

隔药饼灸治疗脑卒中后肩手综合征 33 例临床观察

陈小波 周小斌

(赣南医学院第一附属医院, 江西赣州 341000)

摘要 目的:观察隔药饼灸治疗肩手综合征的临床疗效。方法:选择符合肩手综合征诊断标准及Kozin分期 I ~ III 期患者 66 例,随机分为治疗组、对照组各 33 例。治疗组予隔药饼灸治疗,对照组予口服塞来昔布胶囊、甲钴胺片治疗,2 组均治疗 15d 后统计疗效。结果:治疗组总有效率为 87.88%,优于对照组的 75.76% ($P < 0.05$);治疗后 2 组 VAS 和 MBI 评分与治疗前比较均有统计学差异 ($P < 0.05$, $P < 0.01$),且治疗后治疗组 VAS 评分小于对照组 ($P < 0.05$),MBI 评分大于对照组 ($P < 0.05$)。结论:隔药饼灸治疗肩手综合征的疗效优于常规使用非甾体类抗炎药和神经营养药,该疗法安全可靠,患者依从性好。

关键词 中风后遗症 肩手综合征 隔药饼灸 白芥子 细辛 车前子 川芎

中图分类号 R743.310.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X (2017) 11-0061-03

肩手综合征 (shoulder-hand syndrome, SHS) 又称反射性交感神经营养不良综合征,症状表现以肩部疼痛、腕-手部疼痛与关节肿大,伴有肩、腕、手关节活动受限,并可能出现手肌腱挛缩为特征的综合征。肩手综合征与交感神经功能障碍及神经源性炎症相关^[1],可继发于脑卒中、颈脊髓损伤、颈椎病、臂丛神经损伤、肩关节损伤,尤其易继发于脑卒中偏瘫患者,并可严重影响上肢的运动功能及手功能。患者常因肩手疼痛减少上肢及手的活动,导致肩、手关节挛缩畸形和遗留上肢残疾^[2-3]。近年来,我院使用隔药饼灸治疗脑卒中后肩手综合征,观察分析了该方法治疗肩手综合征的效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 66 例肩手综合征患者,均为 2013 至 2016 年本院住院治疗的脑卒中患者,以患者就诊顺序编码后采用随机数字表法分为治疗组和对照组。治疗组 33 例:男 20 例,女 13 例;平均年龄 (55.28 ± 1.06) 岁;平均病程 (39.01 ± 1.03) d;病情分期 (Kozin 分期) I 期 18 例,II 期 9 例,III 期 6 例。对照组 33 例:男 22 例,女 11 例;平均年龄 (57.03 ± 0.94) 岁;平均病程 (37.94 ± 1.12) d;病情分期 I 期 18 例,II 期 8 例,III 期 7 例。2 组患者的性别、年龄、病程、病情分期等经 t 检验,均无统计学差异 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 脑卒中的诊断参照中华医学会神经病学分会发布的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014 版》^[4]中关于脑卒中的诊断标准。肩手综合征

诊断标准及分期标准参照 Kozin 标准、Tepperman 标准^[5]。

1.3 纳入标准 符合诊断标准,具有正常言语认知功能,且近 2 周内未使用其他相关治疗药物或采用其他相关治疗方法者,患者及家属同意参与研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1) 合并严重心脏病、肝肾疾病、血液系统疾病和内分泌疾病或精神病者;(2) 患类风湿性关节炎及其他可导致肩关节活动受限疾病者;(3) 有皮肤过敏病史或严重皮肤病者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 行隔药饼灸治疗。穴位为肩井、天宗、肩髃、尺泽、外关、合谷穴。用中药白芥子 120g、细辛 90g、车前子 60g、川芎 60g,粉碎混匀备用,治疗时取药粉 5g 与水混合调成糊状,做成直径约 1cm 的间隔药饼敷贴于所选穴位上,将艾绒搓成艾柱放置其上点燃行隔药饼灸治疗。每穴每次灸 5 壮,每日 1 次,15d 为 1 个疗程。灸后局部皮肤出现明显疼痛或出现 I° 以上烫伤可停止治疗,至烫伤愈合后再行治疗。

2.2 对照组 塞来昔布胶囊 (辉瑞制药有限公司生产,批号 13071404),0.4g,口服,1 次/d;甲钴胺片 [卫材 (中国) 药业有限公司生产,批号 1310541] 0.5mg,口服,3 次/d。

治疗期间,2 组患者均同时由同一康复治疗师组予康复训练 60min/d。2 组患者均在治疗 15d 后评定临床疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 疼痛评定 采用视觉模拟评分法(VAS)评分。

