

中西医结合治疗缺血性中风后肩手综合征风痰瘀阻证临床观察

凌军^{1,2}, 陈礼平²

1. 浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053; 2. 丽水市中医院, 浙江 丽水 323000

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗缺血性中风后肩手综合征风痰瘀阻证患者的疗效。方法: 将90例缺血性中风后肩手综合征风痰瘀阻证患者随机分为治疗组和对照组各45例。对照组给予现代医学内科常规治疗及康复干预措施, 治疗组在对照组治疗基础上予针刺结合化痰通络汤治疗。2组疗程均为4周。比较2组患者治疗前后的肩手综合征评估量表评分、风痰瘀阻证症状(头晕目眩、痰多、言语蹇涩、感觉减退)评分、血清降钙素基因相关肽(CGRP)水平及疗程结束后的临床疗效。结果: 治疗后, 总有效率治疗组91.11%, 对照组71.11%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组肩手综合征评估量表的感觉、运动及自主神经评分与头晕目眩、痰多、言语蹇涩、感觉减退评分均较治疗前下降($P < 0.01$), 治疗组各项评分均低于对照组($P < 0.01$)。2组血清CGRP水平均较治疗前增加($P < 0.01$), 治疗2周和4周, 治疗组血清CGRP水平均高于对照组($P < 0.01$)。结论: 在常规西医治疗及康复训练基础上运用针刺联合化痰通络汤加减的中西医结合治疗, 可促进中风后肩手综合征风痰瘀阻证患者康复, 调节血清中CGRP水平可能与其疗效有关。

[关键词] 缺血性中风; 肩手综合征; 风痰瘀阻证; 中西医结合疗法; 针刺; 化痰通络汤; 肩手综合征评估量表(SHSS); 降钙素基因相关肽(CGRP)

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 02-0021-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.02.006

Clinical Observation of Integrated Chinese and Western Medicine Therapy for Shoulder-hand Syndrome of Post-ischemic Stroke with Syndrome of Wind-phlegm Stasis

LING Jun, CHEN Liping

Abstract: **Objective:** To observe the curative effect of integrated Chinese and western medicine therapy in treating patients with shoulder-hand syndrome of post-ischemic stroke with syndrome of wind-phlegm stasis. **Methods:** Divided 90 cases of patients with shoulder-hand syndrome of post-ischemic stroke with syndrome of wind-phlegm stasis into the treatment group and the control group randomly, 45 cases in each group. The control group was given routine therapy and recovery intervention measures of modern internal medicine, while the treatment group additionally received acupuncture combined with oral administration of modified Huatan Tongluo tang. Treatment course of both groups lasted for 4 weeks. Compared the shoulder-hand syndrome scale score, score of wind-phlegm stasis syndrome which includes light-headedness, abundant sputum, dysphasia and hypoesthesia, and calcitonin gene-related peptide(CGRP) level in both groups before and after treatment as well as clinical curative effect at the end of the course. **Results:** After treatment, the total effective rate was 91.11% in the treatment group and 71.11% in the control group, the difference being significant ($P < 0.05$). Scores of sensory, motor, and autonomic nerve in shoulder-hand syndrome scale, and light-headedness, abundant sputum, dysphasia, and hypoesthesia in both groups were declined when compared with those before treatment ($P < 0.01$), while scores of the above indexes in the treatment group were lower than those in the control group ($P < 0.01$). CGRP levels in serum in both groups were increased when compared with those before treatment ($P < 0.01$). In the second and fourth week of treatment, CGRP levels in serum of the treatment group were higher than those of the control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** Based on routine western medicine therapy and rehabilitation training, combination of acupuncture and integrated Chinese and western medicine therapy with modified Huatan Tongluo tang can promote rehabilitation of patients with

[收稿日期] 2017-10-15

[作者简介] 凌军 (1984-), 男, 在职硕士研究生, 主治医师, 研究方向: 神经内科疾病。

[通信作者] 陈礼平, E-mail: 150197945@qq.com。

shoulder-hand syndrome of wind-phlegm stasis type, and its function of regulating CGRP level in serum may contribute to the curative effect.

