

肌内效贴联合循经点穴手法治疗脑卒中后肩手综合症临床研究

季丽平, 章国伟, 杜怡怡, 张垣, 李月理

温州市中医院, 浙江 温州 325000

[摘要] 目的: 肌内效贴联合循经点穴手法治疗脑卒中 (CS) 后并发肩手综合征 (SHS) 的临床疗效。方法: 选取 70 例 CS 后并发 SHS 患者, 随机分为联合组与基础组各 35 例。基础组给予常规西药及康复训练治疗, 联合组在基础组治疗基础上加肌内效贴与循经点穴手法治疗。结果: 治疗后, 2 组 McGill 疼痛问卷 (SF-MPQ) 各项评分均较治疗前降低 ($P < 0.05$); 联合组 SF-MPQ 各项评分均比基础组降低更明显 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组肩关节活动度均较治疗前改善 ($P < 0.05$); 联合组肩关节活动度改善情况优于基础组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组 Fygl-Meyer 评分均较治疗前提升 ($P < 0.05$); 联合组 Fygl-Meyer 评分高于基础组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组血管内径及最大血流速度均较治疗前改善 ($P < 0.05$); 联合组血管内径及最大血流速度改善程度均优于基础组 ($P < 0.05$)。总有效率联合组 94.29%, 基础组 71.43%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 肌内效贴联合循经点穴手法治疗 CS 后并发 SHS, 可有效改善患者的肩关节功能, 提升临床疗效。

[关键词] 脑卒中 (CS); 肩手综合征 (SHS); 肌内效贴; 循经点穴手法; 肩关节功能

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2019) 05-0263-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.05.080

Clinical Study on Kinesio Taping Combined with Corresponding Channel Acupoint Pressure Manipulation for Shoulder-hand Syndrome Induced by Cerebral Stroke

Ji Liping, ZHANG Guowei, DU Yiyi, ZHANG Yuan, LI Yueli

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of kinesio taping combined with corresponding channel acupoint pressure manipulation for cerebral stroke(CS) complicated with shoulder-hand syndrome(SHS). **Methods:** Divided 70 cases of patients with post-CS complicated with SHS randomly into the combined group and the basic group, 35 cases in each group. The basic group was given routine western medicine and rehabilitation training, while the combined group was additionally treated with kinesio taping combined with corresponding channel acupoint pressure manipulation. **Results:** After treatment, the scores of short-form McGill pain questionnaire(SF-MPQ) in the two groups were lower than those before treatment ($P < 0.05$); the scores of SF-MPQ in the combined group were significantly lower than those in the basic group($P < 0.05$). After treatment, the mobility of shoulder joints in the two groups were improved when compared with those before treatment ($P < 0.05$); the improvement of shoulder joint mobility in the combined group was better than that in the basic group($P < 0.05$). After treatment, the Fygl-Meyer scores of the two groups were evidently higher than those before treatment ($P < 0.05$); the score of Fygl-Meyer in the combined group was higher than that in the basic group($P < 0.05$). After treatment, the inner diameter of blood vessel and maximum blood flow velocity of the two groups were improved when compared with those before treatment($P < 0.05$); the improvement of the inner diameter of blood vessel and maximum blood flow velocity in the combined group was better than that in the basic group($P < 0.05$). The total effective rate was 94.29% in the combined group and 71.43% in the basic group, compared the two groups, difference being significant($P < 0.05$). **Conclusion:** The application of kinesio taping combined with corresponding channel acupoint pressure manipulation for CS complicated with SHS can effectively improve shoulder joint function of patients and promote the clinical effect.

Keywords: Cerebral stroke(CS); Shoulder-hand syndrome(SHS); Kinesio taping; Corresponding channel acupoint pressure manipulation; Shoulder joint function

[收稿日期] 2018-08-13

[基金项目] 温州市科技计划自筹经费项目(Y20170358)

