

长圆针治疗偏瘫肩手综合征 I 期的疗效观察*

苏鑫童¹ 刘元石¹ 杨涛¹ 王琳¹ 王楠¹ 马晓晶^{1,2}

摘要

目的:评价长圆针治疗偏瘫肩手综合征 I 期的近、远期疗效及安全性;探讨长圆针治疗此病的优势。

方法:将 60 例偏瘫肩手综合征 I 期患者,随机分为治疗组和对照组。治疗组予长圆针治疗,对照组予假针刺,每周 1 次,2 次后观察其肩关节疼痛、肩部活动度、上肢运动功能及患肢手肿胀改善情况,并在 3 个月后随访肩关节疼痛程度、出现肩手综合征 II 期、III 期的百分率及患者满意度。

结果:60 例患者经过 2 次治疗:①治疗组和对照组视觉模拟量表(VAS)评分较疗前均有下降,但二者差异有显著性意义($P<0.05$);②治疗组改善肩部活动度高于对照组,差异有显著性意义($P<0.01$);③治疗组改善上肢运动功能的程度高于对照组,差异有显著性意义($P<0.01$);④治疗组患者手肿胀程度,在治疗后低于对照组,差异有显著性意义($P<0.01$);⑤3 个月后随访,治疗组在 VAS 评分、出现肩手综合征 II 期、III 期的百分率上均低于对照组,满意度评分高于对照组,差异均有显著性意义($P<0.01$)。

结论:与假针刺相比较,长圆针治疗偏瘫肩手综合征 I 期有良好的近远期临床疗效,对脑卒中后康复有积极意义。

关键词 长圆针疗法;疗效;偏瘫;肩手综合征

中图分类号:R685 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2014)-02-0153-03

肩手综合征(shoulder-hand syndrome, SHS)又称反射性交感神经营养障碍(reflex sympathetic dystrophy, RSD)^[1],其一般发生在发病后的 3 个月内,发生率为 12.5%—70.0%^[2],具有病程长、反复发作、致残率高的特点^[3]。其临床表现主要为肩痛、腕及肩关节活动受限、手水肿疼痛、皮肤温度升高,严重者可出现手部肌肉萎缩等,进一步发展可导致挛缩畸形,严重影响患者肢体功能的康复。目前的治疗手段主要有运动疗法、封闭治疗及神经阻滞、传统针刺治疗等。本病属中医“痹证”范畴^[4],长圆针是在中医传统理论的指导下研发的一种新型针具,治疗本病有较好的临床疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

2009 年 3 月—2012 年 3 月在中国中医科学院广安门医院针灸科病房住院患者中,选取符合纳入标准的患者作为研究对象。采用密闭信封法,将纳入的 60 例患者随机分入治疗组及对照组,评价者不参与治疗,在本研究中严格采用评价者盲法评估,同时通过假针刺实现了患者盲。其中治疗组 30 例,男 21 例,女 9 例,平均病程(4.22±2.66)个月;对照组 3 例治疗 1 次后及治疗过程中因个人原因未再接受后续治疗,

故对照组 27 例,男 18 例,女 9 例,平均病程(4.02±4.47)个月。所有病例均经严格筛选,均符合病例纳入标准。

1.2 诊断标准

根据国际疼痛协会(IASP)1994 制定的针对肩手综合征 I 期临床诊断标准:①肩部静止或活动时出现疼痛;②手和腕部水肿;③手部血管舒缩功能改变;④腕、掌指关节、指间活动时疼痛;⑤X 线及其他相关检查排除肩周炎、关节肌肉病、类风湿性关节炎等引起的异常疼痛及肩关节活动受限疾病。

1.3 纳入标准

①所有患者均符合全国第五届脑血管病学术会议脑卒中诊断标准,经头部 CT 或 MRI 证实;②符合肩手综合征 I 期诊断标准,年龄<75 岁;③自愿参加本课题研究并在知情同意书上签字者。

1.4 排除标准

①不符合诊断标准和纳入标准者;②不配合检查及治疗者;③治疗同时又接受其他治疗者;④除外风湿、类风湿性关节炎、肩周炎;⑤危重患者,精神患者,近期血压、血糖控制不稳及妇女经妊娠期;⑥利多卡因过敏史。

1.5 研究方法

针具:由北京合众科技发展有限公司出品。

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2014.02.013

*基金项目:首都医学科技发展基金(SF-2007-Ⅲ-32)

