

缠绕疗法结合针药治疗脑卒中后复杂性区域疼痛综合征

刘宝国

(湖北省十堰市武当山特区医院 十堰 442714)

摘要:目的:观察缠绕疗法、运动疗法、冰水浸泡结合中药药浴、针灸治疗脑卒中后复杂性区域疼痛综合征的疗效。方法:57 例患者随机分为治疗组、对照组,对照组采用缠绕疗法、运动疗法、冰水浸泡,治疗组在此基础上加用药浴及针灸,于治疗 3 周后进行评估。结果:治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗复杂性区域疼痛综合征疗效显著。

关键词:脑卒中;复杂性区域疼痛综合征;运动疗法;缠绕疗法;针灸;药浴

中图分类号:R 743.3

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.008

复杂性区域疼痛综合征(CRPS)是脑卒中后常见的并发症,笔者采用缠绕疗法结合针药治疗 32 例脑卒中后 CRPS,效果满意。现报道如下:

1 临床资料

1.1 研究对象 选择 2008 年 10 月~2012 年 7 月武当山特区医院综合科收治的 57 例脑卒中后复杂性区域疼痛综合征患者。纳入标准:(1)符合全国第四届脑血管病学术会议通过的脑血管意外中的脑出血和脑梗死的诊断标准^[1];(2)符合赵国栋^[2]CRPS 的临床表现、诊断标准及分期,且均为 I 期;(3)从发病到接受治疗病程不超过 3 个月;(4)神志清楚,智能正常;(5)患者知情同意。排除标准:(1)合并有

2 结果

2.1 临床疗效 结果见表 1。两组总有效率经统计学处理, $P<0.05$,治疗组疗效优于对照组。

表 1 两组临床疗效比较 例(%)					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	60	16(26.7)	37(61.7)	7(11.7)	53(88.3)
对照组	54	16(29.6)	23(42.6)	15(27.8)	39(72.2)

2.2 心电图疗效比较 见表 2。经 χ^2 检验,两组总有效率比较有显著性差异($P<0.05$),治疗组疗效优于对照组。

表 2 两组心电图疗效比较 例(%)					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	60	13(21.7)	39(65.0)	8(13.3)	52(86.7)
对照组	54	13(24.1)	24(44.4)	17(31.5)	37(68.5)

2.3 治疗后对左心功能的影响 结果见表 3。治疗组治疗后左心功能各项指标与对照组比较有显著差异($P<0.05$),治疗组疗效优于对照组。

表 3 治疗前后左心室射血功能的变化 ($\bar{X}\pm S$)					
观察项目	治疗组				对照组
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
SV/(mL/搏)	61.88±22.32	83.44±30.22* [△]	62.05±21.33	71.55±24.19*	
CO/(L/min)	4.66±1.48	6.53±2.08* [△]	4.32±1.28	5.12±1.46*	
SI/[mL/(搏·m ²)]	40.24±12.31	57.46±18.26* [△]	42.36±11.24	47.75±12.38*	
CI/[L/(min·m ²)]	3.14±1.59	4.27±1.50* [△]	3.06±1.37	3.65±1.24*	
EF(%)	48.22±1.71	62.51±3.61* [△]	46.80±2.31	48.83±3.21*	

注:各组治疗前后自身比较,* $P<0.05$;两组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。

2.4 不良反应 治疗组与对照组治疗前后安全指标对比无明显变化,未发现毒副作用。

3 讨论

充血性心力衰竭属中医“心悸、水肿、喘证、痰

其他严重器质性疾病者;(2)由于感染或损伤等原因引起的临床类似症候群。符合上述条件的患者 57 例,男 30 例,女 27 例;年龄 37~72 岁,平均 56.4 岁;脑出血 17 例,脑梗死 40 例。随机数字表分为两组,治疗组 32 例,对照组 25 例。两组患者在治疗前一般情况基本相似,年龄、性别、发病时间、脑血管病类型、危险因素等资料经统计学处理差异无显著性意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 两组均予相对统一的中西药物治疗,如调整血压、控制血糖、颅内压高者予以脱水、防止患手处于下垂位等。均采用如下方法:(1)向心性缠绕压迫手指,用直径 1~2 mm 的绳子从远端向“饮、胸痹”等范畴。主要由于心脾肾阳气虚衰,不能运化水湿鼓动营血,造成水湿内停、瘀血阻络,形成本虚标实的病理改变。