Keywords: Post-ischemic stroke; Shoulder-hand syndrome; Syndrome of wind-phlegm stasis; Integrated Chinese and western medicine therapy; Acupuncture; Huatan Tongluo tang; Shoulder-hand syndrome scale (SHSS); Calcitonin gene-related peptide(CGRP)

中风后肩手综合征指中风后合并肩、手疼痛及肢体功能障碍,常发生于中风后1~3月内,以患侧上肢疼痛、皮肤变色、皮温升高、血管功能障碍、组织水肿以及上肢活动受限等为主要表现^[1]。若不及时进行有效治疗,不仅会影响患者的全面康复,也会导致肩、手及手指的永久畸形,对患者的生活质量造成严重影响^[2]。目前临床治疗中风后肩手综合征的疗法较多,如药物治疗、各种物理康复训练、手术及针灸推拿等,其中康复干预措施是该病的基础疗法,但临床仍缺乏特效的药物或物理治疗等干预措施^[3]。新近文献报道了针刺结合康复基础训练的中西医结合综合疗法对肩手综合征起到良好疗效,为临床治疗该病提供了新的康复途径^[4]。笔者近年在西医治疗及康复干预措施基础上,采取针刺联合中药化痰通络汤加减的中西医结合疗法治疗中风后肩手综合征风痰瘀阻证患者,收效明显,现将资料总结报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集2015年5月—2017年5月丽水市中医院收治的90例缺血性中风后肩手综合征患者,按随机数字表法将患者随机分为治疗组和对照组各45例。治疗组男28例,女17例;年龄51~67岁,平均(60.41±7.58)岁;中风病程2~10周,平均(5.26±0.59)周;美国国立卫生院神经功能缺损评分(NIHSS)^[5]平均(14.72±1.88)分;左侧偏瘫29例,右侧偏瘫16例;临床分期^[6]:I期34例,II期11例。对照组男27例,女18例;年龄50~68岁,平均(60.99±7.63)岁;中风病程2.5~10周,平均(5.49±0.61)周;评分NIHSS平均(14.85±1.96)分;左侧偏瘫28例,右侧偏瘫17例;临床分期:I期33例,II期12例。2组一般资料经统计学处理,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 根据《各类脑血管疾病诊断要点》^[7]缺血性中风诊断标准,并结合CT等影像学检查确诊。根据《中国脑卒中康复治疗指南(2011年完全版)》^[8]拟定肩手综合征诊断标准:①单侧肩手痛,皮

温增加,皮肤潮红及出汗;②感觉异常;③手指屈曲受限,手部肿胀;④无外伤、感染及周围血管病证据。

1.3 辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[9]拟定中风病风痰瘀阻证辨证标准。主症:半身不遂,口舌歪斜,言语蹇涩或不语,感觉减退或消失;次症:头晕目眩,痰多而黏;舌质暗淡、苔薄白或白腻,脉弦滑。

1.4 纳入标准 符合缺血性中风后肩手综合征诊断标准,且中医辨证为风痰瘀阻证;生命体征平稳,能配合康复治疗;年龄40~60岁;肩手综合征属I期或II期;近1月未服用过中医药进行干预;患者或患者家属知情,并签署知情协议。

1.5 排除标准 伴颈椎病、肩周炎及有颈肩部手术等病史;脑外伤、脑肿瘤等所致的肩手综合征;伴心、肝、肾等脏器严重障碍;精神疾病患者;伴各种关节病、肌病等;对针刺过敏者。

2 治疗方法

2.1 对照组 ①予现代医学内科常规治疗,如控制血压,维持水、电解质平衡及颅内压,改善脑血液循环及神经保护治疗等;②予康复干预措施^[9],包括手指肌力器、手动功率车、木擦板、认知玩具、磨砂板等,进行关节活动度、肌力增强、耐力、精细动作及日常生活活动能力等训练。以上康复训练由专门医师指导,每次30~40min,每天1次,每周5次。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上予中医特色治疗。
①针刺:取穴太渊、悬钟、人迎、足三里、曲池、肩髃、神庭、极泉、通里;具体手法:患者取仰卧位,患侧上肢伸直,皮肤常规消毒,医者单手持针直刺,行小幅度平补平泻捻转手法,得气后留针30min;②予化痰通络汤加减,处方:白术、黄芪各15g,当归、法半夏、桑枝、伸筋草、丹参、川芎各12g,土鳖虫、胆南星、天麻、甘草各10g,大黄、香附各9g。随症加减:头晕、头痛者加夏枯草12g,菊花9g;心悸、胸闷者加赤芍、红花各9g;伴呕逆者加