1 中国中医科学院广安门医院针灸科,北京,100053; 2 通讯作者
作者简介:苏鑫童,男,硕士生; 收稿日期:2013-04-23

取穴:循手经筋辨证查取结筋病灶点。

手太阳经筋:肩贞穴(在腋后部,大小圆肌与肱三头肌长头交错处)、臑俞穴(在肩后部,肩胛骨外侧份肩关节孟下缘)、肩痛点穴(在肩背部,肩胛骨腋缘上份)、下肩痛点穴(在肩背部,肩胛骨外侧缘下份)、银口穴(在肩背部,肩胛骨下角处);手少阳经筋:天井穴(在肘部,尺骨鹰嘴上缘处)、消泅穴(在上臂外侧,三角肌止点前)、肩髃穴(在肩后侧,三角肌后束于肩胛冈抵止处)、天宗穴(在肩背部,冈下窝中)、天髃穴(在背部,肩胛内上角处);手阳明经筋:肩髃穴(在肩部,肩峰前方锁骨外端三角肌前束抵止处)、巨骨穴(在肩前部,肩锁关节处)、曲垣穴(在肩部,肩胛骨冈上窝内缘处)、肩井穴(在颈根部,肩胛内上角直上,斜方肌上束与提肩胛肌交界处);手太阴经筋:天府穴(在肩部,当肱骨大结节嵴与肱骨小结节嵴处)、肩内陵穴(在肩前部,肱骨结节间沟中)、抬肩穴(在肩前部,肩关节孟上缘处)、中府穴(在肩前部,锁骨中外1/3交点下缘,肩胛骨喙突尖端)、云门穴(在前胸部,锁骨中外1/3交点,锁骨下缘外侧处);手厥阴经筋:肱中穴(在上臂部,肱骨屈面中点处)、举肩穴(在腋前部,喙肱肌肌腹处);手少阴经筋:青灵穴(在上臂尺侧中部,肱二头肌、肱三头肌肌间沟中)。

操作方法及步骤:在治疗前均循手经筋辨证,查取患侧相应的结筋病灶点,用龙胆紫作病灶点标记。用2%的碘酊做较大范围的消毒,再用75%的医用酒精脱碘。治疗组采用长圆针治疗,在2%利多卡因局麻后,根据所寻病灶点予长圆针治疗,据病灶深浅选取相应长度的针具,刃口方向与周围重要组织方向一致,沿局麻针头探查的安全入路进针。用持笔法持针,垂直用指腕力缓慢加压,尽量避开神经干、大血管和肌腱等重要组织。到达病灶点后做相应的刺法2—3下使筋结松解,出针。并保持创口48h内清洁干燥。

对照组行假针刺对照,每穴注入与治疗组相同的2%利多卡因后用长圆针刺激表皮,但不刺入皮下,此时患者可感受到与治疗组相同的刺痛感,因长圆针在透皮后疼痛即消失,故患者无法区分接受的是何种治疗,实现了患者盲。除长圆针治疗外,治疗组与对照组无差别。

疗程:两组相同,每周治疗1次,疗程2周,共治疗2次。分别于治疗前及治疗2次后进行评价。3个月后作随访评分。

1.6 疗效观察

1.6.1 主要结局指标:①肩痛程度:采用视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS)评价肩关节疼痛程度,观察以每周肩关节最疼痛时的疼痛评分为准;②肩部活动度:被动运动出现疼痛时的肩部的ROM;③上肢运动功能:采用Fugl-Meyer量表评分;④患侧手肿胀程度^[5]:每次评价均于晨起未活动时(7:00AM)。取一容器,测量其盛满水时容器内水的体积,待盛满水后将患者的手垂直放入,腕横纹(测量前用

圆珠笔在腕横纹处标记,每次测量均用此标记)与水平面平行,待水不再溢出时将手取出,测量容器内剩余水的体积,根据二者差值得出排出水体积。

1.6.2 次要结局指标:①出现肩手综合征Ⅱ期、Ⅲ期的百分率;②治疗满意度评分:非常不满意0分,不满意1分,一般2分,满意3分,非常满意4分。

近期疗效:以主要结局指标为主,包括肩痛VAS评分、肩ROM、上肢运动功能及手肿胀程度。

远期疗效:3个月后随访,主要观察肩痛VAS评分、出现肩手综合征Ⅱ期、Ⅲ期的百分率,治疗满意度评分供参考。

1.7 统计学分析

使用SPSS11.5统计软件包,两组各次就诊的计量资料采用均数、标准差、中位数、最小值、最大值进行统计描述;与入组时基础值进行比较,采用配对 t 检验。比较组内治疗前后差异;两组治疗前后的变化采用方差分析(ANOVA)进行比较。两组各次随访的计数资料采用构成比进行统计描述;两组治疗前后的变化采用 χ^2 检验或秩和检验。

