

中医药综合疗法改善骨质疏松症患者的骨代谢指标的疗效相对于单一治疗方法更为显著。

综上所述,中西医结合治疗骨质疏松症可有效提高患者的骨密度,改善骨代谢指标,值得临床推广应用。

#### [参考文献]

- [1] 范超领,葛继荣,谢丽华,等. PVP联合中药治疗骨质疏松性椎体压缩骨折疗效的Meta分析[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(7): 2180-2185.
- [2] 敖威,薛文武,杨伟毅,等. 补肾健脾化痰中药对原发性骨质疏松症4种证型患者生存质量的影响[J]. 新中医, 2013, 45(9): 64-67.
- [3] 包大禹,林格生. 仙灵骨葆胶囊联合阿仑膦酸钠肠溶片治疗骨质疏松症临床观察[J]. 新中医, 2015, 47(1): 133-134.
- [4] 中华医学会中华骨质疏松和骨矿盐疾病分会. 原发性骨质疏松症诊治指南(2011年)[J]. 中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志, 2011, 4(1): 2-17.
- [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: 243-252, 358-359.
- [6] 谈勇. 中医药防治中老年女性骨质疏松症[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2014, 30(5): 340-343.
- [7] 周萍,胡红,曾志华,等. 补肾壮骨汤联合针灸及阿仑膦酸钠治疗骨质疏松症的临床研究[J]. 实用医学杂志, 2015, 31(22): 3663-3665.
- [8] 孙晓生,谢波. 山药药理作用的研究进展[J]. 中药新药与临床药理, 2011, 22(3): 353-355.
- [9] 潘亚磊,翟远坤,牛银波,等. 杜仲防治骨质疏松症的研究进展[J]. 化学与生物工程, 2013, 30(7): 6-9.
- [10] 杜波,王婧. 菟丝子含药血清对成骨细胞代谢调控的影响[J]. 中医杂志, 2011, 52(22): 1951-1953.
- [11] 史彩萍. 中医综合疗法治疗老年性骨质疏松症疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(35): 3950-3951.

(责任编辑:吴凌)

## 分期序贯式治疗肩手综合征临床观察

吴名波<sup>1</sup>, 廖荣鑫<sup>1</sup>, 杨红华<sup>1</sup>, 李娜<sup>1</sup>, 凌宏礼<sup>1</sup>, 刘秀辉<sup>1</sup>, 巫剑鸣<sup>1</sup>, 刘四军<sup>2</sup>

1. 广州新市医院, 广东 广州 510410; 2. 广州中医药大学中药学院, 广东 广州 510006

**[摘要]** 目的:观察分期序贯式方法治疗肩手综合征患者的临床疗效。方法:将符合纳入标准的病例90例随机分为2组各45例。治疗组以中药内服加中药外敷为法,按照病情发展“分期序贯式治疗”的临床方案;在康复训练的基础上,再予中药内服、熏洗、针刺、穴位注射、推拿按摩、拔罐、气功等多种疗法相结合的综合治疗方式。对照组给予康复理疗:宣教和心理疏导加良肢位摆放加关节活动度维持训练加短波、超短波治疗。上述2组均连续治疗3周后评定临床疗效。结果:经过实验干预后,总有效率对照组60.00%,治疗组93.33%,2组临床疗效比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗组日常生活活动能力(ADL)积分与对照组比较,治疗组ADL积分高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。对照组健康调查量表(SF-36)积分中总体健康(GH)得分、活力(VT)得分以及SF-36总分分别与对照组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:以“中药内服加中药外敷”为法,按照病情发展“分期序贯式治疗”的临床方案,有利于充分发挥中医治疗该病的特色和优势,进一步提高该病的整体疗效,提高中风患者的日常生活活动功能和生存质量。

**[关键词]** 肩手综合征;分期序贯式;中医疗法;健康调查量表(SF-36);日常生活活动能力(ADL)

**[中图分类号]** R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)06-0112-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.049

