照国家中医药管理局脑病急症科研协作组制订的“中风病中医诊断疗效评定标准”, 同时合并中风后肩痛。②西医诊断标准参照中华医学会神经病学分会编写的《中国脑血管病防治指南》标准。③肩手综合征的诊断及分期参照《脑卒中的康复评定与治疗》中相关标准。

1.2 纳入标准 ①年龄75岁以下; ②继发于脑血管疾病恢复

期后; ③符合肩手综合征的诊断; ④生命体征平稳, 神志清楚, 有一定表达及沟通能力; ⑤无全身严重心、肺、肝、肾功能不全; ⑥知情同意者。

1.3 排除标准 ①不符合以上入选标准者; ②四肢瘫痪者, 病情恶化, 出现新的梗死或出血者; ③其它脑部器质性病变, 如脑肿瘤者; ④严重精神疾病、痴呆或聋哑人, 不能配合或拒绝针灸及运动疗法、作业疗法训练者; ⑤合并其它严重骨关节疾病者。

1.4 一般资料 将本院2014年1月—2015年6月符合研究标准的康复科住院和门诊患者200例, 采用随机数字表法分为治疗组(中西医结合卒中单元组)和对照组(普通病房组)各100例。治疗组男58例, 女42例; 脑梗死76例, 脑出血24例; 年龄50~70岁, 平均63.8岁; 病程21~75天, 平均57.6天。对照组男55例, 女45例; 脑梗死73例, 脑出血27例; 年龄50~72岁, 平均62.5岁; 病程21~75天, 平均56.6天。2组患者性别、脑卒中类型、年龄和病程等资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 参照神经内科脑梗死和脑出血西医常规治疗+康复治疗+传统中医治疗。中西医结合卒中单元治疗组包括神

[收稿日期] 2016-05-21

[基金项目] 广东省中医药局立项资助项目(20141285)

[作者简介] 苏敏(1975-), 女, 副主任中医师, 研究方向: 针灸临床。

[通讯作者] 孙晓生, E-mail: sunxiaosheng@gzucm.edu.cn。

经内科医生、针灸医生、职业康复治疗师、言语康复治疗师、吞咽康复治疗师、推拿医生、心理治疗师和专科护士等,入院即由该小组对患者进行病情评估和讨论,参照中华医学会神经病学分会编写的《中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2014》和《中国脑出血诊治指南(2014)》制定个体化的康复治疗方,上级医生与中西医结合卒中单元治疗小组每周查房至少1次。

2.1.1 分期康复治疗 中风后肩手综合征 期的康复治疗:

①针灸方法:毫火针治疗^[4]。②推拿治疗,取穴:肩髃、肩髃、肩贞、臂臑、肩井及阿是穴。操作方法:在无牵拉患肩的前提下施术。滚肩法:患者分别取仰卧位及健侧卧位,施滚法于患肩前部、外侧部以及患肩后部,至患者肩部皮肤略泛红为止,分别约3 min。手法宜轻柔、无痛。点穴法:患者仰卧位,用点法由轻到重分别施术于患部肩髃、肩髃、肩贞、曲池、外关、合谷、阿是穴等,刺激强度以患者能忍受为宜,以轻刺激量为主,约3 min。③中药熏洗,处方:透骨草、延胡索、归尾、姜黄、川椒、海桐皮、威灵仙、乳香、没药、川牛膝、羌活、白芷、苏木、五加皮、红花、土茯苓各15 g,加水1500 mL,熏洗30 min。④物理因子治疗:包括低温疗法、激光疗法。⑤运动疗法,关节松动术(Ⅰ、Ⅱ级),每次15~20 min。⑥缠指法:采用向心性缠绕肿胀手指。

期的康复治疗:①温针疗法,取穴:肩髃(温针)、肩髃(温针)、臂臑、外关、合谷、足三里、脾俞。每穴2柱,留针30 min。②推拿治疗:滚肩法:操作方法同 期;点穴法,取穴:肩髃、肩髃、曲池、外关、合谷、阿是穴等;拨法:标注好患肩部最疼痛的部位,用拨法由轻到重、由浅到深的拨动,注意患者的反应,尽量不产生剧烈疼痛,约3 min。③中药熏洗,处方:川乌、延胡索、草乌各15 g,红花、艾叶、当归、桂枝各30 g,羌活、乳香、没药、桑枝、紫苏叶各20 g。加水1500 mL,熏洗30 min。④物理因子治疗:包括肢体气压治疗及激光疗法。⑤神经松动术,每次15~20 min。

