

巨刺法结合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征 I 期疗效观察

刘悦¹ 苏利梅^{2,3} 解书山² 林杰文²

肩手综合征是脑卒中的并发症之一,在我国发生率为12%—70%^[1]。较典型的表现是肩痛,手水肿和疼痛,皮温升高,如不进行积极、正确的治疗,病情逐步进展至后期,虽手已消肿,但手部肌肤、肌肉萎缩,关节挛缩,导致固定的畸形手,最终丧失手功能。笔者选取脑卒中后肩手综合征 I 期患者 60 例,以巨刺法结合康复训练治疗,疗效满意。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2011 年 1—8 月在我院针灸康复住院的脑卒中后肩手综合征 I 期患者 60 例。按 1:1 比例随机分组,每组各 30 例。治疗组,男 18 例,女 12 例;平均年龄 65 ± 3 岁;病程 35 ± 10 d。缺血性脑卒中 25 例,出血性脑卒中 5 例,对照组,男 16 例,女 14 例;平均年龄 63 ± 7 岁;病程 37 ± 9 d,缺血性脑卒中 24 例,出血性脑卒中 6 例。经统计学分析,两组一般资料比较差异无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准:①脑卒中病诊断标准参照 1995 年第四届全国脑血管病学术会议制定的标准^[2];②肩手综合征诊断标准参照中国康复研究中心制定的诊断标准^[3];③所有患者肩手综合征发生在脑卒中以后;④经头颅 CT 或 MR 证实为首次发病者,一侧肢体瘫痪,神志清楚,生命体征平稳,病情稳定;⑤病情分期为 I 期;⑥病程为 2 周—3 个月;⑦年龄 50—70 岁;⑧签署知情同意书者。

排除标准:①不符合上述诊断和纳入标准者;②因严重意识障碍、严重痴呆、失语、耳聋、失认等影响表达者;③不配合治疗,依从性差者;④已接受相关药物治疗而可能影响疗效观察者;⑤合并有心力衰竭、呼吸衰竭、肾功能不全等或其他严重疾病正处于急性期者,或合并有影响功能恢复的其他神经或肌肉骨骼疾病者;⑥安装心脏起搏器者。

1.2 治疗方法

两组均接受脑卒中后内科常规治疗如营养脑神经、控制血压、血糖、血脂等对症治疗,不应用头皮针,在上述治疗基础上,治疗组采用巨刺法结合康复训练法治疗,对照组采用普通针刺结合康复训练法治疗。两组均连续治疗 3 周为 1 疗程,1 疗程后进行数据统计。

1.2.1 康复训练:保持良肢位,包括仰卧位、侧卧位(患侧在上和在下两种)及坐位时体位的摆放。主动运动,进行 Bo-bath 握手上举训练,注意充分伸展肘关节,反复进行。疼痛和水肿消除之前,不做伸肘负重练习。被动运动,在不引起疼痛的情况下,由治疗师进行上肢肩、肘、腕、手指各关节的活动,动作轻柔,活动度由小渐大。1 次/d,每次 40 min,连续治疗 6 d,休息 1 d 后再进行康复训练。

1.2.2 巨刺法:取穴^[4]:健侧肩髃、肩髃、臑俞、阳池、外关、阳溪、腕骨。患者取患侧卧位,保持患侧卧位时良肢摆放,健侧上肢置于躯干上,取中立位。常规消毒,按照患者臑穴部位及体质选择环球牌无菌针灸针 1.5 寸(0.3×40 mm)或 1 寸(0.30×25 mm),直刺进针,均采用捻转法,平补平泻,得气后将 KWD-808I 针灸治疗仪夹于针柄上,选疏密波,刺激强度以患者能耐受为宜,留针 30 min,1 次/d,连续 6 d,周日休息 1 天后再行针刺。

1.3 疗效观察

疗效标准见表 1^[5]。分别采用视觉模拟评分法(VAS)、简式 Fugl-Meyer 运动功能评分(FMA)、BI 评定治疗前后患肢疼痛程度、上肢运动功能、日常生活能力的改善程度。

