

电针配合穴位注射治疗脑出血后肩-手综合征临床观察

王东雁, 吴河山, 王建宇, 陈振刚, 王丽娜, 尚晓莉, 李辉, 陈军龙, 王明

酒泉市人民医院, 甘肃 酒泉 735000

[摘要] **目的:** 观察电针配合穴位注射治疗脑出血后肩-手综合征 (SHS) 的临床疗效, 及对患者上肢功能恢复、日常生活能力的影响。**方法:** 选取 96 例脑出血后 SHS 患者, 按随机数字表法分为对照组 40 例和治疗组 56 例。2 组均给予常规西药治疗及康复训练, 对照组在此基础上加用中频理疗, 治疗组则加用电针及穴位注射。对比分析 2 组综合疗效, 观察患者上肢功能的恢复情况及日常生活能力的改善情况。**结果:** 治疗组总有效率 91.1%, 对照组总有效率 70.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组 Fugl-Meyer 运动功能评分法 (FMA) 及 Barthel 指数 (BI) 评分均较治疗前上升, 视觉模拟评分法 (VAS) 评分均较治疗前下降, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组 FMA 及 BI 评分均高于对照组, VAS 评分低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组肩关节前屈、后伸、外展、内收、外旋度均较治疗前增大, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组肩关节前屈、后伸、外展、内收、外旋度均大于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 电针配合穴位注射治疗脑出血后 SHS 疗效确切, 可有效改善患者的上肢功能和提高生活能力。

[关键词] 脑出血; 肩-手综合征 (SHS); 电针; 穴位注射; 上肢功能; 日常生活能力

[中图分类号] R743.34 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 07-0182-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.07.055

Clinical Observation on Electroacupuncture Combined with Point Injection for Shoulder-hand Syndrome after Cerebral Hemorrhage

WANG Dongyan, WU Heshan, WANG Jianyu, CHEN Zhengang, WANG Lina,
SHANG Xiaoli, LI Hui, CHEN Junlong, WANG Ming

Abstract: **Objective:** To observe the curative effect of the therapy of electroacupuncture combined with point injection for shoulder-hand syndrome (SHS) after cerebral hemorrhage and its effect on recovery of upper limb function and daily living ability. **Methods:** Selected 96 cases of patients with SHS after cerebral hemorrhage and divided them into the control group and the treatment group according to the random number table method, 40 cases and 56 cases in the two groups respectively. The two groups were given routine western medicine treatment and rehabilitation training. The control group was additionally treated with intermediate frequency therapy, and the treatment group was additionally treated with electroacupuncture combined with point injection. Compared and analyzed the comprehensive therapeutic effect in the two groups, and observed the recovery of upper limb function and improvement of daily living ability of patients. **Results:** The total effective rate was 91.1% in the treatment group and 70.0% in the control group, the difference being significant ($P < 0.05$). After treatment, scores of the Fugl-Meyer assessment (FMA) scale and scores of Barthel index (BI) in the two groups were all increased when compared with those before treatment while scores of visual analogue scale (VAS) were decreased, differences being significant ($P < 0.05$). The scores of FMA and BI in the treatment group was higher than those in the control group, and the VAS score was lower than that in the control group, differences being significant ($P < 0.05$). After treatment, degrees of anteflexion, posterior extension, abduction, adduction and external rotation by shoulder joint in the two groups were all increased when compared with those before treatment, differences being significant ($P < 0.05$). Degrees of the above indexes in the treatment group were larger than those in the control group, the difference being significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** The therapy of electroacupuncture combined with point injection has clear effect in treating SHS after cerebral hemorrhage, which can effectively improve the upper limb function of patients and improve their living ability.