期的康复治疗:此期是不可逆的终末阶段,病侧手完全失用,永久丧失运动。①电针疗法,取穴:肩三针、肩髃、肩髃、关元、足三里、梁丘等,采用疏波,辅以电磁波照射肩部,留针30 min。②推拿治疗:行擦肩法、运动关节法、搓揉法。③中药熏洗疗法,处方:黄芪150 g,川芎、赤芍、丹参、桃仁各50 g,红花40 g,地龙、当归、全蝎、伸筋草各20 g。加水1500 mL,熏洗30 min。④上肢功能训练,每次15~20 min。

2.1.2 中药汤剂口服 参照“国家中医药管理局“十一五”重点专科协作组中风病(脑梗死)恢复期诊疗方案”中的证候分型和方药。风痰瘀阻证予解语丹加减,气虚血瘀证予补阳还五汤加减,肝肾亏虚证予左归丸合地黄饮子加减。

2.2 对照组 参照神经内科脑梗死和脑出血处理常规治疗+康复治疗,但不进行统一标准的中医传统康复治疗。

每种疗法均每天治疗1次,7次为1疗程,共治疗4疗程。

3 观察项目与统计学方法

3.1 观察周期与时点 观察时点分别为治疗1月时、随访治疗结束后第3月和第6月。

3.2 一般常规检查 治疗前后每位患者进行生命体征、血、尿、大便常规、血糖、肝功能、肾功能、血压、心电图检查。

3.3 观察指标 分别采用 Fugl-meyer 量表上肢部分(FMA-UE)、Constant-Murley 肩功能评分标准、水肿分级评分^[5]和改良 Barthel 指数(MBI)评定治疗前后的上肢运动功能、肩关节功能、肩部水肿和日常生活活动能力改善情况。从卫生经济学角度对中西医结合卒中单元和普通病房在治疗脑卒中后肩手综合征进行成本-效果分析。

3.4 统计学方法 所有统计采用 SPSS19.0 进行分析。计量资料采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治愈:主动、被动活动达正常范围,关节疼痛消失,无痛感,浮肿消失,无手的小肌肉萎缩,临床症状积分下降90%以上。显效:关节活动轻度受限。关节疼痛减轻,浮肿基本消失,手的小肌肉萎缩不明显,临床症状积分下降60%~89%。有效:关节活动受限明显,关节疼痛稍好转,仍有浮肿,手的小肌肉萎缩无改善,临床症状积分下降40%~59%。无效:疼痛与肩关节活动范围同治疗前,症状无改善,肌肉萎缩逐渐加重,临床症状积分下降小于40%。

4.2 2组治疗前后 FMA-UE 评分比较 见表1。治疗后1、3、6月,2组 FMA-UE 评分均较治疗前升高($P < 0.05$),且治疗组上述各时段评分升高均较对照组显著($P < 0.05$)。

组别	n	治疗前	治疗1月	治疗3月	治疗6月
治疗组	100	11.58±5.53	17.68±6.68 ^②	24.77±6.25 ^②	35.83±7.92 ^②
对照组	100	10.75±5.17	12.57±5.38 ^①	20.65±6.75 ^①	29.62±6.75 ^①

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后肩功能评分比较 见表2。治疗后1、3、6月,2组肩功能评分均较治疗前升高($P < 0.05$),且治疗组上述各时段评分升高均较对照组显著($P < 0.05$)。

组别	n	治疗前	治疗1月后	治疗3月后	治疗6月后
治疗组	100	53.72±6.63	60.38±6.72 ^②	70.82±6.83 ^②	85.05±7.86 ^②
对照组	100	52.65±6.71	58.28±5.37 ^①	65.75±6.12 ^①	78.53±6.75 ^①