1.4 统计学分析

所有数据均采用 SPSS13.0 软件进行统计学分析。计数资料采用秩和检验,两组均数间的比较采用成组设计配对 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

治疗后,两组患者总有效率经秩和检验, $u = 2.1365$, $P < 0.05$,差异有显著性意义(表 2),治疗组的疗效优于对照组。各指标组内及组间比较见表 3。

3 讨论

目前,肩手综合征的发病机制仍不明确,一般认为与中风早期血管运动神经麻痹、肌肉泵功能减退、静脉回流受阻及患肢静脉补液等机制有关^[5-6]。早期可因疼痛、水肿而影响康复进程,如未得到积极、正确治疗,后期将丧失手功能。治疗的首要目标是尽快减轻水肿,然后是治疗疼痛和僵硬^[7]。

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2013.03.018

1 广东省第二人民医院针灸康复科,510095;2 广州中医药大学;3 通讯作者
作者简介:刘悦,男,主任中医师,教授;收稿日期:2012-04-13

表1 疗效标准

	关节疼痛	关节活动	水肿	肌肉萎缩
治愈	消失	正常	消失	无
显效	减轻	轻度受限	基本消失	不明显
有效	稍好转	明显受限	仍有	小肌肉萎缩不明显
无效	无改善	无改善	无改善	加重

表2 两组患者治疗后有效率比较 (例)

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	9	13	5	3	90.00
对照组	4	11	7	8	73.33

表3 两组患者治疗前后各项评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	VAS	FMA	BI
治疗组			
治疗前	7.52 ± 1.87 ^①	23.12 ± 2.65 ^①	54.36 ± 13.41 ^①
治疗后	2.11 ± 1.23 ^{②③}	48.78 ± 5.34 ^{②③}	73.67 ± 12.90 ^{②③}
对照组			
治疗前	7.34 ± 1.69	22.56 ± 5.98	55.12 ± 14.62
治疗后	3.67 ± 1.38 ^②	34.50 ± 7.38 ^②	64.34 ± 8.57 ^②

①与对照组治疗前比较 $P>0.05$; ②与同组治疗前比较 $P<0.05$; ③与对照组治疗后比较 $P<0.05$

近年来脑卒中后肩手综合征的治疗以综合手段为主,其中又以针灸、中药内服及康复训练三种疗法最具代表性^⑧。针灸疗法中方法各异,疗效差别亦较大,尚无公认的特效疗法。针对这种情况,结合该病的病机,本研究拟采用巨刺法结合康复训练治疗中风后肩手综合征I期患者。

巨刺法,是古代“九刺法”之一。《灵枢·官针》:“凡刺有九,以应九变……八曰巨刺。巨刺者,左取右,右取左”。《素问·缪刺论》:“邪客于经……必中其经,非络脉也”。故巨刺法是一种以针刺病变部位对侧(健侧)经穴的一种传统针刺方法。据古代医家记载,巨刺法的临床适应证主要是经脉瘀阻不通、不通则痛的病证,如中风偏瘫、痛证等^⑨。《针灸甲乙经》:“偏枯,身偏不用而痛,言不变,智不乱,在分腠之间,巨刺取之……”。《素问·调经论》:“身形有痛,九候莫病,则缪刺之;痛在于左而右脉病者,巨刺之”。

现代康复医学已认识到良肢位的摆放、主动运动和被动运动对预防和治疗肩手综合征的重要性^⑦。良肢位的摆放,可纠正腕关节长期屈曲姿势,改善静脉回流,减少肩手综合征的发生率,减轻了手的肿胀程度^⑩。主动运动、被动运动既可改善关节活动度,减少关节渗出、粘连,减轻疼痛,又可通过挤压、牵伸、拍打等促进肌肉收缩,改善肌肉泵功能,以减轻水肿,从而改善患肢肩手功能^{⑪-⑫}。

