$P < 0.05$ 示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的综合疗效 分析采用等级来评判两组患者的临床疗效。见表 1。

表 1 两组患者的临床疗效

组别	n	基本痊愈 (例)	显著进步 (例)	进步 (例)	无变化 (例)	恶化 (例)	总有效率 (%)
观察组	150	35	51	54	10	0	93.3
对照组	150	30	50	52	18	0	88.0

2.2 两组患者治疗前后神经功能缺损程度评分比较 两组患者治疗前后的神经功能缺损程度评分存在显著差异,具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者神经功能缺损程度评分治疗前后变化情况(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前评分	治疗后评分
观察组	13.85± 1.62	6.73± 2.55
对照组	13.93± 1.80	8.45± 2.66

2.3 两组患者治疗前后血脂水平比较 两组患者治疗前后血脂水平存在显著差异,具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者的血脂水平治疗前后的变化情况(mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	TC	TG	HDLc	LDLc
观察组	治疗前	6.82± 0.78	2.75± 0.38	1.13± 0.28	4.25± 0.42
	治疗后	5.06± 0.62	1.67± 0.32	1.41± 0.26	2.93± 0.28
对照组	治疗前	6.76± 0.66	2.73± 0.39	1.12± 0.25	4.23± 0.52
	治疗后	5.81± 0.88	2.25± 0.36	1.13± 0.30	4.21± 0.51

3 讨论

中风病是中老年人常见的病症,也是一种多发

病症,中风恢复期机体处于恢复状态,处于此时期的患者需要的治疗多是以扶正通络、益气活血为主,采用中医针药治疗可以取得较好的疗效,因为采用的中药多以益气活血化瘀、通经活络为主。当脑部缺血时造成脑神经损失的重要原因是其中的氧自由基与其介导的脂质产生氧化连锁反应,中医针药治疗可以改善脑部循环,从而调节氧自由基,修复神经。

辨证论治是中医学诊疗的基础,也是一个动态变化过程,会受到外界因素的影响以及被诊治者的主观倾向影响^[2]。因此,我们认为对证候的规范化研究有助于中医学临床诊疗的水平提升。对于气虚血瘀型的研究是近年来受到重点关注的一个课题。本研究通过具体的临床资料和治疗来观察中风恢复期气虚血瘀型患者的一些证候变化情况,气虚血瘀型的治疗主要以益气活血为主^[3],由上述研究可以看出通过中医针药治疗的患者的各项病理症状都得到了明显的改善。综上所述,中风恢复期患者的病理生理可作为中风恢复期气虚血瘀型判定的一个标准。

参考文献

- [1]王新芳,董联玲.中风病恢复期中医药治疗近况[J].中西医结合心脑血管病杂志,2006,4(5):433-434
- [2]王迅.针药结合治疗缺血性中风恢复期 80 例气虚血瘀型患者的临床研究[J].中国保健营养,2013,23(8):2117
- [3]郭存璐.补阳还五汤加味治疗脑梗死恢复期气虚血瘀型疗效观察[J].湖北中医杂志,2009,31(12):42-43

(收稿日期:2014-06-03)

中西医结合治疗脑卒中后肩手综合征 30 例

杨洁

(河南省安阳市灯塔医院中医科 安阳 455000)

摘要:目的:观察中西医结合治疗脑卒中后肩手综合征的疗效。方法:将 60 例脑卒中后并发肩手综合征患者随机分为观察组和对照组,两组均应用物理及康复疗法,观察组加用针刺疗法和中药内服、外敷,治疗 1 个月后评定疗效。结果:观察组总有效率为 83.3%,明显高于对照组的 66.7%,治疗后患者上肢运动功能及日常生活活动能力较治疗前有显著改善,且明显优于对照组。结论:中西医结合治疗脑卒中后肩手综合征疗效确切,值得临床推广应用。