肩手综合征(shoulder-hand syndrome, SHS)是脑卒中偏瘫患者常见的并发症之一<sup>[1]</sup>,常发生于脑卒中1~3月后。由

于诊断标准、样本量等不同,脑卒中SHS发病率报道差异较大,从12.5%到61%不等<sup>[2]</sup>,其典型临床表现是早期肩部疼

**[收稿日期]** 2016-01-10

**[基金项目]** 广州市中医药科技项目(20132A011046)

**[作者简介]** 吴名波(1981-),男,医学硕士,主治中医师,研究方向:脑卒中后遗症及并发症的诊治及康复相关研究。

痛,活动受限,手部出现水肿、疼痛、皮温升高;后期可以出现手部肌肉萎缩,甚至挛缩、畸形,严重影响偏瘫肢体的康复和患者的生活质量。其症状与中医痹证、痿证相似,但病因病机皆有所不同。目前普遍认为,其主要病机是气滞津停,痰瘀互结,闭阻脉络。本研究以“中药内服加中药外敷”为法,按照病情发展“分期序贯式治疗”的临床方案,更易被患者接受,且疗效良好。

## 1 临床资料

1.1 诊断标准 ①脑卒中的西医诊断标准:脑卒中诊断符合《各类脑血管病诊断要点》<sup>[9]</sup>中脑梗死和脑出血的诊断标准,并经头颅CT或磁共振成像(MRI)确诊。②中风中医诊断标准:按国家中医药管理局脑病急症科研协作组起草制定的《中风病诊断与疗效评定标准》。主症:偏瘫、神智昏蒙,言语艰涩或不语,偏身感觉异常,口舌歪斜。次症:头痛,眩晕,瞳神变化,饮水发呛,目偏不瞬,共济失调。急性起病,发病前多有诱因,常有先兆症状。发病年龄多在40岁以上。具备2个主症以上,或1个主症2个次症,结合起病、诱因、先兆症状、年龄即可确诊;不具备上述条件,结合影像学检查结果亦可确诊。疾病分期标准:急性期:发病2周以内,中脏腑最长至1月。恢复期:发病2周至6月。后遗症期:发病6月以后。

③SHS诊断标准:肩手综合征(SHS)参照有关文献诊断标准<sup>[9]</sup>:期:肩、手部有疼痛性运动障碍,手部肿胀、色泽改变、肤温较健侧高;期:肩、手部有疼痛性运动障碍减轻,手部肿胀、色泽改变、肤温升高部分减轻或完全消失,开始出现肌肉萎缩;期:手和肩部呈营养不良性改变,肌肉明显萎缩,关节活动受限、挛缩。④中医证候诊断标准:热痹(湿热痹阻证)。主症:患肢肩部、手指关节疼痛,局部灼热红肿,痛不可触,手指伸直、屈伸受限。次症:身热,烦躁,口渴,小便黄,大便干秘。舌脉:舌质红,苔薄黄或黄腻,脉滑数。寒痹(寒湿痹阻证)。主症:患肢肩部、手指关节疼痛,喜温恶寒,局部皮色不红,触之不热,手指屈伸不利,手背冷感。次症:口淡不渴,恶风寒,阴雨天加重,肢体沉重。舌脉:舌质淡,苔白,脉弦紧。

1.2 纳入标准 ①符合中风及SHS(I期)诊断标准,使用与本研究治疗作用类似药物者需停用2周后方可纳入。②符合中医证候诊断标准。③发病年龄:40~80岁,病程在2月内。④知情同意者。

1.3 排除标准 符合诊断标准,已接受其他有关治疗,可能影响到本研究的效应指标观测者;②治疗期间出现进展性脑梗死、出血性脑梗死、脑出血、肺部感染者;③既往有影响肢体、语言、情感交流等功能障碍恢复的疾病者;④既往有精神疾病者;⑤既往有肩周炎、关节肌肉病、类风湿关节炎所致的疼痛及肩关节活动受限者。

1.4 一般资料 符合研究标准的90例患者,采用随机数字表法分为2组各45例。治疗组男25例,女20例;平均年龄

(64.07±12.72)岁。对照组男22例,女23例;平均年龄(68.9±10.29)岁。平均病程为1~20年,2组性别、年龄、病程等比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