从近年来报道的临床研究看,巨刺法和康复训练对中风后肩手综合征均有较好的治疗效果^{⑬-⑭}。但绝大部分文献质量不高,存在着缺乏对照研究、评价标准不统一、临床实施不规范等问题,故本研究采用随机对照的方法,综合上述两

种方法,观察治疗中风后肩手综合征I期患者的临床疗效。

巨刺法取穴以近治作用为主,疏通局部经络气血,行针以平补平泻手法,以激发经气,达到“以微针通其经脉,调其血气”的目标,疏通中风患者闭塞的经脉,此为“通”。康复训练包括良肢位的摆放和主、被动训练,通过有目的的、科学的训练方法,缓解患肢疼痛,改善上肢运动功能,提高日常生活能力,此为“动”。

治疗结果显示,总有效率方面,治疗组达到90%,对照组为73.33%,两组比较差异具有统计学意义($P=0.0326$, $P<0.05$),提示治疗组疗效优于对照组;患肢疼痛程度、上肢运动功能评分、日常生活能力评分方面,治疗前后及治疗后组间比较,差异均具有显著性意义(t 检验, P 均 <0.05),提示经治疗后两组均较治疗前改善,而治疗组的疗效优于对照组。

本研究提示巨刺法结合康复训练治疗中风后肩手综合征疗效较为显著,能更有效缓解患肢疼痛,改善上肢运动功能,提高日常生活能力。故中西“一通一动”相结合,可从根本上减轻肩手综合征早期的水肿、疼痛,操作相对安全、简便,值得更加深入的研究及推广应用。

参考文献

- [1] 朱镛连. 神经康复学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2001. 543—544.
- [2] 陈立云, 李义召. 全国第五届脑血管病学术会议纪要[J]. 山东医药, 2000, 40(1): 45—46.
- [3] 缪鸿石, 朱镛连. 卒中的康复评定和治疗[M]. 华夏出版社, 1996. 149.
- [4] 王启才. 针灸治疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005. 58.
- [5] 贾子善, 吕佩源, 闫彦宁. 脑卒中康复[M]. 河北科技出版社, 2006. 239—242.
- [6] 张通. 脑卒中的功能障碍与康复[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2009. 381—382.
- [7] Patricia M. Davies. 循序渐进偏瘫患者的全面康复治疗[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2007. 306—321.
- [8] 段红莉. 卒中后肩手综合征的治疗进展[J]. 河北中医, 2010, 32(10): 1582—1584.
- [9] 林志诚, 陈立典. 巨刺法的研究概况和思考[J]. 针灸临床杂志, 2008, 24(8): 51—53.
- [10] 杨光静, 樊玲, 吴李莉. 良肢位固定仪预防脑卒中患者早期肩手综合征临床研究[J]. 中国中医急症, 2011, 20(3): 357—367.
- [11] 蔡华安, 国华, 张亚亚等. 改良Bobath握手与Bobath握手方法的比较分析[J]. 中国康复医学杂志, 2010, 25(4): 372—374.
- [12] 李小六, 邢晓燕, 赵晓鸥等. 脑卒中后肩-手综合征的干预对运动功能的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2011, 17(1): 64—65.
- [13] 洪金标, 盛鹏杰, 袁宜勤. 巨刺针法治疗脑卒中后肩手综合征疗效观察[J]. 中国针灸, 2009, 29(3): 205—208.
- [14] 武丹, 姜必丹. 巨刺法为主治疗脑卒中后肩手综合征临床观察[J]. 新中医, 2011, 43(7): 117—119.
- [15] 白坤常, 岳寿伟, 殷翠萍等. 综合康复治疗治疗肩手综合征的疗效观察[J]. 中国康复, 2010, 25(3): 215—216.
- [16] 白海涛, 李剑. 综合康复治疗对脑卒中后肩手综合征的影响[J]. 中国中医药现代远程教育, 2009, 7(7): 104.