3.1.2 日常生活活动能力评定 选用改良Barthel指数(modified Barthel index, MBI)评分法进行评价。MBI评分可体现患者生活中与穿衣、进食、保持个人卫生等自理活动和坐、站、行走等身体活动有关的基本活动的的能力。良好: MBI>60分;中等: MBI为41~60分;差: MBI≤40分。

3.1.3 安全性指标 观察治疗组患者局部皮肤反应和由于隔药饼灸操作引起的烫伤、皮肤过敏、感染及其他不良事件。

3.2 疗效评定标准 显效:无明显肩、手关节肿大疼痛,肩、手关节被动活动无明显受限;有效:肩、手关节肿大基本消退,关节疼痛明显缓解,肩、手关节被动活动轻度受限,上肢肌肉轻度萎缩;无效:肩、手关节肿痛症状无明显改善,关节活动受限大于60%正常关节活动范围,上肢及手部肌肉明显萎缩。^[6]

3.3 统计学方法 所得数据用SPSS 11.0统计软件行统计学处理。计数资料比较用 χ^2 检验,计量指标比较用 t 检验。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者VAS和MBI评分比较 见表1。

组别	例数	时间	VAS	MBI
治疗组	33	治疗前	7.84±0.65	36.75±9.25
		治疗后	3.14±0.31** [△]	77.84±15.23* [△]
对照组	33	治疗前	7.79±0.82	37.03±10.34
		治疗前	4.58±0.36**	62.29±13.57*

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$; ** $P<0.01$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。

3.4.2 2组患者临床疗效比较 见表2。

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	33	19	10	4	87.88 [△]
对照组	33	14	11	8	75.76

注: Δ 与对照组比较, $P<0.05$ 。

3.5 安全性评价 治疗组在治疗期间未出现由于隔药饼灸操作引起的皮肤Ⅰ°以上烫伤、破溃病例,组内病例均按疗程完成治疗。

4 讨论

目前,西医学对于肩手综合征病因病理的认识,一般认为与中枢神经损伤后继发的交感神经功能障碍及末梢神经血管障碍相关^[7]。脑卒中康复过程中

不适当的运动训练导致肩、腕关节损伤;患肢活动的减少及肌肉收缩能力下降;患肢血液循环障碍也有加重病理过程的可能^[8]。肩手综合征是严重阻碍脑卒中偏瘫患者上肢功能恢复的并发症,且目前尚无较好的治疗方法。

肩手综合征在中医学属“痹症”范畴,中医学理论认为痹症的病因病机与风寒湿邪有关,且与痰湿、瘀血阻络关系密切。该病辨证多属寒证、湿证、血瘀证。寒主凝滞,导致肩、腕-手部疼痛;湿性重浊,痰湿阻络,故而出现关节的肿大;瘀血内阻经络,可加重肿痛症状^[9]。以温经散寒、活血通络、消肿止痛为治则。

隔药饼灸属灸法的一种,是指将药物间隔于穴位施行灸法的操作方法。中医针灸学理论认为,隔药饼灸不仅有艾灸活血通脉、散寒除湿、消瘀散结的作用,还兼具所选用药物的治疗作用。辨证选药,随证取穴是隔药饼灸的特点,可尽量选择与辨证论治则相符的穴位和药物^[10]。隔药饼灸通过药物刺激体表皮部,经由络脉、经脉的传导,对机体的生理功能和病理状态起到良性调整的作用^[11-12]。同时,灸法属温性疗法,适宜针对中医辨证属虚寒证、血瘀证的肩手综合征进行治疗。研究表明,药物灸通过药物刺激穴位局部的皮肤神经感觉末梢产生影响,再通过复杂的神经反射机制激发机体的神经及免疫调节功能进而治疗疾病^[13-14]。本试验选用中药白芥子、细辛、车前子、川芎制作药饼作为间隔药物贴敷于选定穴位,上述中药刺激适中,适合隔药饼灸使用。所选取的中药具有温经散寒、化瘀通络、除湿止痛的功效,符合中医辨证论治对于痹症的治法治则。隔药饼灸取穴肩井、天宗、肩髃、尺泽、外关、合谷穴,均为手三阳经穴位,阳经为多气多血之经,灸其经穴有温经行气、化瘀通络之效;且肩手综合征的痛点常为上述穴位,是治疗肩痛和腕手痛的要穴,符合中医针灸近处取穴治疗原则。治痹以温通为主,灸法属温热疗法,可除寒湿,通经络,流通经络气血。隔药饼灸治疗,灸药并用,是中医传统的透皮给药疗法,既有艾灸的温热作用,又有药物对穴位的刺激作用^[15]。本项研究结果表明,治疗组的临床疗效、VAS评分、MBI评分均优于对照组,表明隔药饼灸治疗肩手综合征的治疗效果较好,且患者依从性佳,操作简便,不良反应少,值得在临床推广应用。

参考文献

- [1] Hesse S, Jahnke M T, Ehret R, et al. Nerve Latencies of the affected and nonaffected Upper Extremity[J]. Neurol Rehab, 1995, 9: 229.