## 2 治疗方法

2.1 治疗组 在康复理疗的基础上予以中药内服+外敷序贯治疗:①急性期:多表现为患肢局部红肿,疼痛不可触碰,屈伸不利,触之发热等,或身热,口渴,大便干秘,舌质暗红,苔薄黄或黄腻,脉滑数。辨为风湿热痹,治以清热祛风,胜湿止痛,宜在康复治疗基础上予痹证1号方内服+外敷1号方外用。痹证1号方处方:生石膏、知母、木瓜、鸡血藤、络石藤、地龙、桑枝、忍冬藤、防风、薏苡仁、丹参、甘草,水煎服,每天1剂,分2次口服。外敷1号方:红藤、生石膏、桑枝、丹参、制乳香、制没药、鸡血藤、苏木、木瓜、冰片,研粗粉,水调外敷,每天1次。②缓解期:患肢关节疼痛酸胀,屈伸不利,遇风寒则加重,局部皮色不红,触之不热,口淡不渴,舌质暗红,苔白,脉沉缓;临床当辨“风寒湿痹”,治以“祛风散寒、除湿止痛”,宜在康复治疗基础上予痹证2号方内服加外敷2号方外用。痹证2号方处方:羌活、独活、鸡血藤、络石藤、乌梢蛇、丹参、秦艽、附子、薏苡仁、防风、桂枝、甘草,水煎服,每天1剂,分2次口服。外敷2号方处方:制川乌、制草乌、细辛、松节、威灵仙、透骨草、丹参、白芷、独活、冰片,研粗粉,水调外敷,每天1次。

同时,在康复理疗的基础上,对患者予以针刺治疗:依十二经表里关系,将其分为3组,即手太阳肺经与手阳明大肠经、手厥阴心包经与手少阳三焦经、手少阴心经与手太阳小肠经。取穴:每组经脉之五输穴,即井、荥、输、经、合,加刺肩井、肩髃、肩贞3穴。针刺方法:选用华佗牌0.30mm×46mm针灸针,其中井穴给予点刺放血,其他垂直刺入,施以雀啄捻转手法,行针1min,每次留针30min,每天选用2组,每天治疗1次。

2.2 对照组 仅给予康复理疗:宣教和心理疏导加良肢位摆放加关节活动度维持训练加短波、超短波治疗。

上述2组均连续治疗3周后评定临床疗效。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①分为临床痊愈、显效、有效、无效4个等级,分别考察中风后肩手综合征的临床症状、体征是否消失、改善、好转或无明显好转甚至恶化;关节活动和肌肉状况。中医证候疗效判定标准:根据中医证候的症状按“轻、中、重”制作分级量化表,其中轻度计1分,中度计2分,重度计3分。②日常生活活动能力(ADL)评价:采用修订Barthel指数(Modified Barthel Index, MBI)评价法:差:MBI≤40分;中等:MBI为41~60分;良好:MBI>60分。③生存质量评价:采用健康调查量表(the MOS item short from health survey, SF-36)来评价生存质量。根据各条目不同的权重,计算每个维度中各条目积分之和,得到8个维度的积分,再

将积分转换为0到100的终得分,各维度终得分和综合评分越高,表明生存质量越好。

3.2 统计学方法 所有统计检验均采用双侧检验, P值小于或等于0.05将被认为所检验差异有统计学意义。不同组各次就诊的计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,方差齐者治疗前后比较采用配对t检验,2组间各指标比较用独立样本t检验;方差不齐或非正态分布资料、等级资料则采用秩和检验。计数资料采用构成比及率表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》判定临床疗效。临床痊愈:中医临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$ 。显效:中医临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$ 。有效:中医临床症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$ 。无效:中医临床症状、体征均无明显改善,证候积分减少不足30%。计算公式:疗效指数( $n$ )=[(治疗前积分 - 治疗后积分)/治疗前积分]×100%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率对照组60.00%,治疗组93.33%。2组经过等级资料秩和检验,结果显示 $Z = -3.641, P = 0.000$ ,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。提示治疗组临床疗效优于对照组。

| 组别  | n  | 临床痊愈      | 显效        | 有效        | 无效        |
|-----|----|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 对照组 | 45 | 5(11.11)  | 10(22.22) | 12(26.67) | 18(40.00) |
| 治疗组 | 45 | 11(24.44) | 19(42.22) | 12(26.67) | 3(6.67)   |

4.3 2组ADL评分比较 见表2。2组治疗后ADL评分均升高,前后比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),治疗组ADL评分高于对照组。

| 组别  | n  | 治疗前          | 治疗后                         |
|-----|----|--------------|-----------------------------|
| 对照组 | 45 | 33.264±6.347 | 41.074±8.547 <sup>①</sup>   |
| 治疗组 | 45 | 35.647±8.610 | 63.571±11.255 <sup>②③</sup> |

与治疗前比较,① $P < 0.05$ ,② $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较,③ $P < 0.01$

4.4 2组生存质量情况比较 见表3。治疗前,2组SF-36积分各项评分比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,对照组SF-36积分中总体健康(GH)得分、活力(VT)得分以及SF-36总分分别与对照组比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05, P < 0.01$ )。