对于阳气虚衰、瘀血水饮内停型心力衰竭,可以采用温阳益气、活血通络、利水消肿治疗方法。在常规强心、利尿、扩管治疗基础上配合芪苈强心胶囊取得较好的临床疗效。芪苈强心胶囊由黄芪、人参、附子、丹参、葶苈子、泽泻、玉竹、桂枝、红花、香加皮、陈皮等组成。以黄芪、附子益气温阳为君;丹参和活血血,人参通补元气,以治络虚,葶苈子泻肺逐水为臣;佐以红花活血化瘀,陈皮舒畅气机,泽泻、香加皮利水消肿,玉竹养阴以防利水伤正;使以桂枝辛温通络、温阳益气;合而共奏心气充、阳气复、脉络通、水肿消之功效,使病人心慌气短、不能平卧、尿少水肿等心衰诸症消除。动物实验表明,芪苈强心胶囊能改善心肌血供,增强心肌收缩力,减少心室重构,阻断神经内分泌恶性循环,纠正水钠紊乱^[4]。

参考文献

[1]马业新,曾和松.心血管病诊疗指南[M].北京:科学出版社,2006.6
[2]贝政平.内科疾病诊断标准[M].北京:科学出版社,1996.8
[3]朱文峰.国家标准应用·中医内科疾病诊疗常规[M].长沙:湖南科学技术出版社,1999.2
[4]刘建勋,马晓斌,王扬慧,等.芪苈强心胶囊对实验性心力衰竭犬心脏功能的影响[J].疑难病杂志,2007,6(3):199-201

(收稿日期:2012-08-23)

表 2 治疗结束后两组其它症状改善比较 例

组别	n	显效	改善	无效	总有效率(%)
治疗组	32	19	12	1	96.9
对照组	25	7	12	6	76.0

3 讨论

1994 年国际疼痛研究学会提出将偏瘫后反射性交感神经营养不良 (reflex sympathetic dystrophy, RSD, 又称偏瘫后肩 - 手综合征) 归纳为复杂性区域疼痛综合征 (complex regional pain syndrom, CRPS) I 型, 即与交感神经介导性密切相关的疼痛^[1]。CRPS 是脑卒中常见的并发症之一, 根据 Davis (1977 年) 的统计, 其发生率约占偏瘫患者 12.5%, 其中 60% I 期患者发生在 1~3 个月之间^[2]。发病机制有以下几种学说^[3]: (1) 交感活性增强; (2) 外周痛觉感觉器致敏; (3) 脊髓后角神经元活动异常; (4) 中枢敏化; (5) 中枢下行抑制功能异常等。CRPS 分三期: I 期 (疼痛、水肿、感觉过敏、关节活动受限)、II 期 (营养障碍)、III 期 (萎缩)。如 I 期不及时治疗, 就会逐渐发展为 II、III 期, 导致患侧上肢永久性功能障碍。肩关节周围的肌肉、肌腱、关节囊和滑囊等软组织主要由胶原纤维构成, 当 CRPS 肩痛时肩关节活动受限, 这些软组织在缺乏应力牵张的条件下有自行收缩的倾向, 造成关节挛缩。缠绕疗法可以促进组织内积液回流, 改善手腕部关节运动, 更使组织内积液导致的疼痛得到改善^[4]。患侧上肢的无痛性主动、被动活动可使肌肉收缩与舒张, 促进静脉回流, 减轻关节的粘连及肌肉废用性萎缩。冰水浸浴可以减少渗出、减轻水肿, 可以减轻痛觉的敏感性。中医认为肩 - 手综合征为气虚血瘀所致, 中药全方共奏活血化瘀、消肿散结、理气止痛通络之疗效, 直接洗浴局部, 具有改善局部血液循环、改善血液回流、消除瘀滞及消除局部疼痛与水肿的作用。针灸诸穴配合, 达到通络止痛、活血散寒之功。中西医结合通过多种机制来改善疾病的发展变化, 故能取得显著的疗效。

