

# 中西医结合治疗脑卒中后肩手综合征的临床研究

王咏梅(山东省莱芜市人民医院康复医学科 271199)

**【摘要】 目的** 研究中西医结合治疗脑卒中后肩手综合征的疗效与安全性。**方法** 选取 2010 年 1 月至 2012 年 6 月入院治疗的脑卒中后肩手综合征患者 130 例,随机分为实验组(65 例)和对照组(65 例)。对照组患者应用常规西药泼尼松治疗,实验组应用泼尼松结合温针灸治疗方法,两组患者均行常规康复训练。观察并对比两组患者临床症状、手功能及整体疗效。**结果** 实验组显效 16 例,好转 45 例,总有效 93.85%;对照组显效 10 例,好转 36 例,总有效率 70.77%。实验组和对照组患者治疗前在水肿、疼痛评分、关节活动度方面差异无统计学意义;治疗后,两组患者的症状均有所减轻,但实验组改善更为明显。治疗前,两组患者均无实用手,且失用手与辅助手比较差异无统计学意义;治疗后,实验组辅助手 47 例,实用手 11 例,对照组辅助手 42 例,实用手 5 例,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 温针灸辅助常规西药治疗脑卒中后肩手综合征能有效提高患者上肢运动功能、减轻疼痛、消除水肿,有助于患者手功能的恢复,疗效显著。

**【关键词】** 中西医结合; 脑卒中; 肩手综合征; 治疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.020 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)21-2824-02

*Application of combined therapy of traditional Chinese medicine and western medicine in shoulder-hand syndrome after cerebral apoplexy* WANG Yong-mei (Rehabilitation Medicine Department, People's Hospital of Laiwu City, Laiwu, Shandong 271199, China)

**【Abstract】 Objective** To study the efficacy and safety of combined therapy of traditional Chinese medicine and western medicine in shoulder-hand syndrome (SHS) after cerebral apoplexy. **Methods** 130 cases of patients with SHS after cerebral apoplexy, treated in this hospital from Jan. 2010 to Jun. 2012, were randomly divided into control group (65 cases), receiving prednisone therapy, and experiment group (65 cases), receiving combined therapy of prednisone and warm acupuncture treatment. Clinical symptoms, hand function and overall efficacy were compared between the two groups. **Results** The total effective rate in experimental group was 93.85%, including 16 cases with marked effect and 45 cases with improvement, and that in control group was 70.77%, including 10 cases with marked effect and 36 cases with improvement. The differences of edema, pain score and joint activity between the two groups before treatment were not significant. After treatment, symptoms of patients in the two groups were mitigated, but the mitigation of experiment group was more obvious. Before treatment, patients in the two groups all had no practical hand, and the differences of lost practical hand and auxiliary hand were not significant. After treatment, the number of auxiliary hand and practical hand were 47 cases and 11 cases in experiment group, which were significantly different with control group (42 and 5 cases respectively,  $P < 0.05$ ). **Conclusion** Application of combined therapy of prednisone and warm acupuncture in SHS after cerebral apoplexy might be effective to improve hand function, relieve pain and eliminating swelling, which could be helpful for recovery of hand function and be with remarkable curative effect.

**【Key words】** combined of TCM and western medicine; cerebral apoplexy; shoulder-hand syndrome; treatment

肩手综合征 (SHS) 又称为反射性交感神经营养障碍,是脑卒中后常见的并发症<sup>[1]</sup>。其特征是患侧肩痛,运动受限(被动活动患肩时尤为剧烈);患侧手痛(屈曲患侧手指可引起或加重疼痛),手水肿,腕骨区背侧面特征性肿胀,皮肤温度上升,肤色改变,消肿后手部肌肉萎缩,甚至挛缩畸形<sup>[2]</sup>。临床上对其治疗方法极为关注,本文就温针灸辅助常规西药治疗脑卒中后 SHS 的治疗效果进行具体分析,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2010 年 1 月至 2012 年 6 月入院治疗的脑卒中后 SHS 患者 130 例,所有患者均符合全国第四届脑血管病会议制定的脑卒中诊断标准<sup>[3]</sup>,并符合卒中后 SHS 的诊断标准;排除消化性溃疡、高血压、糖尿病等严重并发症,其他疾病引起的肩手关节疼痛或肿胀,不接受配合量化评价的患者等。130 例患者中,男 78 例,女 52 例,年龄 41~77 岁,平均

(58.3±8.6)岁,病程 5~270 d,平均(120.3±4.3)d。脑梗死 107 例,脑出血 23 例。随机分为实验组(65 例)和对照组(65 例)。两组患者在年龄、性别、病程、疾病类型等方面差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 治疗方法