[收稿日期] 2017-07-23

[基金项目] 甘肃省中医药管理局课题 (GZK-2015-66)

[作者简介] 王东雁 (1965-), 男, 主任中医师, 研究方向: 脑血管病的中医康复治疗。

[通信作者] 吴河山, E-mail: 1965369697@qq.com。

Keywords: Cerebral hemorrhage; Shoulder-hand syndrome (SHS); Electroacupuncture; Point injection; Upper limb function; Daily living ability

随着现代医学抢救水平的提高,脑出血病死率有所降低,而致残率却居高不下,大部分患者存在着肢体运动障碍。肩-手综合征(SHS)是脑出血后常见的并发症之一,该病多发生于脑出血后1~3月,主要表现为肩部疼痛、活动受限,严重影响患者上肢功能的恢复。对于脑出血后遗留SHS的患者,寻找一个有效的治疗方法是目前亟待解决的重要问题。本研究采用电针配合穴位注射治疗脑出血后SHS,观察对患者上肢功能恢复及日常生活能力的影响,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2016年1月—2017年6月本院神经内科收治的96例脑出血后SHS患者,按随机数字表法分为治疗组和对照组。治疗组56例,男32例,女24例;年龄(59.1±10.4)岁;病程(3.8±1.1)月;脑出血部位:基底节32例,额顶叶11例,颞叶9例,丘脑4例。对照组40例,男25例,女15例;年龄(57.5±9.5)岁;病程(3.2±1.4)月;脑出血部位:基底节23例,额顶叶8例,颞叶6例,丘脑3例。2组性别、年龄、病程、脑出血部位等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[1]中脑出血的相关诊断标准,根据临床症状结合颅脑MRI或CT确诊;SHS诊断参照《脑卒中的康复评定和治疗》^[2]中脑卒中后SHS的诊断标准:脑卒中偏瘫,单侧肩手痛,手指屈曲受限,局部无外伤、感染及周围血管病。

1.3 纳入标准 ①脑出血量经抢救后小于20 mL,神志清楚,生命体征平稳;②属脑出血后SHS I~II期;③具有良好的依从性,患者自愿参与本研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①并发严重脏器疾病;②在脑出血前患肩周炎、肩关节脱位、肱骨骨折、颈椎病致肩痛或外伤感染及周围血管疾病、类风湿性关节炎;③严重认知障碍及其他严重精神障碍者。

2 治疗方法

2组急性期均给予吸氧、稳定血压、脱水降颅压、止血、预防感染、营养神经、改善微循环等常规治疗,有手术指征者给予锥颅内血肿穿刺引流术。3~4周后患者度过急性期,生命体征平稳,神志清楚,尽早接受康复治疗。操作方法:①肢体的主动与被动运动,在不引起疼痛的前提下进行偏瘫肩肘关节前屈、后伸、外展、外旋;腕关节掌屈、背伸、外展、内收、环转活动,根据患者实际进行神经肌肉本体感觉促进疗法^[3]、运动再学习疗法^[4]及作业疗法。每天2次,每次训练时间为30 min。②冷热水交替法:先以冷水浸泡患手10 min,继而改用温热水浸泡10 min,每天3次。

2.1 对照组 在上述常规治疗基础上加用中频疗法。操作方

法:采用北京金华仪器厂生产的K8832-T型调制的中频电疗机,被调制波频率为2 kHz,用4个硅胶电板,板大小约5 cm×8 cm,放于患侧冈上肌和肩峰下及三角肌下缘,前臂伸侧肌群,用沙袋固定和松紧带固定引发肌肉收缩产生关节运动,每天1次,每次20 min,治疗1月。

2.2 治疗组 在常规治疗基础上给予电针配合穴位注射治疗。①电针:主穴:风池、肩四针(肩髃、肩贞、肩井、肩髃)。配穴:臂臑、手三里、曲池、外关、合谷、中渚。操作方法:采用1.5~2寸毫针,得气接G6805电针仪,每天1次,留针20 min。②穴位注射,取肩四针、臂臑。操作方法:在无菌环境下将20 mL丹参川芎嗪注射液(吉林四长制药有限公司)5 mL加利多卡因(吉林通化药业有限公司)混匀,每穴注入5 mL,每周1次。