陈皮 6g, 桔梗 9g。每天 1 剂, 常规水煮 2 次, 混匀药液后分早晚温服。

2 组均连续治疗 4 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①肩手综合征评估量表(SHSS)评分^[9]: 评价感觉(疼痛、痛觉过敏)、运动(肩部外展和外旋)与自主神经(远端水肿)。疼痛、痛觉过敏评分为: 无(0分), 轻微(1分), 中度(2分), 明显(3分), 严重(4分), 自发性(5分); 肩部外旋评分为: $>30^\circ$ (0分), $(21\sim30)^\circ$ (1分), $(10\sim20)^\circ$ (2分), $<10^\circ$ (3分); 肩部外展评分为: $>120^\circ$ (0分), $(91\sim120)^\circ$ (1分), $(45\sim90)^\circ$ (2分), $<45^\circ$ (3分)。远端水肿评分为: 无(0分), 轻微(1分), 明显(2分), 严重(3分)。②风痰瘀阻证症状评分: 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[8]相关标准, 对头晕目眩、痰多、言语謇涩、感觉减退按无、轻、中、重 4 级分别记为 0、2、4、6 分。③血清降钙素基因相关肽(CGRP)水平: 空腹下常规抽取患者的外周血, 离心提取血清, 于治疗前及治疗后 2 周、4 周采用酶联免疫吸附法检测。

3.2 统计学方法 应用 SPSS18.0 统计软件分析数据。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验; 计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 根据《偏瘫的现代评价与治疗》^[10]拟定。基本治愈: 关节肿胀消失、疼痛完全缓解, 手部肌肉未见萎缩, 关节活动不受限, SHSS 评分减少 90% 以上。显效: 关节肿胀、疼痛均显著好转, 手部肌肉轻度萎缩, 关节活动轻度受限, SHSS 评分减少 60% ~ 89%。有效: 关节肿胀仍存在, 疼痛轻度改善, 手部肌肉仍萎缩和关节活动受限仍明显, SHSS 评分减少 30% ~ 59%。无效: 未达到上述有效标准。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组 91.11%, 对照组 71.11%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	基本治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	45	4	16	12	13	71.11
治疗组	45	7	19	15	4	91.11 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后肩手综合征量表评分比较 见表 2。治疗后, 2 组肩手综合征量表的感觉、运动及自主神经评分均较治疗前下降($P < 0.01$)。治疗组各项评分均低于对照组($P < 0.01$)。

表 2 2 组治疗前后肩手综合征量表评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	时间	感觉	运动	自主神经
对照组	45	治疗前	4.05 ± 0.44	4.48 ± 0.52	1.96 ± 0.25
	45	治疗后	1.85 ± 0.22 ^①	1.97 ± 0.23 ^①	0.95 ± 0.12 ^①
治疗组	45	治疗前	4.09 ± 0.43	4.43 ± 0.51	1.92 ± 0.22
	45	治疗后	1.22 ± 0.15 ^{①②}	1.41 ± 0.17 ^{①②}	0.56 ± 0.06 ^{①②}

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

4.4 2 组治疗前后风痰瘀阻证症状评分比较 见表 3。治疗后, 2 组头晕目眩、痰多、言语謇涩、感觉减退评分均较治疗前下降($P < 0.01$)。治疗组各项症状评分均低于对照组($P < 0.01$)。

表 3 2 组治疗前后风痰瘀阻证症状评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	时间	头晕目眩	痰多	言语謇涩	感觉减退
对照组	45	治疗前	4.08 ± 0.45	4.23 ± 0.55	4.30 ± 0.51	4.41 ± 0.56
	45	治疗后	2.21 ± 0.27 ^①	2.35 ± 0.28 ^①	2.41 ± 0.29 ^①	2.53 ± 0.31 ^①
治疗组	45	治疗前	4.11 ± 0.49	4.31 ± 0.59	4.35 ± 0.53	4.46 ± 0.58
	45	治疗后	1.51 ± 0.18 ^{①②}	1.57 ± 0.19 ^{①②}	1.67 ± 0.21 ^{①②}	1.71 ± 0.20 ^{①②}

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

4.5 2 组治疗前后血清 CGRP 水平比较 见表 4。治疗后, 2 组血清 CGRP 水平均较治疗前增加($P < 0.01$)。治疗 2 周和 4 周, 治疗组血清 CGRP 水平均高于对照组($P < 0.01$)。

表 4 2 组治疗前后血清 CGRP 水平比较($\bar{x} \pm s$) pg/mL

组别	n	治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周
对照组	45	21.05 ± 2.67	24.12 ± 2.89 ^①	29.45 ± 3.86 ^①
治疗组	45	21.01 ± 2.75	27.03 ± 3.12 ^{①②}	34.06 ± 4.15 ^{①②}