关键词:脑卒中;肩手综合征;中西医结合疗法

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.01.019

肩手综合征又称反射性交感神经营养不良,脑卒中后肩手综合征的发病率为 10%~75%,多在 45~78 岁之间,影响肢体功能恢复。临床上主要表现为疼痛、感觉异常、血管功能障碍、水肿、出汗异常及营养障碍^[1]。一旦出现上述症状要及时正确的早期治疗,避免患肢的运动功能持续降低。临床上,笔者采用中西医结合治疗脑卒中后肩手综合征,取得了满意的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例来源于 2011 年 1 月~2013 年 12 月我院神经内科和中医科住院及门诊患者,随机分为观察组和对照组。对照组 30 例,男 19 例,女 11 例;平均年龄 60 岁;脑梗死 18 例,脑出血 12 例;平均病程 60 d。观察组 30 例,男 20 例,女 10 例;平均年龄 63 岁;脑梗死 21 例,脑出血 9 例;平均病程 62 d。两组患者临床资料比较,差异无显著性意义

($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 符合西医脑卒中诊断标准; 符合中医中风病诊断标准; 脑卒中 6 个月内患侧肩疼痛、手水肿及疼痛, 并出现手的运动功能受限。

1.3 排除标准 丘脑病变所致的肢体疼痛, 病前有明显肩关节疾病而至疼痛或运动功能障碍者, 以及临床资料不全者。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 服用常规药物, 包括皮质类固醇、钙离子拮抗剂和消炎镇痛药物, 应用超声波、红外线等物理治疗及康复训练。

1.4.2 观察组 在对照组的基础上加用中医药疗法, 包括益气活血通络中药内服和外敷, 传统针刺、电针和刺络放血及穴位封闭。

1.5 疗效标准 两组患者均在治疗后 1 个月进行疗效评定, 同时观察不良反应, 根据《脑卒中的康复评定和治疗》^[2]进行疗效评定: (1) 以疼痛视觉模拟评分法 (CAS) 评定肩痛: 在一张白纸上画一条长 10 cm 的直线, 10 等分从 0~10, 0 为正常, 分值越大疼痛越剧烈; (2) 上肢综合性运动功能评定以改良 Fugl-meyer 法; (3) 日常生活活动能力 (ADL) 用

Baxthel 指数法 (BI)。

1.6 统计学处理 计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, 计数资料比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异具有显著性。

2 治疗结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组治愈率、总有效率为 40.0%、83.3%, 优于常规对照组的 30.0%、66.7%, 说明中西医结合治疗脑卒中后肩手综合征有明显疗效, 均优于对照组 ($P<0.05$)。结果见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	12 (40.0)	6 (20.0)	7 (23.3)	5 (16.7)	25 (83.3)
对照组	30	9 (30.0)	7 (23.3)	4 (13.3)	10 (33.3)	20 (66.7)

2.2 两组治疗前后评分比较 观察组 VAS 评分、简化 Fugl-Meyer 评分和 BI 比较改善均优于对照组, 说明中西医结合治疗脑卒中后肩手综合征在肩痛、上肢综合性运动功能和日常生活能力改善方面均优于对照组。观察组治疗后评分明显降低 ($P<0.05$), 与对照组治疗后比较也有统计学意义 ($P<0.05$)。结果见表 2。

表 2 两组患者疼痛 VAS、简化 Fugl-Meyer 评分和 BI 比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	VAS 评分 (分)		Fugl-Meyer 评分 (分)		BI	
		治疗前	1 个月后	治疗前	1 个月后	治疗前	1 个月后
观察组	30	5.83±1.46	2.47±1.55**	18.87±3.07	30.67±6.6**	43.03±6.43	74.13±4.59**
对照组	30	5.47±1.48	3.73±1.02*	18.60±2.44	23.63±2.82*	42.80±5.99	53.37±6.19*