2组均治疗1月后判定疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①上肢运动功能:采用Fugl-Meyer运动功能评分法(FMA)^[5]评估,得分越高表示运动功能越好;②日常生活能力评定:采用Barthel指数(BI)评分评估,61~100分表示生活能够自理;41~60分表示生活部分自理;<41分表示生活几乎不能自理,需依赖他人完成;③肩关节疼痛评定:采用视觉模拟评分法(VAS)评估患者的肩关节功能,0分为不痛,10分为剧痛不能触;④肩关节活动度:采用测角器测量患者肩关节外展、内收、前屈、后伸、外旋的活动度。

3.2 统计学方法 采用SPSS16.0统计学软件分析数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,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 治愈:肩部和手疼痛消失,主动活动肩关节达到正常范围,水肿消失,手无肌肉萎缩;显效:肩部和手疼痛明显减轻,肩关节活动轻度受限,水肿基本消失,手的肌肉萎缩不明显;有效:肩部和手疼痛稍有好转,关节活动受限明显,仍有水肿,手的肌肉萎缩不明显;无效:症状无改善,疼痛感觉与肩关节活动范围同治疗前。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗组总有效率91.1%,对照组总有效率70.0%,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	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	56	18	22	11	5	91.1 ^①
对照组	40	4	9	15	12	70.0

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后FMA、VAS、BI评分比较 见表2。治疗

前, 2组FMA、VAS、BI评分比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组FMA及BI评分均较治疗前上升, VAS评分均较治疗前下降, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 治疗组FMA及BI评分高于对照组, VAS评分低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

4.4 2组治疗前后肩关节活动度比较 见表3。治疗前, 2组肩关节前屈、后伸、外展、内收、外旋度比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组肩关节前屈、后伸、外展、内收、外旋度均较治疗前增大, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 治疗组肩关节前屈、后伸、外展、内收、外旋度均大于对照

组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后FMA、VAS、BI评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	时间	n	FMA	VAS	BI
治疗组	治疗前	56	34.76±1.42	7.15±1.45	41.76±13.12
	治疗后	56	63.10±5.03 ^②	2.12±1.37 ^②	65.17±3.51 ^②
对照组	治疗前	40	35.32±0.75	6.99±2.25	42.31±9.05
	治疗后	40	40.37±1.69 ^①	4.00±1.25 ^①	51.56±2.12 ^①

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

表3 2组治疗前后肩关节活动度比较($\bar{x} \pm s$) °

组别	时间	n	前屈	后伸	外展	内收	外旋
治疗组	治疗前	56	28.53±4.33	12.73±4.73	38.71±8.21	18.45±4.71	13.84±8.62
	治疗后	56	73.12±6.71 ^②	39.62±5.83 ^②	87.14±9.63 ^②	52.17±3.68 ^②	49.81±7.61 ^②
对照组	治疗前	40	29.71±5.21	12.31±2.08	37.25±6.45	17.98±8.44	14.12±1.62
	治疗后	40	41.03±0.97 ^①	19.65±6.75 ^①	52.25±8.94 ^①	21.83±4.36 ^①	23.21±5.65 ^①