2 结果

2.1 对各主要结局指标的改善情况

见表1。两组治疗后的VAS评分较治疗前均降低,肩关节ROM、Fugl-Meyer量表评分较治疗前均提高,患肢排出水体积较治疗前均下降,经配对 t 检验,两组治疗前后差值比较,差异有显著性意义。

2.2 随访时的肩痛情况及出现肩手综合征Ⅱ期、Ⅲ期的百分率

见表2。经配对 t 检验,两组随访时VAS评分较治疗前均降低,二者比较,差异有显著性意义。经 χ^2 检验,治疗组出现肩手综合征Ⅱ期、Ⅲ期的比率明显低于对照组,二者比较,差异有显著性意义。

2.3 患者满意度

见表3。经秩和检验,治疗组获高满意度评分的人数明显高于对照组,两组比较,差异有显著性意义。

2.4 安全性评价

接受治疗的患者中,无1例出现晕针,对照组术中局部出血1例,消毒棉球局部按压止血;治疗组术后创可贴贴经筋操作处,无1例出现血肿、继发感染以及其他不良反应。

3 讨论

本研究通过治疗前后肩痛VAS量表、肩关节ROM测量Fugl-Meyer量表评分及排出水体积的变化评定临床疗效,并比较两组间的差异。结果显示,长圆针疗法可显著缓解肩关节疼痛,提高肩关节活动度及上肢运动功能,减轻患肢手肿胀程度且各项评价指标均显著优于对照组,故对康复治疗有利。3个月后随访观察发现,治疗组VAS评分,出现肩手综

表1 两组治疗前后各主要结局指标差值比较 ($\bar{x}\pm s$)

评价指标	对照组	治疗组	<i>t</i>	<i>P</i>
VAS评分差值	2.59±1.966	3.97±2.606	-2.227	0.030
肩关节活动度评分差值	1.1481±1.70302	2.6000±2.35767	-2.639	0.011
Fugl-Meyer量表评分差值	0.7037±1.61280	4.4000±4.39906	-4.121	0.000
排出水体积差值	15.9630±42.06358	72.3000±86.67782	-3.066	0.003

表2 两组随访时VAS评分及出现肩手综合征Ⅱ期、Ⅲ期比例

评价指标	对照组	治疗组	<i>t</i> / χ^2	<i>P</i>
VAS评分($\bar{x}\pm s$)	4.5926±2.29144	2.5000±2.14556	3.560	0.001
出现肩手综合征Ⅱ期、Ⅲ期比例(%)	33.3	3.3	8.841	0.003

表3 随访满意度评分

满意度评分	对照组		治疗组	
	例	%	例	%
0分	0	0	0	0
1分	2	7.4	1	3.3
2分	14	51.9	5	16.7
3分	10	37.0	17	56.7
4分	1	3.7	7	23.3
合计	27	100.0	30	100.0

$Z=-3.173, P=0.002$
合征Ⅱ期、Ⅲ期的比率明显低于对照组,满意度评分高于对照组,说明长圆针治疗偏瘫肩手综合征Ⅰ期具有较好的远期疗效,可被大部分患者接受,有益于脑卒中后的整体康复。研究过程中安全性观察未见不良反应病例,说明本疗法安全可靠。