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后肩部水肿评分比较 见表3。治疗后1、3、

6月,2组肩部水肿评分均较治疗前降低($P < 0.05$),且治疗组上述各时段评分降低均较对照组显著($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后肩部水肿评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗1月后	治疗3月后	治疗6月后
治疗组	100	3.55±1.27	3.05±0.41 ^{①②}	2.98±0.35 ^{①②}	1.85±0.26 ^{①②}
对照组	100	3.67±1.53	3.28±1.08 ^①	2.73±1.12 ^①	2.05±0.95 ^①

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.5 2组治疗前后 MBI 评分比较 见表4。治疗后1、3、6月,2组 MBI 评分均较治疗前升高($P < 0.05$),且治疗组上述各时段评分升高均较对照组显著($P < 0.05$)。

表4 2组治疗前后 MBI 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗1月后	治疗3月后	治疗6月后
治疗组	100	45.53±5.68	55.63±5.25 ^{①②}	69.92±6.77 ^{①②}	77.68±6.86 ^{①②}
对照组	100	45.87±5.32	52.89±5.87 ^①	65.72±6.95 ^①	72.35±6.25 ^①

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.6 2组临床疗效比较 见表5。总有效率治疗组为92.0%,对照组为82.0%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表5 2组临床疗效比较 例

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	100	35	41	16	8	92.0 ^①
对照组	100	17	47	18	18	82.0

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.7 2组成本-效果分析 见表6。上肢运动功能评分:治疗组(总费用/FMA增加)-对照组(总费用/FMA增加)=上肢运动功能评分每增加1分所花费的费用,即(1423396.45/1386)-(1420890.45/1057)=-317.29元/分,表明相较于对照组,治疗组患者的上肢运动功能评分每增加1分,少花费317.29元。改良巴氏指数评分:治疗组(总费用/MBI增加)-对照组(总费用/MBI增加)=改良巴氏指数评分每增加1分所花费的费用,即(1423396.45/1120)-(1420890.45/785)=-539.16元/分,表明相较于对照组,治疗组患者的改良巴氏指数评分每增加1分,少花费539.16元。结果显示,2组间总费用差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表6 2组成本-效果分析

组别	总住院费(元)	总陪护工资(元)	总费用(元)	FMA增加	MBI增加
治疗组	1255863.58	167532.87	1423396.45	1386	1120
对照组	1253653.76	167236.69	1420890.45	1057	785

4.8 安全性观察 2组患者治疗前后生命体征、血常规、尿常规、大便常规、肝功能、肾功能、心电图检查未见明显异常。

5 讨论

脑卒中后肩手综合征又称卒中后反射性交感神经营养不良综合征或复杂局部疼痛综合征类型I,是脑卒中后的常见并发症,致残率高,康复难度大,常发生在脑卒中后1~3月,而且疼痛多伴随整个病程。脑卒中后肩手综合征关键在于尽早分期实行干预治疗^[4]。

目前治疗脑卒中最科学、最有效的管理模式是卒中单元,能够减少卒中患者病死率和致残率,提高患者的生存率和长期生活质量。中医学强调整体观念和辨证论治,和卒中单元的理念一致,而且中医药在治疗脑卒中方面具有一定的优势。将中医针灸、中药、推拿等中医治疗措施融入到卒中单元中,为脑卒中患者提供一个融合中西医特色一体的综合治疗。

中西医结合卒中单元将现代医学与中医传统医学紧密结合,药物治疗与康复治疗并重,在临床治疗的同时,注重心理疏导,将现代康复和传统康复相结合,优势互补,与传统普通病房治疗相比,大大提高了脑卒中后肩手综合征的康复治疗效果,但医疗成本并没有增加,值得进一步研究。

[参考文献]

- [1] 国家卫生和计划生育委员会神经内科医疗质量控制中心. 中国卒中中心建设指南[J]. 中国卒中杂志, 2015, 10(6): 499-507.
- [2] 苏敏, 何希俊. 火针疗法治疗脑卒中后肩手综合征的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(22): 5048-5050.
- [3] 王茂斌. 偏瘫的现代评价与治疗[M]. 北京: 华夏出版社, 1990: 226-231.
- [4] Notcutt WG. Early management of complex regional pain syndrome is crucial[J]. BMJ, 2014, 349: 4704.

(责任编辑:冯天保)