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

5 讨论

SHS多发生于脑卒中后3月内, 主要表现为肩关节疼痛、活动受限、手指腕关节水肿挛缩畸形、患侧上肢灼性神经痛、反射性萎缩, 属脑卒中常见的难治性并发症。脑出血后SHS的发生发展一般认为与中枢神经系统损伤、反射性交感神经营养不良、错误运动模式和不当牵拉机械作用致静脉回流障碍有关^[6]。SHS治疗方案及标准尚未统一, 目前提倡早期介入综合治疗。西医多采用调制中频物理疗法, 可促进淋巴回流, 即时止痛效果良好, 但作用部位浅, 刺激不到肩臂上肢深层神经, 效果不太满意^[7]。采用被动活动患侧上肢刺激肩关节周围的肌肉组织, 松懈肩关节肌腱粘连, 可改善上肢关节活动度, 减少异常痉挛, 通过患侧上肢负重加压改善患肢的肢体感觉, 可调节患侧的上肢肌张力, 促进分离运动早日出现, 防止肩关节半脱位和关节挛缩。治疗中上肢及手的主动或被动辅助运动, 早期规范定量运动、作业疗法、日常生活训练等输入正确的运动模式, 经传入传出冲动反复刺激运动神经的同时不断输入刺激中枢, 通过潜伏通路和突轴启用及轴突出芽等方式, 在病灶周围形成新的神经通路使大脑功能重组^[8]。定量运动疗法还能增强上肢肌力和关节活动范围, 作业疗法可改善患者运动协调性和手精细活动功能的恢复, 日常生活训练能提高患者穿衣, 进食, 进行家务劳动等自理生活能力。有研究表明, 以运动为主的现代康复训练不仅能改善脑卒中后偏瘫患者的运动功能, 也能提高其日常生活能力和生活质量^[9]。冷热浸浴能使血管收缩舒张, 改善交感神经兴奋状态, 扩张血管^[10]。

脑出血后SHS属中医学中风、偏枯、痹症范畴, 大多数脑出血后SHS患者属中风恢复期。随着时间的推移逐渐加重

出现肢体固定疼痛挛缩等症, 这与中医学“久病入络, 气血凝滞, 脉络痹阻, 经络不通则痛”相一致, 加之局部多静少动, 气血运行不畅, “血不利则为水”, 泛滥肌肤则腕背及手指水肿, 治宜补气活血通络。经脉所过, 主治所及, 肩髃、臂臑、肩贞、肩髃、肩井均为治疗肩痛的常用穴, 深刺肩髃、肩贞、臂臑可达臂丛神经深处, 激活麻痹的神经, 抑制致痛物质的释放, 缓解疼痛^[11]。外关通经活络, 曲池、手三里、合谷具有行气通血之功, 曲池、手三里布有桡神经深支, 合谷覆盖桡神经浅支, 深部有正中神经, 中渚布有前臂外侧皮神经, 针刺曲池、合谷、外关、中渚可治疗肘臂、手指疼痛及屈伸不利。通过电针激发患肢经气促进经络气血运行, 改善血管运动中枢功能, 缓解患肢交感神经异常兴奋, 调节患肢血流减轻疼痛。丹参川芎嗪为纯中药针剂, 主要成份为丹参素和盐酸川芎嗪, 穴位注射肩髃、肩井、肩贞等穴可活血通络止痛。现代药理学研究证明, 丹参具有抗缺氧缺血性脑损伤作用^[12], 川芎嗪对心脑血管有解痉作用, 对血小板的聚集具有一定的抵抗作用, 可消炎止痛, 降低血液黏度, 改善血液流变学, 清除血管自由基, 对多种炎症引起的急性毛细血管通透性增高、组织水肿及慢性炎症性损伤具有抑制作用^[13]。穴位注射后患者疼痛减轻, 自觉患肢轻松, 有利于患者参与康复训练。

本研究在采用康复手段治疗基础上, 对脑出血后SHS加用电针和穴位注射, 结果显示: 治疗组患者在上肢运动功能、疼痛程度等方面均较对照组改善更明显, 临床总有效率优于对照组($P < 0.05$)。可见, 电针配合穴位注射治疗脑出血后SHS, 能有效减轻患者疼痛, 消除水肿, 提高患者的上肢功能及日常生活能力。

[参考文献]