[作者简介] 季丽平 (1985-), 女, 主管技师, 主要从事神经康复研究工作。

脑卒中(Cerebral stroke, CS)多是由于颅脑内局部区域的血管发生破裂或阻塞,致脑组织受损而发病^[1]。肩手综合征(Shoulder-hand syndrome, SHS)以肿胀、疼痛、活动受限等局限性症状为主要表现,一般发生于CS后2周~3个月内。虽然多数患者均属于一过性反应,会随着脑卒中症状的缓解而恢复,但恢复期间仍会在一定程度上影响患者的感觉、运动、神经等功能的恢复^[2]。中医学认为,SHS归属于痹证范畴,由于SHS主要是中风后继发的病证,一般会存在血瘀和痰湿的表现。因此,笔者认为多数SHS患者病机分型归属于痰瘀痹阻型。基于以上多种原因,笔者开展了肌内效贴联合循经点穴手法治疗CS后并发SHS的临床研究,现将研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2016年1月—2018年2月就诊于本院的70例CS后并发SHS患者,按具体治疗方法分为联合组与基础组各35例。联合组男19例,女16例;年龄32~71岁,平均 (52.37 ± 11.24) 岁;病程7天~12个月,平均 (3.45 ± 2.13) 个月;原发病因:脑出血13例,脑梗死22例;偏瘫部位:左侧21例,右侧14例。基础组男20例,女15例;年龄30~75岁,平均 (53.63 ± 12.15) 岁;病程10天~15个月,平均 (3.82 ± 2.63) 个月;原发病因:脑出血14例,脑梗死21例;偏瘫部位:左侧22例,右侧13例。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 符合《实用内科学》^[3]对CS的诊断标准;符合《神经康复学》^[4]对SHS的诊断标准。

1.3 辨证标准 符合《中医内科学》^[5]中痰瘀痹阻型痹证的辨证标准。主症:手部或肩部肌肉关节刺痛,皮肤肿胀紫暗,屈伸不利,舌质紫暗、有瘀斑或瘀点、苔白腻,脉弦涩。次症:兼见面色黧黑,眼睑浮肿,胸闷痰多;或兼见气短乏力、肢体偏枯、面色萎黄。

1.4 纳入标准 ①符合上述诊断及辨证标准;②入院时通过头部CT或MRI等影像学检查,确诊为单一病灶,且病灶范围10~15 cm;③经SHS分期评定^[6],属于I期的患者;④SHS发病至就诊时间在1个月内;⑤年龄>18周岁,生命体征稳定;⑥近1周内未服用影响实验结果的药物;⑦患者及家属均自愿参与临床试验,签署知情同意书。

1.5 排除标准 ①病情危急或诊断为急性脑血管类疾病(2周内)者;②虽诊断为SHS,但由于局部外伤、感染、周围血管病而继发性发作者;③妊娠或哺乳期妇女;④有精神病史或严重嗜酒、吸毒、滥用精神性药物等精神状态异常者;⑤合并有严重脏器功能衰竭者;⑥合并有严重语言、认知、意识等功能障碍者;⑦过敏体质或多种药物过敏者。

2 治疗方法

2组患者均由本院神经内科同一组高年资医师根据《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014》^[7]和《中国脑出血诊治指南(2014)》^[8]给予相应内科常规治疗,包括止血、抗血小板凝聚、

抗感染、调控血压血糖、抗脑水肿等。

2.1 基础组 在内科治疗基础上给予常规康复治疗。①肢体摆放与运动:在仰卧位时,患侧上肢外展与外旋;在患侧卧位时,患侧上肢前伸,掌心向上,腕关节轻度背伸;在健侧卧位时,胸前放个软垫,将患肢置于其上,同时注意垫起手腕部,保持腕关节背伸。②压迫性向心缠绕:用直径约1~2 mm的棉线从各手指的远心端向近心端快速且有力的进行缠绕,直至腕关节,完成后从腕关节开始解开绳子,直至指尖。③冰水刺激性浸泡:将冰与水按2:1的比例混合,双手手掌与腕关节同时浸入其中,浸泡时间以患者健侧耐受为宜,每天3~5次。

2.2 联合组 除基础组治疗方法外,加用肌内效贴联合循经点穴手法治疗。①肌内效贴贴扎方法:采用爪形贴布,在患者处于坐位时,使患侧上肢处于旋前状态,将其平放于治疗台上,腕关节悬出治疗台边缘,并保持自然屈曲位,再将爪形贴布以患侧前臂无肿胀部位为起点进行贴扎,在肌肉与肌腱移行处分为4条,分别从手背绕过指蹼,其走行呈水波样,并止于手心掌横纹处;若腕部疼痛明显者,可在腕部增加I形贴布固定,限制腕部出现过伸或过屈情况;若肩部疼痛明显者,可在肩部痛点处增加X形贴布固定,限制肩部出现过伸或过屈情况。每次贴扎维持时间为48 h,两次贴扎间隔时间24 h。②循经点穴手法:选取血海、三阴交、肝俞、肾俞、神庭、印堂、悬颅、率谷、脑户、强间。若肩部症状明显者,加肩髃、肩髃、臑腧;若肘部症状明显者,加曲池、尺泽、少海;若腕部症状明显者,加合谷、腕骨、阳池。点穴顺序由头部腧穴开始,由上至下,至腿部为止。穴位均以点揉法按压,每穴点揉时间2 min左右,力量大小以患者有酸胀感为宜。

