

药线点灸结合运动疗法对脑卒中后早期肩-手综合症的疗效

何乾超¹ 蔡卓冶² 蔡伦¹ 刘泰^{1,3}

肩-手综合征(shoulder-hand syndrome, SHS)是脑卒中偏瘫患者常见的并发症,是影响上肢功能恢复的主要原因之一,笔者采用壮医药线点灸结合运动疗法治疗脑卒中后早期SHS取得良好效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用随机、盲法、临床对照法。选择2009年12月—2011年6月间广西中医学院第一附属医院康复医学科门诊部和住院部符合脑卒中后早期(I期)SHS的患者。

诊断标准:①脑卒中诊断符合有关文件脑梗死与脑出血的相关诊断标准^[1];②脑卒中后早期SHS标准参照有关文件诊断标准^[2]:肩痛,可为活动受限,同侧手腕部、手指肿痛,出现皮肤温度升高等血管运动性反应。X线下手肩部骨骼肌脱钙表现,手指多呈伸直位,屈曲时受限被动屈曲可引起剧痛,此期3—6个月以后或治愈或进入II期。

入选标准:年龄在18—80岁之间;首先必须符合以上脑出血或脑梗死的标准并经影像学证实;其次必须符合早期SHS标准;生命体征平稳,适合进行康复治疗;无严重认知功能障碍;签署知情同意。排除标准:年龄<18岁或>80岁;合并严重心肺肝肾疾病,病情不稳定,不适宜进行康复;合并严重痴呆不能配合的患者;不适宜进行主、被动运动康复的患者;拟实施药线点灸操作部位皮肤出现溃疡、皮损者;有浅感觉障碍的患者;有严重糖尿病周围神经病变者;纳入病例自行退出而未完成者。

入组患者共123例,其中对照组63例,治疗组60例,对照组中有1例失访1例因疾病死亡。两组患者一般资料比较,见表1。

表1 两组患者一般资料比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	上肢Fugl-Meyer评分
		男	女		
治疗组	60	37	23	65.25 ± 9.97	27.35 ± 6.68
对照组	61	39	22	64.70 ± 8.37	28.62 ± 6.59

1.2 干预措施

两组均应用控制基础疾病及运动疗法等治疗;治疗组在此基础上加用药线点灸治疗。

控制基础疾病方法有:针对患者具体情况,分别给以调整血压、控制血糖、血脂,防治并发症等常规治疗。

SHS的运动疗法:依据患者情况实施肩、肘、腕的被动,主动,辅助主动运动,包括:Bobath握手上举,双手掌对掌十指交叉握手,伸肘上举过头顶,主动耸肩,患肢控制性训练等;按摩肩、肘腕、指关节,手法由轻到重。以上治疗2次/d,30min/次,6d为1疗程,疗程间休息1d。

药线点灸:取穴:肩髃、曲池、手三里、外关、合谷。

点灸方法:用多种壮药制备液浸泡过的苕麻线,一端放在灯火上点燃,使之成圆珠状炭火,然后将此炭火迅速而敏捷地直接灸选定的体表穴位或病患部位上。一按火灭即起为1壮。一穴点灸3—5壮,灸时局部有蚂蚁样灼热感,有时上述感觉可沿经络传导。两组穴位交替使用,每日点灸1次,6天为1疗程,疗程间休息1天。

以上物理治疗方案均由广西中医学院第一附属医院康复医学科经过统一路径培训的康复治疗师来执行。

1.3 疗效判定

治疗4周后,患者情况评价由2名未参与患者治疗的医护人员独立评价。

SHS治疗的临床疗效评定:按照SHS的临床分期标准为判定依据^[2],治愈:临床症状消失,患者肩手疼痛及腕背部皮肤红肿消失,僵硬患手的功能明显恢复,能正常进行康复训练,X线下手部肩部骨骼肌脱钙现象不明显。显效:患者原有症状得到改善,肩手疼痛缓解,腕背部皮肤红肿基本消失,或临床分期由II期转变为I期。无效:患者临床症状无改善,同治疗前一样。恶化:病情加重,临床分期发展为II期或由II期发展到III期。

ADL能力评分:采用通用的Barthel指数:0分:不能做某一动作;1分:部分能做;2分:能充分完成。各项最高为2分,上肢33项,共66分,下肢17项共34分,积分越高功能越好。

患侧上肢运动功能评定:采用简易Fugl-Meyer评分,日

常生活动作分为完全依赖、需大部分帮助、部分独立、独立4种程度,共10种动作行为。每种行为动作的评分满分5—15分不等,总分≤40分为完全或大部分依赖他人;41—60分为部分依赖他人;≥61分为生活自理。