5 讨论

卒中后肩手综合征,西医又称反射性交感神经营养不良综合征(reflex sympathetic dystrophy, RSD),于1994年被国际疼痛研究学会归纳为复杂的局部疼痛综合征。现代医学认为,

表3 2组生存质量情况比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

| 项目       | 治疗前         |             | 治疗后                      |             |
|----------|-------------|-------------|--------------------------|-------------|
|          | 治疗组         | 对照组         | 治疗组                      | 对照组         |
| 生理功能(PF) | 66.33±18.47 | 65.10±20.34 | 68.75±20.32              | 69.44±25.07 |
| 生理职能(RP) | 32.23±30.13 | 32.47±40.20 | 47.08±35.52              | 35.71±41.34 |
| 身体疼痛(BP) | 67.55±11.22 | 68.44±12.00 | 68.77±18.22              | 68.44±13.66 |
| 总体健康(GH) | 50.37±10.48 | 51.22±12.33 | 63.74±10.37 <sup>②</sup> | 52.88±12.99 |
| 活力(VT)   | 41.37±24.27 | 42.66±20.66 | 55.47±26.47 <sup>②</sup> | 41.27±29.54 |
| 社会功能(SF) | 50.37±11.20 | 57.37±10.57 | 52.32±10.89              | 57.51±10.00 |
| 情感职能(RE) | 72.11±11.47 | 72.88±11.27 | 74.22±13.37              | 73.30±11.37 |
| 精神健康(MH) | 78.34±11.07 | 72.34±10.37 | 79.31±11.88              | 78.41±14.88 |
| 总分       | 88.24±18.17 | 86.13±10.39 | 93.07±8.77 <sup>①</sup>  | 87.65±11.27 |

与对照组治疗后比较,① $P < 0.05$ ,② $P < 0.01$

肩关节半脱位、患肢活动范围、肌力减退、感觉障碍、年龄、性别、肌张力等均可能与卒中后SHS的发生相关,其中肩关节半脱位是相当肯定的危险因素<sup>[4]</sup>。Roberts WJ<sup>[5]</sup>认为,交感神经系统参与卒中后SHS的病理生理过程。国外有研究者<sup>[6-7]</sup>检测到卒中后SHS患者血液中IL-6、TNF- $\alpha$ 、ET-1均升高,认为炎症过程参与本病的病理过程。据Birklein F等<sup>[8-9]</sup>检测,卒中后SHS急性期患者降钙素基因相关肽(CGPR)增多,并且随出汗、水肿症状的缓解而减少,也认为炎症可能参与了本病。另外,有学者认为,遗传因素也可能参与了本病的发病过程<sup>[10]</sup>。西医对于本病的治疗,目前尚无统一的标准方案。主要治疗方法包括药物治疗、神经阻滞疗法、手术治疗、刺激疗法、鞘内给药、物理治疗、康复疗法、心理疗法等。目前,治疗卒中后SHS的常用药物包括皮质类固醇<sup>[11]</sup>、钙离子拮抗剂<sup>[12]</sup>、N-甲基-D-天门冬氨酸(NMDA)受体拮抗剂等。另外,阿片类药物、三环类抗抑郁药物也被证实对缓解疼痛有效,对肢体康复锻炼有益。有研究认为,卒中后急性期进行物理康复训练对预防SHS效果显著<sup>[13]</sup>。交感神经封闭及切除被认为是目前治疗脑卒中后SHS最有效的方法<sup>[14]</sup>。硬膜外脊髓刺激疗法、经皮神经电刺激、周围神经刺激、深部脑刺激等刺激疗法也有一定疗效,但对操作技术要求较高。对于顽固性疼痛,还可通过硬膜外给予可乐定、氯胺酮镇静,或鞘内注射巴氯芬减轻肌张力,但鞘内给药缺乏大样本的临床研究,尚待进一步评估。同时,积极的物理治疗以及康复运动训练对SHS亦有显著的治疗作用。

SHS属中医学痿证、痹证范畴。中医学认为,中风后SHS以卒中后瘫痪肢体局部肌肉、关节疼痛、肿胀、屈伸不利、偏废、萎缩为特征,其症状与中医学痹证、痿证相似,但病因病机皆有所不同。中风病病机以肝肾阴虚、气血不足为本,风、痰(痰热、痰湿)、热、瘀为标;中风后恢复期患者因正气未复而邪气独留,气血不能流通,津液不能周行而变生痰浊、瘀血之有形之邪阻于脉络,经络阻滞失养致肢体偏废,气血凝滞,血脉受阻,枢机不利,不通则痛,血不利则为水,水