电针联合艾灸治疗腰椎间盘突出症 23 例临床研究

耿 昊 孙建华

(江苏省中医院针灸康复科, 江苏南京 210029)

摘 要 目的:观察电针联合艾灸治疗腰椎间盘突出症的临床疗效及对血浆降钙素基因相关肽(CGRP)水平的影响。方法:将46例腰椎间盘突出症患者随机分为治疗组和对照组各23例,治疗组采用电针联合艾灸治疗,对照组仅采用电针治疗,评价其症状改善、功能恢复情况及临床疗效,采血检测患者治疗前后血浆CGRP水平变化。结果:治疗后2组腰腿痛调查表积分均升高($P<0.05$),而组间比较无统计学差异($P>0.05$);2组CGRP水平均降低($P<0.05$),组间比较,治疗前后差值有统计学差异($P<0.05$)。2组总有效率差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:电针联合艾灸治疗腰椎间盘突出症总体疗效优于单纯电针,电针联合艾灸与单纯电针治疗均可通过调节CGRP缓解症状、促进功能恢复。

关键词 腰椎间盘突出症 疼痛 电针 艾灸 CGRP

中图分类号 R681.530.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2017)11-0063-03

腰椎间盘突出症(简称腰突症)是指椎间盘纤维环破裂致髓核脱出,突入椎管,压迫脊髓或脊神经根,引起股神经或坐骨神经痛为主的一组综合征候群。

腰腿疼痛是腰突症的主要临床表现。针灸治疗腰突症效果显著,是重要的非手术治疗方法^[1]。在腰突症致疼痛学说中,神经体液机制是目前研究热点^[2],其中神经肽类神经递质在腰突症发病机制

中的作用在近年来受到重视,降钙素基因相关肽(Calcitonin gene related peptide, CGRP)是目前公认的与疼痛密切相关的神经活性物质。本研究观察了电针联合艾灸治疗腰突症的临床疗效,同时检测患者血浆中CGRP含量的变化并分析其与疗效的关系,旨在客观评价电针联合艾灸治疗腰突症的临床疗效,现报告如下。

[2] 赵超蓉. 中风后肩手综合征的发病机理及治疗现状[J]. 河南中医, 2012, 32(7): 812.
[3] BRAUS D F, KRAUSS J K, STROBEL J. The shoulder-hand syndrome after stroke: a prospective clinical trial[J]. Ann Neurol, 1994, 36(5): 728.
[4] 中华医学会神经病学分会. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014版[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4): 246.
[5] TEPPERMAN P S, GREYSON N D, HILBERT L, et al. Reflex sympathetic dystrophy in hemiplegia[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1984, 65(8): 442.
[6] 王玉龙. 康复功能评定学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社, 2013: 617.
[7] 陈国青. 浅谈肩手综合征的机理及治疗方法[J]. 按摩与康复医学, 2010, 21(1): 43.
[8] Patricia M D. Step to follow[M]. HongKong: Springer Verlag HongKong, 1991: 206.
[9] 杨海燕. 中风后肩手综合征的辨证体会[J]. 中医研究, 2010, 23(3): 50.

[10] 王磊, 李学武, 张莉. 艾灸疗法作用机理国内外研究进展[J]. 中国针灸, 2001, 21(9): 567.
[11] 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.
[12] 陈小波, 罗娟娟. 隔药灸与西药治疗小儿迁延性及慢性腹泻疗效对照观察[J]. 中国针灸, 2013, 33(2): 116.
[13] 耿宝忠, 范郁山, 叶子维, 等. 隔药灸命门穴对痛经模型大鼠子宫前列腺素表达的作用[J]. 北京中医药大学学报, 2015, 38(7): 486.
[14] 杨华元, 刘堂义. 艾灸疗法的生物物理机制初探[J]. 中国针灸, 1996, 16(10): 17.
[15] 黄潇, 苗芙蕊, 叶子维, 等. 隔药灸法研究进展概况[J]. 光明中医, 2014, 29(10): 2231.

第一作者: 陈小波(1983—), 男, 医学硕士, 副主任中医师, 针灸康复专业。luckychenxiaobo@126.com

收稿日期: 2017-06-18

编辑: 华 由 王沁凯