**1.2.1 对照组** 应用常规西药泼尼松(醋酸泼尼松片;国药准字 H61021023,2010-08-31;陕西省科学院制药厂生产;规格 5 mg)治疗,起始剂量 30 mg,每日最大用量 60 mg,每 4 天减量 5 mg。服药期间常规服用硫酸铝[硫酸铝咀嚼片;国药准字 H41022843,2010-08-06;上海玉瑞生物科技(安阳)药业有限公司生产;规格 0.24 g],每次 1 g,每日 3 次。

**1.2.2 实验组** 应用泼尼松结合温针灸治疗方法。应用华佗牌针灸针,常规消毒后飞针法进针。针刺取膻中、膈俞、血海、曲池、极泉、肩髃、手三里、外关、合谷等穴,语言障碍的患者取

廉泉、金津、玉液、通里、照海等穴。留针 30 min, 穴位定位、针刺深度(除透针外)均参照孙国杰主编的普通高等教育中医药类规划教材《针灸学》。刺入穴位得气后, 在留针过程中, 取约 2 cm 长的艾条一段, 套在针柄之上, 距皮肤 3 cm, 从其下端点燃施灸。在燃烧过程中, 如患者觉灼烫难忍, 可在该穴区置一硬纸片, 以稍减火力。每次艾条段则只需 3 壮。温针灸每穴 3 壮<sup>[4]</sup>, 以患者能耐受为度, 每日治疗 1 次, 每周 5 次, 共治疗 4 周。

**1.2.3 康复训练** (1)冰水疗法。患者手与护士手同时伸入含有水和冰(3:1)的混合液, 以护士能忍受为宜, 可连续 3 次, 也以护士的手感觉来决定间隔时间<sup>[5]</sup>。冷热水交替浸泡, 10℃和 50℃左右的水交替浸泡 5~15 min。(2)缠线疗法。用 1~2 mm 小线绳, 先由诸指远端向近端捆扎至腕关节, 然后迅速解开, 对改善循环、消除疼痛有良好作用。(3)加强患肢锻炼。此外, 少量激素及非固醇类止痛药均可应用。

**1.3 观察指标** 观察并对比两组患者临床症状(疼痛、水肿、上肢运动功能)、手功能及整体疗效。疼痛评定根据视觉模拟评分法(VAS)<sup>[6]</sup>: 在纸上面划一条 10 cm 的横线, 横线的一端为 0, 表示无痛; 另一端为 10, 表示剧痛; 中间部分表示不同程度的疼痛。让患者根据自我感觉在横线上划一记号, 表示疼痛的程度。轻度疼痛平均值为(2.57±1.04); 中度疼痛平均值为(5.18±1.41); 重度疼痛平均值为(8.41±1.35)。上肢运动功

能评定根据 Fugl-Meyer(FMA)评分。手功能评价根据偏瘫手功能使用能力评定法<sup>[7]</sup>: 要求患者完成 5 个动作, 失用手, 5 个动作均不能完成; 辅助手 D, 5 个动作只能完成 1 个; 辅助手 C, 5 个动作只能完成 2 个; 辅助手 B, 5 个动作只能完成 3 个; 辅助手 A, 5 个动作只能完成 4 个; 实用手, 5 个动作均能完成。整体疗效评价方法: 显效, 关节疼痛、水肿消失, 关节活动无限制, 肩手部肌肉无萎缩; 好转, 关节疼痛、水肿基本消失, 关节活动轻微受限, 肩手部肌肉萎缩不明显; 无效, 关节疼痛、水肿无改善甚至加重, 关节无法活动, 肩手部肌肉萎缩严重。其中显效+好转=总有效。

**1.4 统计学处理** 数据均应用 SPSS17.0 进行分析, 组间比较均应用 *t* 检验, 单因素及预后的关系采用  $\chi^2$  检验, 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 综合疗效评价** 实验组显效 16 例, 好转 45 例, 无效 4 例, 总有效 93.85%(61/65); 对照组显效 10 例, 好转 36 例, 无效 19 例, 总有效率 70.77%(46/65), 差异有统计学意义( $\chi^2 = 7.318, P < 0.05$ )。

**2.2 临床症状评价** 实验组和对组在治疗前在水肿、疼痛评分、关节活动度方面差异无统计学意义; 治疗后, 两组患者的症状均有所减轻, 但实验组改善更为明显。见表 1。

表 1 两组患者临床症状评价比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	水肿		VAS 疼痛评分		FAM 关节活动度	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	4.20±1.65	2.86±1.46	7.13±1.51	4.41±1.95	7.66±4.34	6.33±2.07
对照组	2.52±1.44	1.30±0.88	7.11±1.65	2.52±1.44	7.82±2.05	4.52±1.77
<i>t</i> 值	0.117	4.149	0.1153	4.205	0.279	3.665
<i>P</i>	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

**2.3 手功能评价** 治疗前, 两组患者均无实用手, 且失用手与辅助手比较无差异; 治疗后, 实验组辅助手 47 例, 实用手 11 例, 对照组辅助手 42 例, 实用手 5 例, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者手功能评价(*n*)