- [1] 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.
- [2] 缪鸿石, 朱镛连. 脑卒中的康复评定和治疗[M]. 北京: 华夏出版社, 1996.
- [3] 马彦, 樊继军, 赵卫华. 脑卒中后肩-手综合征三级治疗方案效果分析[J]. 宁夏医科大学学报, 2013, 35(10): 1147-1148.
- [4] 刘立明, 朱才兴, 成忠实, 等. 运动再学习方案对老年脑卒中平衡功能的疗效[J]. 中国康复, 2006, 21(3): 172-173.
- [5] 刘珊珊. 康复医学[M]. 北京: 北京医科大学出版社, 2013.
- [6] 胡永善. 新编康复医学[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2005.
- [7] 陈立典, 田永胜. 偏瘫后肩手综合征的综合康复[J]. 中华理疗杂志, 1997, 20(1): 33-35.
- [8] 朱镛连, 张皓, 何静杰. 神经康复学[M]. 2版. 北京: 人民军医出版社, 2010.
- [9] 陈红霞, 杨志敬, 潘锐焕, 等. 中西医结合康复方案对脑卒中后偏瘫患者运动功能、日常生活能力和生活质量的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2016, 36(4): 395-398.
- [10] 曹荣治, 王瑞华. 脑血管病偏瘫合并肩手综合征对肢体功能康复的影响[J]. 中国康复, 1998, 13(1): 13-15.
- [11] 朱现民, 陈雄, 胡兴旺. 电针结合穴位注射治疗中风后肩手综合征76例[J]. 甘肃中医, 2010, 23(11): 42-43.
- [12] 冯晋兴, 李占魁. 丹参抗缺氧缺血性脑损伤的实验药理学研究进展[J]. 陕西医学杂志, 2003, 32(1): 45-47.
- [13] 陈泽涛. 川芎嗪在脑血管病治疗中的应用[J]. 中国中西医结合杂志, 2003, 23(5): 378-379.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

温阳泄浊化湿中药结合刺络放血治疗急性痛风性关节炎临床研究

宁晓军, 阮永队, 洪潇挺, 王蓉, 马春玲, 谢炎烽, 林佳, 余兰

广东省东莞市塘厦医院, 广东 东莞 523721

[摘要] 目的: 观察温阳泄浊化湿中药结合刺络放血治疗急性痛风性关节炎(AGA)的临床疗效, 并从免疫学方面探讨其作用机理。方法: 将120例患者随机分为2组各60例。观察组采用温阳泄浊化湿中药结合刺络放血治疗; 对照组采用双氯芬酸钠缓释片治疗。观察2组临床疗效、症状积分、疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分及实验室指标血沉(ESR)、C-反应蛋白(CRP)、尿酸(UA)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)等。结果: 愈显率观察组76.7%, 对照组60.0%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后, 2组症状积分、疼痛VAS评分分别比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后, 除ESR、CRP外, 2组UA、IL-1 β 及TNF- α 分别比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$)。结论: 温阳泄浊化湿中药结合刺络放血治疗AGA优于口服双氯芬酸钠缓释胶囊治疗, 在免疫作用机制上有调整患者体液免疫的作用。

[关键词] 急性痛风性关节炎; 温阳泄浊化湿; 针灸疗法; 刺络放血; 血沉(ESR); C-反应蛋白(CRP); 尿酸(UA); 白细胞介素-1 β (IL-1 β); 肿瘤坏死因子- α (TNF- α)

[中图分类号] R589.7 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2018)07-0185-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.07.056

Clinical Study on Chinese Medicine of Warming Yang, Resolving Turbidity and Transforming Dampness Combined with Bloodletting Puncture for Acute Gouty Arthritis

NING Xiaojun, RUAN Yongdui, HONG Xiaoting, WANG Rong,
MA Chunling, XIE Yanfeng, LIN Jia, YU Lan

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of Chinese medicine of warming yang, resolving turbidity and

[收稿日期] 2017-12-24

[基金项目] 东莞市社会发展项目(201650715001682)

[作者简介] 宁晓军(1966-), 男, 副主任医师, 主要从事针灸临床工作。