注: 与治疗前比较, * $P<0.05$; 与对照组治疗后比较, ** $P<0.05$ 。

3 讨论

肩手综合征因严重影响中风患者的生活质量, 日益受到医疗人员的重视。其病因不清, 可能与交感神经系统功能障碍、压迫下腕关节被牵拉并掌屈、过度牵拉、输液渗出、手意外伤害等有关^[3]。根据临床进展过程, 肩手综合征分为急性期 (I 期)、营养障碍期 (II 期) 和萎缩期 (III 期) 三个阶段, 如果能够在急性期给予及时合理的治疗, 不仅可以控制和阻止病情进展, 也能防止手指出现不可逆的功能障碍^[4]。采用综合康复治疗肩手综合征越早, 效果越好^[5]。肩手综合征西药常用皮质类固醇、钙离子拮抗剂等, 消炎镇痛药也是常用药物。肩手综合征应注重早期预防, 对急性脑卒中患者来说, 保持正确的体位是最根本、最重要的^[6], 如仰卧时按良姿位摆放, 坐位和立位时暂时悬吊上肢, 活动时应健手和患手交叉, 用健手带动患手上举, 被动运动即在无痛范围内轻柔地做各关节的被动活动, 向心性缠绕手指、手腕。冰疗也是常用的方法, 物理康复还包括光疗、温热磁场治

疗、超声波疗法、肌电反馈治疗及早期使用矫形器等^[7]。

本病从整体上辨证属于“中风”范畴, 而从局部辨证可归属于“痹症”范畴^[8]。中医认为, 中风后由于患侧肢体麻木不仁, 正气亏虚, 邪气偏盛, 气血周流不畅, 痰浊瘀血易聚集于患侧肢体。痰浊之性黏滞, 瘀血则重着不移, 痰瘀互结, 气血更为不通, 不通则痛。病久气虚, 辨证为气虚血瘀。中药内服以益气活血、通络止痛为主, 外用可浸洗、热敷。药用桂枝、羌活、香附、地龙、桃仁、白芍、生甘草, 水煎服, 同时将药渣敷在疼痛部位。中医在中风病康复方面具有显著的优势, 但是由于中风发病机制的复杂性和临床表现的多变性, 单一的干预措施难以得到理想的治疗效果^[9]。中医药疗法除了中药内服及外敷外还可选用针刺疗法。针刺疗法包括传统针刺、电针、刺络放血和穴位注射等, 主要选择手阳明经穴为主, 常选择曲池、合谷、八邪等穴, 均可改善症状。总之, 在康复物理治疗和西药应用的基础上, 配 (下转第 40 页)

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 糖尿病诊断标准：世界卫生组织(WHO)1999年颁布的DM诊断标准。

1.2.2 中医辨证标准 参照卫生部药政局2002年颁布的《中药新药临床研究指导原则》中有关中药新药治疗消渴病(消渴)的临床研究指导及《实用中医内科学》关于痰瘀证的内容。

1.3 研究方法 将符合标准的糖尿病患者80例,采用随机数字表法将其分为治疗组和对照组,每组各40例,对照组继续给予原降糖治疗药物,治疗组在对照组治疗基础上加用三生调脂舒,3个月为1个疗程。

1.4 疗效判断标准 参考《中药新药临床研究指导原则》,根据观察指标的变化,制定标准,超敏C反应蛋白的疗效判定标准为:显效:Hs-CRP下降≥20%,或治疗后<10mg/L;有效:Hs-CRP下降≥10%,但<20%;无效:Hs-CRP无下降反升高、或下降<10%。

1.5 统计处理 数据处理采用SPSS13.0统计学软件,计数资料采用χ²检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验。P<0.05为差异有统计学意义,P<0.01为差异极显著,P>0.05为差异无统计学意义。

2 结果

两组治疗前后超敏C反应蛋白相比较,两组各自治疗前后比较P均<0.05,提示治疗组和对照组均可降低超敏C反应蛋白的水平。两组治疗后组间比较P=0.00256<0.01,提示治疗组降低超敏C反应蛋白水平的作用优于对照组。见表2。

表2 两组治疗前后Hs-CRP比较(mg/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	P
对照组	40	11.87±1.55	9.16±0.98	0.01813
治疗组	40	11.26±1.24	7.07±0.77	0.00761

