

温针灸配合康复训练治疗中风后肩手综合征临床观察

农凤冠, 伍丽蓉, 谢聪, 曾巧敏, 曾政文

南宁市社会福利医院, 广西 南宁 530000

[摘要] 目的: 观察温针灸配合康复训练治疗中风后肩手综合征临床疗效。方法: 将 38 例患者随机分为 2 组各 19 例, 对照组应用现代康复训练治疗, 治疗组在对照组治疗方案的基础上加用温针灸治疗。治疗 10 天为 1 疗程, 3 疗程后观察不同治疗方法对中风后肩手综合征患者的临床疗效。结果: 总有效率治疗组 89.47%, 对照组 73.68%, 2 组临床疗效比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组治疗前后 Fugl-Meyer 关节活动与疼痛评分比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$); 对照组治疗前后 Fugl-Meyer 关节活动与疼痛的评分比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组 Fugl-Meyer 关节活动与疼痛评分比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。提示 2 组均可有效缓解肩手综合征所致的疼痛、水肿, 增加肩关节活动, 且治疗组疗效优于对照组。结论: 温针灸配合康复训练治疗中风后肩手综合征有良好的疗效, 可提高患者运动功能及生活自理能力, 临床值得运用。

[关键词] 肩手综合征; 中风后; 温针灸; 康复训练; Fugl-Meyer 关节活动评分

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 11-0095-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.042

肩手综合征(shoulder-hand syndrome, SHS), 又称反射性交感神经营养不良综合征, 主要表现为患侧上肢水肿、肩手疼痛、肩关节脱位及关节活动受限等。是脑中风后常见的并发症之一, 若不及时治疗将导致手部肌肉萎缩, 手指挛缩畸形等表现。笔者对 38 例中风后肩手综合征患者进行温针灸配合康复训练治疗, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 (1) 中风诊断标准: 参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[1] 诊断。所有病例均经头颅 CT 或 MRI 证实诊断为脑梗死或脑出血。(2) 肩手综合征诊断标准^[2]: 原发病为神经系统疾病; 单侧肩手疼痛, 皮肤潮红, 皮温上升, 手指屈曲活动受限; 局部无感染、外伤和周围血管病的证据。

1.2 纳入标准 符合上述脑梗死或脑出血诊断标准; 脑卒中后肩手综合征患者, 生命体征稳定; 年龄 49~81 岁。

1.3 排除标准 不符合纳入标准; 排除能引起疼痛等相似症状从而影响研究结果的疾病, 如肩周炎、肩关节半脱位、风湿免疫系统疾病以及手术、外界环境干扰因素等; 合并有精神疾患及严重器质性疾病, 如肿瘤、血液病、脏器衰竭等。

1.4 一般资料 观察病例为本院 2015 年 6 月—2016 年 2 月中风后肩手综合征住院患者, 共 38 例, 随机分成 2 组。观察组 19 例, 男 12 例, 女 7 例; 年龄 55~81 岁, 平均 63 岁。对照组 19 例, 男 10 例, 女 9 例; 年龄 49~78 岁, 平均 61

岁。2 组患者临床资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 应用现代康复训练治疗。(1) 运动疗法: 主动运动: 治疗中尽量让患者做主动运动。在疼痛和水肿消除之前, 不要做伸肘负重的运动, 任何引起疼痛的活动和体位尽量避免。被动运动: 在患者仰卧位, 上举上肢的情况下, 进行肩关节、手和手指前臂的被动运动。(2) 体位摆放: 良肢位摆放, 防止肩和手的损伤; 保持正确的体位, 即腕关节背屈, 手指伸直外展; 仰卧位, 患者肩胛骨下垫枕, 使其处于前伸位; 健侧卧位: 患侧上肢伸直并支撑, 且掌心向健侧和肩胛骨前伸位; 患侧卧位: 患者上肢伸直, 肩胛骨前伸并掌心向健侧; 坐位时, 把患侧上肢放在前面的小桌上, 并用夹板固定, 防止腕部屈曲。各种体位摆放均应避免腕屈曲。(3) 日常生活训练: 包括衣、食、住、行等。要有目的地对患者进行训练, 才能尽可能恢复日常生活能力及工作能力。每天治疗 2 次, 每次 30~40 min。

2.2 治疗组 在对照组治疗方案的基础上结合温针灸治疗。

温针灸治疗: 针刺取穴: 主穴: 患侧肩井、肩髃、阿是穴、肩髃、臂臑、曲池; 配穴: 肩前、肩贞、天宗、尺泽、手三里、外关、后溪、合谷, 每次 10~12 穴。配穴: 交替选用。具体操作: 患者侧卧位, 暴露皮肤, 局部常规消毒后, 肩髃、

[收稿日期] 2016-04-05

[作者简介] 农凤冠 (1984-), 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 针灸治疗中风及中风后遗症疾病临床与实验研究。