2组均以9天为1个疗程,共治疗3个疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①患侧肢体疼痛情况采用McGill疼痛问卷(SF-MPQ)^[9]进行评价,SF-MPQ包括疼痛分级指数(PRI):感觉11项与情感4项,每项均为0~3分,共计0~45分;视觉疼痛评分(VAS):以一条直线表示疼痛程度,两端分别为0分与10分,0分表示无痛,10分表示剧痛;现时疼痛程度(PPI):0分表示无痛,5分表示极度疼痛,共计0~5分。各项评分之和越高,表示患者自身感觉疼痛程度越重。②肩关节活动度测量,包括肩关节屈曲、伸展、外展、内收、水平外展、水平内收、内旋、外旋8项内容,分别测量患者可达到的最大角度。③患侧肢体血管超声检查,包括血管内径、血管壁厚度、最大血流速度,可客观反应患侧肢体的肿胀程度。④手部运动功能采用Fygl-Meyer量表评估^[10],包括集团屈曲、拇指内收、球状抓握等7项内容,每项均为0~2分,其中0分表示不能完成此项动作,1分表示能够部分完成此项动作,2分表示能够完成此项动作,共计0~14分。⑤分析2组治疗前后中医证候的改善情况,主要包括手部或肩部肌肉关节刺痛、皮肤肿胀紫暗、关节屈伸不利等10项内容,每项内容分为无症状、轻度、

中度、重度4个等级,积分依次为0、1、2、3分。

3.2 统计学方法 采用SPSS22.0统计学软件处理数据。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^[10] 临床痊愈:肩关节与手指关节处疼痛及肿胀消失,活动范围恢复正常,证候总积分减少 $\geq 95\%$;显效:肩关节与手指关节处疼痛及肿胀明显缓解,活动范围明显增加,70% \leq 证候总积分减少 $< 95\%$;有效:肩关节与手指关节处疼痛及肿胀有所缓解,活动范围部分改善,30% \leq 证候总积分减少 $< 70\%$;无效:肩关节与手指关节处疼痛及肿

胀依然存在,活动范围未见改善,甚至加重,证候总积分减少 $< 30\%$ 。

4.2 2组治疗前后SF-MPQ评分比较 见表1。治疗后,2组SF-MPQ各项评分均较治疗前降低($P < 0.05$);联合组SF-MPQ各项评分均比基础组降低更明显($P < 0.05$)。

4.3 2组治疗前后肩关节活动度比较 见表2。治疗后,2组肩关节活动度均较治疗前改善($P < 0.05$);联合组肩关节活动度改善情况优于基础组($P < 0.05$)。

4.4 2组治疗前后患侧血管超声测量参数比较 见表3。治疗后,2组血管内径及最大血流速度均较治疗前改善($P < 0.05$);联合组血管内径及最大血流速度改善程度均优于基础组($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后SF-MPQ评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

时 间	联合组(例数=35)				基础组(例数=35)			
	PRI	VAS	PPI	总分	PRI	VAS	PPI	总分
治疗前	24.93 \pm 3.12	6.57 \pm 1.18	3.48 \pm 0.61	35.07 \pm 5.62	24.68 \pm 3.05	6.34 \pm 1.09	3.53 \pm 0.63	35.69 \pm 5.82
治疗后	7.85 \pm 0.83 ^{①②}	1.82 \pm 0.35 ^{①②}	0.85 \pm 0.15 ^{①②}	10.42 \pm 1.64 ^{①②}	10.84 \pm 1.73 ^①	2.55 \pm 0.48 ^①	1.52 \pm 0.25 ^①	15.19 \pm 2.26 ^①