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组同期比较, ② $P < 0.01$

5 讨论

中风后肩手综合征在中医古籍中有大量描述, 一般认为肩手综合征是中风与痹证的合并病, 本虚标实是其主要病机特点, 机体气血亏虚、阴虚风动、痰瘀阻滞, 痹阻脉络, 引起气血运行障碍, 不通则痛, 产生关节和肌肉疼痛^[9]。痰湿为阴邪, 其性重浊黏滞,

易流注关节导致关节肿胀。因此确立化痰湿、补气血、除瘀血、通经络的治疗大法。

本组化痰通络汤方中法半夏、白术健脾燥湿化痰；黄芪、当归益气补血，活血；丹参、川芎、土鳖虫活血化瘀、通络止痛；天麻平肝熄风；胆南星清热化痰；大黄清热泻火、逐瘀通经；香附理气调中；桑枝祛风湿、利关节、行水气；伸筋草散寒除湿、舒筋活络；甘草健脾和中，调和诸药；全方共奏祛风化痰、疏通经络之效。太渊为脉会，具有通调血脉、健脾益气之功；足三里为足阳明胃经的合穴，阳明经为多气多血之经，有补益气血、柔筋缓急之功；悬钟为髓会，具有补肾生精、滋水涵木的作用，可滋肾水、熄肝风、柔筋脉；人迎属足阳明胃经，针刺该穴可调节全身经络气血，改善肢体微循环；针刺曲池、肩髃可疏通手诸阳经之经络、活络止痛；针刺神庭、极泉、通里以调动五脏六腑之精气，达到以神制动而促进手、腕、臂的功能康复。

本研究结果显示，治疗后，治疗组肩手综合征量表的感觉、运动及自主神经评分均低于对照组($P < 0.01$)，风痰瘀阻证症状(头晕目眩、痰多、言语謇涩、感觉减退)评分均低于对照组($P < 0.01$)，疗效优于对照组($P < 0.05$)。提示在常规治疗与康复干预基础上加用针刺联合化痰通络汤治疗，可促进中风后肩手综合征风痰瘀阻证患者的康复。

肩手综合征为局部疼痛综合征的一种类型，CGRP是与疼痛相关的生物活性肽，与神经病理性疼痛关系密切。CGRP能选择性舒张血管，改善肢体淋巴回流，修复血管内皮细胞功能，缓解患肢痉挛，支配交感皮肤反应以及调节破骨细胞和成骨细胞活性^[11]。文献[12]报道，肩手综合征所致的肌肉痉挛、肢体肿胀、骨骼肌松弛或骨关节脱位均与CGRP密切相关。本研究数据显示，治疗2周和4周，治疗组血清CGRP水平均高于对照组($P < 0.01$)。提示可能通过调节CGRP因子而起到抗炎、镇痛的效果。综上所述，

中西医结合治疗临床疗效更佳。

[参考文献]

- [1] 王瑞红, 何亚楠, 黄涛. 针刺联合艾灸治疗缺血性中风后肩手综合征临床研究[J]. 中医学报, 2017, 32(7): 1329-1332.
- [2] 周昭辉, 庄礼兴, 陈振虎, 等. 浮针疗法结合康复训练治疗中风后肩手综合征: 随机对照研究[J]. 中国针灸, 2014, 34(7): 636-640.
- [3] 唐强, 衣标美, 陈慧杰, 等. 针刺结合康复训练在脑卒中后肩手综合征中的应用[J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(6): 89-91.
- [4] 张晓莉, 唐朝正, 贾杰. 中西医治疗脑卒中后肩手综合征现状分析[J]. 中国康复医学杂志, 2015, 30(3): 294-298.
- [5] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.
- [6] 中华医学会神经病学分会神经康复学组. 中国脑卒中康复治疗指南(2011完全版)[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 4(4): 55-76.
- [7] 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.
- [8] 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: 99-104.
- [9] 万文蓉, 王天磊, 程绍鲁, 等. 针刺结合康复治疗中风后肩手综合征: 随机对照研究[J]. 中国针灸, 2013, 33(11): 970-974.
- [10] 王茂斌. 偏瘫的现代评价与治疗[M]. 北京: 华夏出版社, 1990: 226-231.
- [11] 王爱丽, 肖悠美, 朱太卿, 等. 加味薏苡汤综合疗法治疗中风后风痰瘀阻证肩手综合征[J]. 中国实验方剂学杂志, 2017, 23(13): 191-196.
- [12] 彭玉, 宁为民. 降钙素基因相关肽与肩手综合征关系的研究进展[J]. 实用心脑血管病杂志, 2016, 24(7): 4-5.

(责任编辑: 吴凌)