3 讨论

糖尿病是一组由于胰岛素缺乏和(或)胰岛素生物作用障碍导致糖代谢紊乱,以长期高血糖为主要

特征的代谢综合征。现代医学认为糖尿病发病是由遗传、自身免疫及环境等多种因素共同作用的结果,但至今病因尚未完全阐明^[1]。近年来研究发现,在新发现的糖尿病(空腹血糖>7.0mmol/L)或确诊的糖尿病患者中,在校正体重指数因素(BMI)后,CRP水平明显增高,而CRP在非糖尿病或仅伴有空腹血糖异常(6.1~7.0mmol/L)者中正常^[2]。国内资料表明,糖尿病患者CRP及Hs-CRP水平明显高于正常人群。国外资料显示,正常空腹血糖的老年人中数年后糖尿病病发的,CRP基础水平比未病发者高^[4]。

三生调脂舒是昆明市中医医院应用于临床多年的验方,本组方以“调养脾肾,活血化瘀,化痰泻浊”为立意,方中选用制何首乌、薏苡仁、生三七和山楂四种中药,其中制何首乌为君药,补肾益肝;薏苡仁为臣药,健脾补中益气;生三七和山楂为佐药,前者行血活血、破瘀散结,而后者活血散瘀、化痰行气。全方共奏补肾健脾、活血祛瘀、化痰泻浊、通经畅脉之功。在现代药理研究中,山楂和生三七可降低2型糖尿病患者血糖血脂水平,降低血液的黏稠度及动脉粥样硬化水平,抑制血栓形成,增强血液流变性,抑制血小板聚集,使血液流通畅快,改善组织中缺氧和缺血状态。生三七、制何首乌和薏苡仁能改善受损组织功能,降低体内炎症反应,逐步缓解和改善2型糖尿病患者体内的炎症状态。在以上有效中药成分综合作用下,调整机体五脏功能,从而起到降低超敏C反应蛋白水平的作用。综上,中医中药制剂三生调脂舒对2型糖尿病及其并发症的预防和治疗具有重要的临床应用价值和广阔的发展前景,值得进一步研究、推广及应用。

参考文献

[1]桂庆亚,叶亮.2型糖尿病辨证的研究进展[J].南京中医药大学学报,2011,27(5):498-500
 [2]朱庆文,陈根清,陈晓华.2型糖尿病超敏C反应蛋白及相关指标表达的临床意义[J].浙江实用医学,2006,11(3):156-157
 [3]Ford ES. Body mass index, diabetes, and C-reactive protein among U. S. adults [J]. Diabetes Care,1999,22(12):1971-1977
 [4]冯惠清,王建国,殷红.C反应蛋白在糖尿病临床中的应用[J].中国糖尿病杂志,2010,18(3):235-236

(收稿日期:2014-08-13)

(上接第35页)合中药、针刺等中医药疗法,能更好地改善肩手综合征的症状及提高日常生活能力,是有效的治疗方法,也是中医药的优势所在。

参考文献

[1]中华医学会神经病学分会神经康复学组,中华医学会神经病学分会脑血管病学组,卫生部脑卒中筛查与防治工程委员会办公室.中国脑卒中康复治疗指南(2011完全版)[J].中国康复理论与实践,2012,18(4):301-318
 [2]缪鸿石,朱牖连.脑卒中的康复评定和治疗[M].北京:华夏出版社,1996.178-179
 [3]倪朝民.神经康复学[M].北京:人民卫生出版社,2007.70

[4]苏琦,陈庆法.间歇性气压治疗脑卒中后肩手综合征的疗效观察[J].齐齐哈尔医学院学报,2010(16):2539-2540
 [5]阳初玉,陈秀琼,林卫.脑卒中后肩手综合征的治疗方法和疗效分析[J].中国实用神经疾病杂志,2008,11(3):20-22
 [6]宋艳玲.肩手综合征的康复护理[J].中华临床与卫生,2004,2(6):53
 [7]杨伟红,杨光福,侯利军.中西医结合治疗脑卒中的肩手综合征进展[J].职业与健康,2011,27(14):1663-1664
 [8]周霞,王兴巨,庄慧魁.肩手复康散治疗中风后肩手综合征的临床观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2010,8(4):432-433
 [9]许锦锦,谢宜南,马壮,等.中风病中医综合康复治疗概况[J].中医杂志,2013,54(2):163-166

(收稿日期:2014-09-16)