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$;与基础组治疗后比较,② $P < 0.05$

表2 2组治疗前后肩关节活动度比较 $(\bar{x} \pm s)$ °

组 别	例数	时 间	屈曲	伸展	外展	内收	水平外展	水平内收	内旋	外旋
联合组	35	治疗前	112.53 \pm 12.24	23.26 \pm 4.15	121.64 \pm 13.15	33.16 \pm 3.52	41.74 \pm 3.85	17.82 \pm 1.53	23.52 \pm 2.48	35.82 \pm 3.26
	35	治疗后	154.52 \pm 14.57 ^{①②}	45.72 \pm 5.83 ^{①②}	160.28 \pm 14.85 ^{①②}	64.28 \pm 4.22 ^{①②}	80.27 \pm 5.31 ^{①②}	39.82 \pm 2.58 ^{①②}	57.82 \pm 3.91 ^{①②}	75.62 \pm 4.87 ^{①②}
基础组	35	治疗前	110.78 \pm 12.03	22.95 \pm 4.04	119.54 \pm 12.96	32.45 \pm 3.29	40.86 \pm 3.82	18.34 \pm 1.66	24.27 \pm 2.67	34.75 \pm 3.19
	35	治疗后	131.21 \pm 13.39 ^①	32.48 \pm 4.78 ^①	141.46 \pm 13.39 ^①	49.58 \pm 3.91 ^①	65.33 \pm 4.73 ^①	30.42 \pm 2.24 ^①	47.28 \pm 3.13 ^①	64.22 \pm 4.42 ^①

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$;与基础组治疗后比较,② $P < 0.05$

表3 2组治疗前后患侧血管超声测量参数比较 $(\bar{x} \pm s)$

时 间	联合组(例数=35)			基础组(例数=35)		
	血管内径(mm)	血管壁厚(mm)	最大血流速度(cm/s)	血管内径(mm)	血管壁厚度(mm)	最大血流速度(cm/s)
治疗前	3.79 \pm 1.21	0.82 \pm 0.23	6.12 \pm 2.34	3.82 \pm 1.19	0.79 \pm 0.26	6.25 \pm 2.57
治疗后	3.17 \pm 0.68 ^{①②}	0.76 \pm 0.21	7.84 \pm 3.57 ^{①②}	3.67 \pm 0.87 ^①	0.77 \pm 0.22	6.78 \pm 3.21 ^①

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$;与基础组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.5 2组治疗前后Fygl-Meyer评分比较 见表4。治疗后,2组Fygl-Meyer评分均较治疗前提升($P < 0.05$);联合组Fygl-Meyer评分高于基础组($P < 0.05$)。

表4 2组治疗前后Fygl-Meyer评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组 别	例数	治疗前	治疗后
联合组	35	2.89 \pm 1.64	7.54 \pm 1.93 ^{①②}
基础组	35	2.57 \pm 1.45	4.47 \pm 2.89 ^①

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$;与基础组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.6 2组中医证候疗效比较 见表5。总有效率联合组94.29%,基础组71.43%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表5 2组中医证候疗效比较 例(%)

组 别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
联合组	35	1(2.86)	24(68.57)	8(22.86)	2(5.71)	94.29 ^①
基础组	35	0	13(37.14)	12(34.29)	10(28.57)	71.43

与基础组比较,① $P < 0.05$

5 讨论

SHS作为CS后常见的神经功能障碍类疾病,其发生率一般在12.5%~74.1%左右,若不及时治疗,可严重影响CS患者的早期康复进程,甚至造成手部及肩部肌肉萎缩或永久性畸形^[11]。CS后所并发SHS的病因相对较复杂,一般认为其发生肿胀的原因主要与毛细血管通透性及淋巴刺激增加、神经源性炎症、静脉回流受阻等因素有关,而发生疼痛的原因主要与外

周神经敏感化、中枢神经整合作用异常、肌肉痉挛等因素有关^[12]。目前在对 SHS 的治疗上,一般是以神经阻滞、冷热水交替刺激、微波照射等为主,其治疗效果得到国内外学者广泛肯定,但仍存在起效慢、周期长、疗效差等问题^[13]。肌内效贴作为一种能够治疗神经-骨骼-肌肉相关系统功能障碍的贴布,其“爪”形贴布有一定的自然回缩力,沿着淋巴引流方向进行贴扎,可达到与按摩淋巴组织相类似的作用,并可通过增加皮肤与肌肉之间的间隙,减轻淋巴管与静脉的压迫,以促进淋巴及血液循环,而“X”形贴布具有提拉皮肤的作用,通过减少刺激性物质的堆积达到止痛的作用^[14]。