肩手综合征是脑卒中常见的并发症之一^[2],发病机制目前尚不明确,一般认为常与交感神经功能障碍、肩关节半脱位、痉挛、患肢不适当的过度牵拉、腕关节或手受到意外伤害等有关。中医学认为,中风病多由于外邪侵犯经络,内传脏腑,或由于情志不遂,引起经络运行不畅,气血阻滞,经筋失于濡养,气不通不荣则痛,故出现上肢关节疼痛、拘挛、活动不能甚至肿胀变形等症状。《金匱要略·中风历节病》云:“中风之为病,当半身不遂,或但臂不遂者,此为痹”,故肩手综合征属中风后“痹症”范畴^[4]。经筋“主束骨而利机关”,各起于四肢末端,结聚于骨骼和关节部^[6]。经筋理论认为,中风后患肢的肩、肘、腕等关节活动功能下降,病程日久,经筋失于濡养而受损,则可形成结筋病灶点。经筋反复损伤和修复可在结筋病灶点周围出现“横络”(《灵枢·刺节真邪》)卡压,而后者又可致“深邪远痹”,致相邻、相关经脉气血不通而出现相关症状^[7]。经脉气血运行不畅,则可出现不可逆的津液“涩渗”(《灵枢·百病始生》)、“聚沫”(《灵枢·周痹》)而造成局部肿胀。其基本病理是关节周围相关经筋(肌肉、韧带及其附属组织)的损伤,故结筋病灶点的位置往往出现在肌肉韧带

起止部的保护性附属组织上。由此可见,肩手综合征属于经筋病范畴,必须按经筋理论针对结筋病灶点进行治疗。

针对肩手综合征目前主要采用理疗、按摩、服用激素及局部封闭等方法治疗,虽有一定的疗效,但疗效持续时间较短^[8]。长圆针疗法是在经筋理论指导下,运用仿古长圆针^[9],采用《内经》解结针法,选用结筋病灶点,行长圆针解结;分离结筋病灶点表层粘连,或分离结筋病灶点周围“横络”。因为能彻底消除结筋病灶点,因而具有良好的远期效果。激素和交感神经阻断剂的疗效尚不肯定,而且由于脑卒中患者偏瘫侧肢体运动减少,骨质疏松发生率增高,激素的副反应更应避免^[10]。长圆针疗法可有效避免此类问题。长圆针通过松解局部粘连,解除其对经脉的卡压,缓解局部肌肉痉挛,从而改善了肩关节及上肢功能活动度,又由于提高局部血液循环,减少或消除因卡压而引出的津液“涩渗”反应,促进局部炎症吸收,进而消除患肢手肿胀,同时有可能抑制了致痛物质的释放缓解疼痛,从而达到止痛的效果^[11]。长圆针与小针刀相比,有明确的中医经筋理论为基础^[12],具有损伤小,操作简便、安全的特点,该疗法不同于毫针、火针、灸法等其他针灸方法,是治疗各种经筋病的独特方法,是经筋理论临床最好的诠释。长圆针疗法安全性高,未见不良反应,可被广大患者接受,减轻疼痛的同时还能改善患者肢体功能,消除患手肿胀,且有较好的远期疗效,有利于提高患者的生存质量,操作简单易于今后临床推广。

参考文献

[1] 方杰,潘翠环,苏久龙,等. 上肢漩涡浴与运动疗法对脑卒中后肩手综合征的疗效[J]. 中国康复医学杂志, 2013,28(2):160.
[2] 南登昆. 康复医学[M]. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 2004.208.
[3] 韩淑凯,曹文杰,孙志英,等. 针药并用对脑卒中后肩手综合征患者的疗效分析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2012,18(1):101.
[4] 林卉,马铁明. 针灸疗法治疗肩手综合征疗效的Meta分析[J]. 针刺研究, 2012,37(1):77.
[5] 陈少贞,黄东锋,江沁,等. 脑卒中偏瘫手肿胀压力疗法的观察[J]. 中国康复医学杂志, 2000,15(1):19.
[6] 沈学勇. 经络腧穴学[M]. 第2版. 北京: 中国中医药出版社, 2007.13.
[7] 张春侠. 长圆针解结治疗肩袖损伤24例[J]. 上海针灸杂志, 2012,31(2):127.
[8] 林雪. 针刺治疗中风后肩手综合征的疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2007,23(4):19.
[9] 薛立功,张海荣. 经筋理论与临床疼痛诊疗学[M]. 第1版. 北京: 中国中医药出版社, 2002:100.
[10] 付磊,刘未艾,吴清明,等. 针刺结合刺络拔罐治疗脑卒中后肩手综合征疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2009,28(3):134.
[11] 莫倩,马晓晶,王凤龙,等. 辩证运用长圆针治疗中风偏瘫后肩-手Ⅰ期综合征[J]. 颈腰痛杂志, 2012,33(3):213.
[12] 李青青,马晓晶,王韵. 长圆针治疗腰椎间盘突出症45例[J]. 现代中西医结合杂志, 2011,20(16):2013.