肩髃、臂臑、曲池、阿是穴,采用华佗牌 0.30 mm × 50 mm 毫针常规针刺,捻转得气,从针柄插入已切好的 2 cm 长艾条,在皮肤上垫好纸板接艾灰,用香点燃艾条,艾条烧完后除去艾灰,余穴位以华佗牌 0.30 mm × 40 mm 毫针常规针刺,均行平补平泻手法,留针 30 min。

2 组均每周连续治疗 5 天,休息 2 天,治疗 10 天为 1 疗程,治疗 3 疗程。治疗 3 疗程后观察不同治疗方法对中风后肩手综合征的临床疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 2 组临床疗效及 Fugl-Meyer 关节活动与疼痛情况。

3.2 统计学方法 应用 SPSS 13.0 统计学软件进行统计学处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 临床疗效。痊愈:肩部、手的临床疼痛症状消失,活动度恢复正常,水肿消失,肌肉未出现萎缩。显效:疼痛、水肿消失,无明显关节活动受限、肌肉萎缩。有效:水肿基本已消失,疼痛亦有明显缓解,有轻度关节活动受限、手部小肌肉萎缩。无效:症状无改善,或反加重,肌肉严重萎缩。肩部疼痛进行 Fugl-Meyer 关节活动及疼痛评定^[9](只评定患侧上肢,记总分为 24 分)。

4.2 2 组临床疗效比较 治疗组痊愈 8 例,显效 5 例,有效 4 例,无效 2 例,总有效率 89.47%。对照组痊愈 5 例,显效 5 例,有效 4 例,无效 5 例,总有效率 73.68%。2 组临床疗效比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示治疗组疗效优于对照组。

4.3 2 组 Fugl-Meyer 关节活动与疼痛评分情况比较 见表 1。治疗组治疗前后 Fugl-Meyer 关节活动与疼痛的评分比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$);对照组治疗前后 Fugl-Meyer 关节活动与疼痛的评分比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);2 组 Fugl-Meyer 关节活动与疼痛评分比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组 Fugl-Meyer 关节活动与疼痛评分情况比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	关节活动		疼痛	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	19	15.32 ± 5.34	19.12 ± 6.21	10.75 ± 6.84	16.32 ± 5.21
对照组	19	14.92 ± 4.21	16.93 ± 5.31	10.52 ± 6.12	13.83 ± 4.82

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

5 讨论

中风后肩手综合征的早期症状主要是以偏瘫侧肩胛周围进行性疼痛和运动受限为首发症状,伴手背及手指肿胀,手背皮纹消失,有光亮感,压之微凹,继之皮肤逐渐变薄,手掌皮肤色泽变红(偶为苍白等)、肤温升高为主。如不及时治疗,后期则会出现手部肌肉萎缩,甚至挛缩畸形,严重影响偏瘫肢体的康复。中医学认为肩手综合征乃中风后久卧少动,肢体不为所用,气滞血瘀,经脉肌肉失去荣养或由于气血不足,风寒痰湿乘虚而入,气血痹阻,筋脉失去濡养所致。正如隋代巢元方在《诸病源候论·风偏枯候》中提到“偏枯者,因气血偏虚,则腠理开,受于风湿,风湿客于半身,在腠理之间,使气血凝涩,不能润养,久不瘥,真气去,邪气独留,则成偏枯”。“气不行则为水”,故有手部的肿胀。“荣则不痛,通则不痛”,治疗当以益气活血,通经活络为主,刺激局部穴位可以激发患肢的经气,调畅经络气血的运行,以缓解疼痛、改善组织水肿与促进肢体功能的恢复。

温针灸,是针刺和艾灸的结合,有针刺和艾灸的双重功效,一举两得,促进经络气血的运行。艾灸具有温经散寒、消瘀散结、消肿止痛、疏通经络的作用。针刺治疗具有增加病灶局部供血,改善血液供应,减轻组织损害,改善微循环的作用。康复训练,通过肌肉、关节的主动或者被动运动向大脑中枢神经传输大量本体感觉冲动,有利于改善患肢功能,再加上日常生活能力训练,有效提高患者运动功能,提高生活能力,改善生活质量。

本临床观察既重视中医传统的治疗方法,又采用了现代康复医学的有效康复技术,通过临床验证肯定了其疗效。因此,将温针灸与现代康复二者相结合治疗中风后肩手综合征是一种值得推广的治疗方法。中西医结合,取中西医之所长,是医学发展必经之路。

[参考文献]

- [1] 中华医学会全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [2] 缪鸿石, 朱墉连. 脑卒中的康复评定和治疗[M]. 北京: 华夏出版社, 1990: 50.
- [3] 王玉龙, 郭铁成. 康复功能评定学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 462-463.

(责任编辑: 刘淑婷)