中医学认为,SHS 在痹证、中风、水肿等病证部分中有一定的体现,由于其临床表现以肿胀、疼痛、屈伸不利为主,所以历代医家对其病名一般取痹证,但在病机分型方面一直存在分歧。笔者认为,SHS 以内外因素相互纠结而发病,其发病时期均在中风病恢复期范围,因此既有血瘀与痰湿之邪阻滞局部脉络,又存在素体阴阳、气血虚弱的表现,以上多种因素相互错杂而终致本病发生,所以不会表现为单纯的虚证或实证,一般是以虚实兼夹之证最为多见,所以其治法应遵循标本兼治的原则,以化痰行瘀、通络止痛为主,辅以健脾益气、培补肝肾等法。

在循经点穴手法的穴位选择上,肩部症状明显者以肩髃、肩髃、臑髃等穴为主,配合使用祛风除湿、疏经通络、化痰消肿的作用;肘部症状明显者以曲池、尺泽、少海等穴为主,配合使用达疏经通络、解肌镇痛的作用;腕部症状明显者以合谷、腕骨、阳池等穴为主,配合使用,达镇静止痛、通经活络的作用;再辅以血海、三阴交、肝俞、肾俞、神庭、印堂、悬颅、率谷、脑户、强间等穴,其中血海与三阴交配合,达化痰行瘀、通络止痛之能,肝俞与肾俞配合,达补益肝肾之效。神庭、印堂为额叶在头皮上的体表投影,悬颅与率谷为颞叶在头皮上的体表投影,脑户与强间为枕叶在头皮上的体表投影。中医学认为,头为诸阳之会,神明之府,点揉上述诸穴可将刺激效应直接内传于大脑,达到调整脏腑阴阳气血平衡的作用。诸穴合用,共奏化痰行瘀、通络止痛、祛风除湿、补益肝肾、醒脑开窍之效。

在治疗效果上,不论是从 2 组中医证候疗效及肩关节活动度分析,还是从 Fygl-Meyer 评分及 SF-MPQ 评分结果分析,亦或从 2 组患侧肢体血管超声检查结果分析,联合组治疗 SHS 时均更为快速有效,但也存在辨证不清、点穴手法各异、穴位深浅不一等问题,仍需在今后研究中进行多因素与多水平控制下的分层研究,并进行量、时、效等问题的深入分析。

[参考文献]

- [1] 王陇德,王金环,彭赋,等.《中国脑卒中防治报告 2016》概要[J].中国脑血管病杂志,2017,14(4):217-224.
- [2] 熊杰,刘佳,刘凯,等.针刺结合康复治疗脑卒中后肩手综合症的系统评价[J].中国康复医学杂志,2016,31(8):903-907,916.
- [3] 林果为,王吉耀,葛均波.实用内科学[M].15版.北京:人民卫生出版社,2017:1347-1362.
- [4] 王茂斌.神经康复学[M].北京:人民卫生出版社,2009:580-581.
- [5] 张伯礼,吴勉华.中医内科学[M].4版.北京:中国中医药出版社,2016:463-472.
- [6] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014[J].中华神经科杂志,2015,48(4):246-257.
- [7] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国脑出血诊治指南(2014)[J].中华神经科杂志,2015,48(6):435-444.
- [8] 李君,冯艺,韩济生,等.中文版简版 McGill 疼痛问卷-2 的制定与多中心验证[J].中国疼痛医学杂志,2013,19(1):42-46.
- [9] 周维金,孙启良.瘫痪康复评定手册[M].北京:人民卫生出版社,2006:46-49.
- [10] 郑筱萸.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.
- [11] 王爱民.什么是肩手综合征?[J].创伤外科杂志,2014,16(6):495.
- [12] 朱昌娥,余波,张雯,等.肌肉振动治疗配合常规康复对脑卒中后肩-手综合症的临床效果观察[J].中国康复医学杂志,2017,32(8):902-906.
- [13] 黄春水,樊文朝,余安胜,等.八邪透刺配合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征手肿胀疗效观察[J].中国针灸,2017,37(2):121-124.
- [14] KALRON A, BAR-SELA S. A systematic review of the effectiveness of Kinesio Taping—fact or fashion? [J]. Eur J Phys Rehabil Med, 2013, 49(5): 699-709.

(责任编辑:吴凌,刘迪成)