1.4 统计学分析

所有资料均由SPSS 17.0版统计软件进行处理,计数资料采用χ²检验,计量资料采用t检验。

2 结果

两组疗效比较见表2,Barthel指数和患侧上肢运动功能(Fugl-Meyer评分)的变化见表3。经过4个疗程的观察,从临床疗效来看,治疗组明显优于对照组;在ADL能力评分的提高上,两组差异无显著性;患侧上肢Fugl-Meyer评分,两组差异有显著性意义,治疗组在提高患侧上肢运动功能优于对照组。

表2 两组疗效比较

组别	例数	痊愈		显效		无效		恶化		总有效	
		例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
治疗组	60	31	51.67	22	36.67	5	8.33	2	3.33	53	88.33 ^①
对照组	61	22	36.06	16	26.22	13	21.31	9	14.75	38	62.30

①与对照组比较P<0.05

表3 治疗前后ADL能力和患侧上肢运动功能的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	日常活动能力评分 (Barthel指数)		患侧上肢运动功能 (Fugl-Meyer评分)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	65.75±4.57	87.29±7.55 ^①	27.35±6.68	54.39±5.48 ^②
对照组	67.33±9.68	79.35±8.64	28.62±6.59	39.66±7.62

与对照组治疗后比较①P>0.05,②P<0.05

3 讨论

SHS的机制还未明确,其导致的疼痛包括存在局部神经炎症假说和中枢异常的感觉整合等^[3-4]。研究者在对168例SHS患者进行回顾性分析发现SHS仍然是一个棘手的问题^[5],它不仅带来较高的治疗费用,也会花费大量时间^[6],甚至可能因影响康复会带来永久的残疾,疼痛及潜在的功能的缺失可能影响患者的日常学习、工作和生活。目前SHS的治疗主要基于减轻疼痛和消除肿胀^[7],尽管使用多种方法,仍然有接近1/3的患者没有多大的提高^[7]。本研究采用的壮医药线灸疗法开辟了一条新的治疗SHS的途径,它是基于壮医药基本理论而产生的。

“三道”、“二路”学说是壮医理论体系的核心内容之一。其生理功能可概括为两个方面,一是沟通内外,二是网络全身。其中“龙路”网络主要通过“味心头”的控制输送由“三道”所化生的营养精微使人能行天地之气以养,同时人在生

命活动中所产生的糟粕废物也通过“龙路”传回“三道”并排出体外回归大自然。在实际应用上,壮医十分强调的是“三道”、“二路”的功能正常,壮医认为“龙路”不畅则表现为“瘀、肿、痛”等。而卒中后早期SHS主要表现也就是以“肿、痛”为主要表现^[8]。这样就说明了卒中后早期SHS的病理机制就是“龙路”不畅。

针对“龙路”不畅,壮医药线灸采用经过药物泡制的苎麻线点燃后直接灸患者体表的一定穴位或部位,以治疗疾病^[9]。本项目使用该疗法灸SHS痛证可直达病所,疏通龙路,具有消炎退热、活血止血、散结消肿、通络止痛之功效。这也是使用该疗法治疗早期SHS的机制。由于该疗法简便、廉、验、捷、安全、无毒副作用且易学^[9],所以SHS患者可以自学该疗法,减少花费,患者在家自行治疗。本研究的不足之处在于,缺乏对Ⅱ期或Ⅲ期患者的观察;没有与一些现行治疗SHS的方法进行比较。

参考文献

- [1] 饶明俐主编.中国脑血管病防治指南编写委员会编.中国脑血管病防治指南试行版[M].北京:人民卫生出版社,2007.46—49,57—60.
- [2] 中华人民共和国卫生部医政司.中国康复医学诊疗规范(下册)[M].北京:华夏出版社,1999.83.
- [3] Pham T, Lafforgue P. Reflex sympathetic dystrophy syndrome and neuromediators [J]. Joint Bone Spine,2003,70:12—17.
- [4] Rommel O, Malin JP, Zenz M, et al. Quantitative sensory testing. neurophysiological and psychological examination in patients with complex regional syndrome and hemisensory deficits [J]. Pain, 2001,93:279—293.
- [5] Duman I, Dincer U, Taskaynatan MA,et al. Reflex sympathetic dystrophy: a retrospective epidemiological study of 168 patients[J]. Clin Rheumatol,2007,26 (9): 1433—1437.
- [6] Taylor RS, Van Buyten JR,Buscher E, et al. Spinal cord stimulation for complex regional pain syndrome: a systematic review of the clinical and cost-effectiveness literature and assessment of prognostic factors[J]. Eur J Pain, 2006, 10 (2):91—101.
- [7] Santamato A, Ranieri M, Panza F,et al. Role of biphosphonates and lymphatic drainage type Leduc in the complex regional pain syndrome (shoulder-hand syndrome)[J]. Pain Med, 2009,10(1):179—185.
- [8] 王柏灿.浅谈壮医“三道”、“二路”学说的具体运用[J].中国民族医药杂志,1997,3(3):3—4.
- [9] 宋宁.壮医药线灸治疗痛证研究进展[J].广西中医学院学报, 2009,12,(1):59—60.