性趋下, 泛滥肌肤而致浮肿。中医治疗本病方法多样, 常在康复训练的基础上, 根据不同的辨证分型给予不同的中药进行内服, 根据患者不同的症状表现结合予以中药熏洗、针刺疗法、推拿按摩、贴敷疗法、拔罐、气功等多种疗法相结合的综合治疗方式。总的来说, 中医学多种治疗方法对改善中风后 SHS 患者肢体不适、提高患者的生活质量具有重要的作用。临床实践证明, 中医学的多种治疗方法更易被患者接受, 且疗效显著。

然而, 对卒中后 SHS 的认识尚有一些问题待解决, 如缺乏大规模随机临床试验研究, 而对基础研究及治疗机制研究尚少, 加上本病诊断标准不统一, 导致许多研究结果缺少可比性。中医学在治疗中风后 SHS 方面虽然方法多样, 但多以针、药, 或二者相结合为主; 临床中医师亦多根据自己的经验进行施治, 疗效亦参差不齐, 临床缺乏统一治疗规范。因此, 寻找一种能真正有效减轻患者痛苦且毒副作用小的治疗方法, 是该研究领域亟待解决的重要问题之一。中医药由于其外治内调、整体与局部相结合治疗、副作用小、疗效确切等优势, 受到了更多 SHS 患者的欢迎。因此, 对中医药治疗本病进行更深入的研究和探讨, 以便更好地满足患者的需求, 具有重要的现实意义。

本项目在临床实践及前期研究基础之上, 进一步探索中风后 SHS 的中医治疗方案。实验结果证明: 为临床探索一套疗效确切、适合临床推广的中风后 SHS 中医治疗方案奠定科学的研究基础; 这将有利于充分发挥中医治疗该病的特色和优势, 进一步提高该病的整体疗效, 提高中风患者的生活质量。

#### [参考文献]

- [1] Hansson GK. Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease[J]. *N Engl J Med*, 2005, 352: 1685- 1695.
- [2] Geurts A.C.H, Visschers B.A.J.T., Limbeek J.van, et al. Systematic review of aetiology and treatment of post-stroke handoedema and shoulder-hand syndrome[J]. *Scand J. of Rehab. Med*, 2000, 32(1): 4- 10.
- [3] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. *中华神经科杂志*, 1996, 29(6): 379- 380.
- [4] Kocabas H, Levendoglu F, Ozerbil OM, et al. Complex Regional pain syndrome in stroke patients[J]. *Int J Rehabil Res*, 2007, 30(1): 33- 38.
- [5] Roberts WJ. A Hypothesis on the Physiological basis for causalgia and related pains[J]. *Pain*, 1986, 21: 291- 311.
- [6] Munnikes RJ, Muis C, Boersma M, et al. Intermediate stage complex regional pain syndrome type I is unrelated to proinflammatory cytokines [J]. *Mediators Inflamm*, 2005, (6): 366- 372.
- [7] Huygen FJ, Debruijn AG, Debruijn MT, et al. Evidence for local inflammation in complex regional pain syndrome type I[J]. *Mediators Inflamm*, 2002, 11(1): 47- 51.
- [8] Bircklein F, Schmelz M, Schifter S, et al. The important role of neuropeptides in complex regional pain syndrome[J]. *Neurology*, 2001, 57(12): 2179- 2184.
- [9] Weber M, Bircklein F, Neundorfer B, et al. Facilitated Neurogenic inflammation in complex regional pain syndrome[J]. *Pain*, 2001; 91(3): 251- 257.
- [10] Vandebek WJ, Roep BO, Vanderslik AR, et al. Susceptibility loci for complex regional pain syndrome[J]. *Pain*, 2003, 103: 93- 97.
- [11] Kalita J, Vajpayee A, Misra UK. Comparison of prednisolone with prxicam in complex regional pain syndrome following stroke: A Randomized controlled trial[J]. *QJM*, 2006; 99(2): 89- 95.
- [12] Muizelar. CRPS: management with the calcium channel blocker and /or the alphasymphatic block phenoxylbenzamine in 59 patient [J]. *Clin Neurol Neurosurg*, 1997, 99: 26- 30.
- [13] 周贤丽. 肩手综合征的早期预防[J]. *第三军医大学学报*, 1994, 16(2): 113.
- [14] Sachs BL, Zindrich MR, Beasley RD. RSD after operative procedures on the lumbar spine[J]. *J Bone Joint Surg*, 1993, 75A: 721.

(责任编辑: 刘淑婷)