

中药泡洗联合针灸治疗脑梗后肩手综合征效果观察

高改凤

(河南省安阳市第七人民医院 安阳 455000)

摘要:目的:观察中药泡洗联合针灸治疗脑梗后肩手综合征的临床疗效。方法:选取 2014 年 10 月~2015 年 10 月我院收治的 95 例脑梗死后肩手综合征患者作为研究对象,随机分为观察组 48 例和对照组 47 例。对照组采用康复训练,观察组在康复训练的基础上增加中药泡洗联合针灸治疗。观察比较两组患者的临床症状改善情况及疗效。结果:治疗后观察组的 VAS 评分低于对照组,而 Fugl-Meyer 评分及临床疗效高于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:采用中药泡洗联合针灸治疗脑梗死后肩手综合征患者,临床效果显著,可明显改善患者的临床症状,减轻其疼痛程度。

关键词:脑梗死;肩手综合征;中药泡洗;针灸

中图分类号:R247.9

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.08.014

近年来,脑血管疾病的发病率逐渐上升,且有较高的致残率和致死率,严重威胁患者的生命健康和安全。肩手综合征(Should-Hand Syndrome, SHS),又称反射性交感神经性营养不良,是脑梗死患者发生偏瘫后的常见并发症,主要发生于患者脑梗后 3 个月内,因发生偏瘫后,患者肢体失用导致肢体经脉气血阻滞,从而出现肩关节及手部肿胀、受累关节活动受限、疼痛及被动活动时疼痛加剧等症状^[1]。早期发现和治疗对肢体功能预后至关重要。本研究将中药泡洗联合针灸应用于脑梗后并发肩手综合征患者中,取得了良好的临床效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 10 月~2015 年 10 月我院接收的脑梗后肩手综合征患者 95 例为研究对象,随机分为对照组 47 例和观察组 48 例。对照组中男 24 例,女 23 例;年龄 55~75 岁,平均年龄(63.3 ± 2.4)岁。观察组中男 23 例,女 25 例;年龄 50~78 岁,平均年龄(64.2 ± 1.4)岁。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入标准 符合脑梗诊断标准者;符合肩手综合征诊断标准者^[2];无意识障碍,生命征平稳,GCS 评分 >8 分者。

1.3 排除标准 肩周炎、颈椎病等引起的肩手综合征患者;局部皮肤破损,不宜进行中药泡洗者;对研究用药过敏者;有癫痫、合并肝肾功能障碍者。

1.4 方法

1.4.1 对照组 进行常规康复训练,如肢体的被动和主动功能锻炼、肢体按摩等。

1.4.2 观察组 在对照组的基础上增加中药泡洗联合针灸治疗。(1)中药泡洗药方组成:生黄芪 30 g、桑枝 30 g、牛膝 30 g、赤芍 15 g、川芎 15 g、当归 15 g、生川乌 10 g、生草乌 10 g、地龙 10 g、红花 10 g、川椒

10 g、炙甘草 10 g、伸筋草 10 g、僵蚕 10 g、桃仁 10 g。水煎至 3 000 ml 进行泡洗,水温控制在 38~40℃,30 min/次,早晚各泡洗 1 次。持续治疗 10 d。(2)针灸治疗:患者取仰卧位,患侧肩后垫软枕,取穴极泉、内关、肩髃、肩髃、尺泽、缺盆、天泉、天宗、手三里、曲池、合谷等穴,极泉行提插泻法,尺泽、内关行提插捻转泻法,其他穴位采用提插捻转补法。采用 30 号 2 寸毫针,每次留针 30 min,1 次/d,共治疗 10 d。

1.5 观察指标及标准 观察两组患者的临床疗效、治疗前后的肩关节疼痛程度(VAS 评分)及上肢运动功能(Fugl-Meyer 评分)。疗效标准^[3]:患肢疼痛、肿胀消失,关节功能基本正常,皮温正常,为痊愈;患肢疼痛明显减轻,肿胀基本消退,指关节屈曲活动轻度受限,被动活动时仍有轻微疼痛,偶有皮肤发凉症状,为显效;患肢疼痛、肿胀减轻,被动活动时有明显疼痛,为有效;患肢症状、体征无好转,甚至加重,为无效。

1.6 统计学分析 采用 SPSS18.0 统计学软件进行数据处理,计数资料用%表示,采用 χ^2 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。

2 结果

2.1 两组 VAS 和 Fugl-Meyer 评分比较 治疗前两组 VAS 和 Fugl-Meyer 评分比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;治疗后观察组 VAS 评分低于对照组,而 Fugl-Meyer 评分高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组 VAS 和 Fugl-Meyer 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)				
组别	n	时间	VAS 评分	Fugl-Meyer 评分
观察组	48	治疗前	7.29 $\pm$ 1.31	33.71 $\pm$ 3.12
		治疗后	3.12 $\pm$ 1.05 [*]	76.73 $\pm$ 4.63 ^{**}
对照组	47	治疗前	7.26 $\pm$ 1.43	33.56 $\pm$ 3.53
		治疗后	4.62 $\pm$ 1.02 [*]	70.51 $\pm$ 5.10

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

2.2 两组临床疗效比较 观察组的治疗总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	48	16(33.33)	17(35.42)	14(29.17)	1(2.08)	47(97.92)
对照组	47	10(21.28)	10(21.28)	19(40.43)	8(17.02)	39(82.98)
χ^2						27.18
P						<0.05