参考文献

[1] 中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379
[2] 赵国栋. 复杂性区域疼痛综合征[J]. 现代医院, 2004, 4(11): 4-6
[3] 徐希娴. 复杂的局部疼痛综合征的发病机制[J]. 中国药物与临床, 2003, 3(1): 42-44
[4] 王小兵, 汪燕. 运动疗法改善肩周炎肩关节功能障碍[J]. 中国临床康复, 2003, 7(2): 274-275

(收稿日期: 2012-09-10)

.....

近心端缠绕患手每一手指及手掌至腕关节, 然后再一一解开绳子, 每天重复进行 3 次。(2) 主被动活动: 应用轻柔的被动关节活动, 特别注意前臂旋后和适当腕背曲。自主活动时, 采用 Bobath 握手, 在无疼痛范围内做辅助主动活动。(3) 冰水浸泡法: 患手浸泡在清水中, 冰与水之比为 2:1, 时间以患者能耐受为度。治疗组除采用上述措施外, 加用中药浴疗及针灸。浴疗药物为: 生黄芪、红花、伸筋草各 18 g, 桃仁、桑枝、威灵仙各 15 g, 白芍、络石藤、乌药、全虫、雄骨风各 12 g, 蜈蚣 2 条, 水煎 2 次, 取汁 3 L, 由肩至手部洗浴, 水温 50~60 ℃, 至水温接近人体表温度时停止, 3 次/d。针灸治疗: 选穴: 患侧肩髃、肩贞、肩井、曲池、合谷、阳陵泉, 配用阿是穴。采用华佗牌直径 0.3 mm 的 1.5 寸毫针, 以直刺为主, 平补平泻, 留针 30 min, 1 次/d。上述治疗均 7 次为 1 个疗程, 连续治疗 3 个疗程后评估疗效。

1.3 功能测评 (1) 止痛疗效评定采用视觉模拟评分法: 0~1 分为优, 2~3 分为良, 4~6 分为中, >7 分为差。治疗前疼痛强度 >7 分, 疗效指数 = (治疗前评分 - 治疗后评分) / 治疗前评分 × 100%。疗效指数 = 100% 为疼痛完全消失; 疗效指数 >70% 为疼痛基本消失; 疗效指数 30%~70% 为疼痛减轻; 疗效指数 <30% 为无效。总有效率 = 疼痛完全消失 + 疼痛基本消失 + 疼痛减轻。(2) 其它症状变化情况: 显效: 患侧肩手水肿消失, 皮温及手的颜色和关节活动度基本正常; 改善: 患侧肩手水肿有所减轻, 关节活动度有所改善; 无效: 经过治疗后无好转。

1.4 主要观察指标 治疗结束后各组改善神经疼痛症状及其它症状的改善结果。

1.5 统计学分析 采用 SPSS10.0, 采用 q 检验和 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有显著性意义。

2 结果

2.1 疼痛改善情况 纳入患者 57 例全部进入结果分析。治疗结束后两组疼痛情况比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 治疗结束后两组改善疼痛疗效比较 例

组别	n	疼痛完全消失	疼痛基本消失	疼痛减轻	无效	总有效率(%)
治疗组	32	18	10	3	1	96.9
对照组	25	6	9	5	5	80.0

2.2 其它症状改善情况 两组差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

欢迎广告惠顾! 欢迎投稿! 欢迎订阅!