3 讨论

脑梗后肩手综合征的发病原理尚不十分明确。研究表明^[4],肩手综合征的发生可能与脑梗急性发作有关,脑梗死在一定程度上影响了血管运动中枢,患肢交感神经表现出异常兴奋导致血管发生痉挛反应,肩手局部组织出现血液流动障碍和营养供应不良,进而出现手部疼痛、肩胛和水肿等临床症状。患者除了伴有明显的肢体功能障碍外,认知、情感等功能也受到影响,心理负担加重,给家庭经济造成一定的负担^[5]。单一的康复训练并不能从根本上改善脑梗后肩手综合征。

中医理论认为脑梗后中风多为肝肾不足、气血亏虚引发,临床治疗应注重活血化瘀、舒经活络。本研究采用的中药方剂包含生川乌、生草乌,二者共为君药,具有通络止痛、祛风除湿的效果;红花、川芎、当归为臣药,辅助君药,起到舒经活络的功效;桑枝及赤芍等,可有效降低血小板的粘附率,改善血浆的浓度,对脑梗死血栓的形成有抑制作用^[6],同时还能抑制血小板的聚集,改善血管阻塞,促进机体局部血液循环和代谢功能。此外,通过中药泡洗可以借助

(上接第 4 页)凝血酶作用,能够抑制多种已激活的凝血因子活性,阻止纤维蛋白原向纤维蛋白转化,降低纤维蛋白浓度与红细胞压积,及时纠正凝血功能障碍,促进血栓溶解,提高脑血流量。待患者临床症状改善后加用华法林重叠使用 3~5 d,同时检测 INR2~3 后停用肝素,对于病因明确且临床症状改善的患者,华法林可使用 3 个月;对于病因不明确的高凝状态可服用华法林 6~12 个月;对于复发性 CVST 患者可考虑终身抗凝。根据病情需要同时予降低颅内压、控制癫痫、维持水电解质平衡等对症支持治疗。本研究中,未有患者进行溶栓、机械取栓、静脉窦支架等治疗。所有患者随访 6 个月,结果如下:MRS 评分 0~1 分为 18 例;2 分为 4 例;3~5 分为 7 例;1 例死于脑出血;3 例经治疗后复发,其中 1 例复发两次。

颅内静脉窦血栓早期临床表现复杂多样、影像学改变不典型,早期诊断非常困难;若未得到及时治

热力和药力的共同作用刺激患部,促进肢体血液循环,达到缓解疼痛、消除水肿的目的。针灸是中医的特色疗法,具有行气活血、化瘀通络的作用,通过针刺可激发患肢经气,调理经络气血运行,改善患者局部血液循环,促进组织、神经功能恢复,达到“通则不痛”的目的。中药泡洗与针灸联合使用,具有很好的协同作用。

本研究结果显示,观察组的 VAS 评分低于对照组,而 Fugl-Meyer 评分和临床疗效优于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$,说明中药泡洗联合针灸治疗能够有效改善脑梗后肩手综合征的临床症状,提高治疗效果。综上所述,在常规康复训练的基础上增加中药泡洗与针灸治疗,可有效提高脑梗后肩手综合征患者肢体运动能力,减轻疼痛,提高疗效。

参考文献

[1]李乐军,陈丽萍,刘晓丽,等.中药泡洗结合针灸推拿和康复训练对脑梗塞后肩手综合征患者的生活质量影响[J].时珍国医国药,2013,24(1):173-175
[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,1998.83
[3]于庆,卢尚卓.中药泡洗结合针灸推拿康复治疗脑梗死后肩手综合征 50 例的临床效果观察[J].中国卫生标准管理,2015,6(26):129-130
[4]张善举,韩冠先,李瑞垣,等.中风病(脑梗死)急性期中医药疗法的运用及效益研究[J].现代中西医结合杂志,2013,22(1):3-5
[5]刘露.中药泡洗结合针灸推拿康复治疗脑梗死后肩手综合征的临床疗效[J].中国药物经济学,2015,10(6):66-68
[6]苏克红,赵勇.中药泡洗、针灸、推拿联合治疗脑梗死后肩手综合征的疗效分析[J].中医临床研究,2015,7(11):98-99

(收稿日期:2017-04-28)

疗,晚期随着血栓延长、病情加重、致残率及死亡率极高。综合分析患者临床表现、危险因素及 D-二聚体结果,尽早采取 MRV 或 DSA 检查明确诊断,并及时启动抗凝及病因治疗,方能改善预后。

参考文献

[1]Bousser MG,Crassard I.Cerebral venous thrombosis, pregnancy and oral contraceptives[J].Thromb Res,2012,130(Suppl 1):S19-S22
[2]Coutinho JM,Zuurbier SM,Stam J.Declining mortality in cerebral venous thrombosis: a systematic review[J].Stroke,2014,45:1338-1341
[3]Cioncoloni D,Piu P,Tassi R,et al.Relationship between the modified rankin scale and the barthel index in the process of functional recovery after stroke[J].Neuro Rehabilitation,2012,30(4):315-322
[4]Gao H,Yang BJ,Jin LP,et al.Predisposing factors, diagnosis, treatment and prognosis of cerebral venous thrombosis during pregnancy and postpartum: a case-control study[J].Chin Med J,2011,124(24):4198-4204
[5]陈娟,陈玉萍,魏东宁.欧洲神经科学联盟脑静脉及静脉窦血栓形成治疗指南[J].中国卒中杂志,2007,2(9):780-784
[6]Guenther G,Arauz A.Cerebral venous thrombosis: a diagnostic and treatment update[J].Neurologia,2011,26(8):488

(收稿日期:2017-06-15)