组别	<i>n</i>	治疗前			治疗后		
		失用手	辅助手	实用手	失用手	辅助手	实用手
实验组	65	44	21	0	7	47	11
对照组	65	46	19	0	18	42	5

注: 治疗前两组比较,  $\chi^2 = 0.130, P > 0.05$ ; 治疗后两组比较,  $\chi^2 = 2.113, P < 0.05$ 。

**3 讨 论**

大约 20%~30% 脑卒中患者在发病后 3 周至 3 个月内, 并发交感神经功能障碍, 表现为患肢肿、痛、皮肤颜色暗、皮温高, 如不及时治疗, 可导致 SHS<sup>[8]</sup>。

本次研究中应用温针灸辅助常规西药治疗 SHS, 西药应用的是泼尼松。泼尼松是肾上腺皮质激素, 能够抑制炎症细胞, 如巨噬细胞、白细胞, 并抑制吞噬细胞、溶酶体酶的释放及炎症化学介质的合成与释放; 并能防止或抑制细胞介导的免疫反应、延迟性过敏反应, 并减轻原发免疫反应的扩展, 以及抗

毒、抗休克。因此对脑卒中后 SHS 有一定的作用。温针灸中穴位选择的是以膻中、膈俞、血海、曲池为主的治疗脑卒中的主穴, 以治疗上肢偏瘫为主诉的极泉、肩髃、手三里、外关、合谷等, 兼辨证治疗患者语言障碍, 取穴为廉泉、金津、玉液、通里、照海。中医认为 SHS 为脑卒中后气滞血瘀, 脉络空虚, 风寒痰湿乘虚而入, 阻塞经络, 经脉失去濡养导致<sup>[9]</sup>。膻中具有总调一身气机之功能, 对已气机不畅的病变, 尤其心肺气虚之证具有良好的疗效。膈俞能够理气宽胸、活血通脉。血海为脾经所生之血的聚集之处, 是生血与活血化瘀的要穴<sup>[10]</sup>。曲池为手阳明大肠经湿浊之气聚集之地, 温针灸之可以转化脾土之热, 燥化大肠经湿热。极泉主要宽胸宁神, 对于脑血管病后遗症有良好疗效。手三里为大肠经浊气所降之地, 温针灸之可以润化脾燥, 生发脾气。外关为八脉交经(会)穴之一, 温针灸之可以清热解表、通经活络<sup>[11]</sup>。合谷为大肠经经气聚集而成的水湿风气, 温针灸之可活血化瘀。其中, 极泉位于臂丛神经处, 深刺肩髃穴可以透极泉穴达到臂丛神经附近, 合谷穴为头静脉的起部、近侧为桡动脉、覆盖有桡神经浅支、深部有正中神经。艾条燃烧后则可逐寒湿、理气血, 充沛十二经脉, 将温煦的阳气较快地传达到组织深处, 温经通脉、促进微循环, 调理气血<sup>[12]</sup>。本研究发现, 温针灸治疗 SHS, 能够有效改善患者的水肿和疼痛, 提高关节活动度及手功能, 对腕关节、掌(下转第 2827 页)

差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

### 3 讨论

不孕症的致病因素分为原发性和继发性<sup>[6]</sup>。但近年来, 随着流产比例的逐年增多, 继发性不孕症的比例也相应增高<sup>[7]</sup>。据报道, 多数不孕症患者为输卵管梗阻造成的, 其中以输卵管间质部梗阻、输卵管伞部梗阻最为常见<sup>[8]</sup>。常规影像学检查和再通手术治疗过程中, 由于手术疗效不够理想, 以及治疗过程中伴随的并发症相对较多, 所以临床上的受孕率也会相对较低, 很大程度上限制了其临床应用<sup>[9]</sup>。而 COOK 导丝联合宫腹腔镜治疗的输卵管再通率相对较高, 并且随访过程中, 其受孕率也明显提高, 术中并发症也相对较少<sup>[10]</sup>。宫腔作为结构特殊的潜在性腔隙, 肌壁厚度有限, 并且肌壁间具有丰富的血供。所以, 宫腹腔镜手术治疗能够有效避免术中、术后的并发症, 提高手术成功率<sup>[11]</sup>。

治疗不孕症的目的就是提高再通率, 结合本院的临床实践, 对于手术治疗的注意事项总结了以下几点, 手术时机应在月经干净后 3~7 d, 避免过厚内膜影响宫腔镜的观察效果, 以及输卵管通液术的疗效<sup>[12]</sup>; 手术过程中注意预防粘连, 并且将粘连完全分离, 有效保证术后再通率<sup>[13]</sup>; 手术操作轻柔, 尽可能避免对输卵管的不必要损伤<sup>[14]</sup>。本研究结果显示, 与对照组相比, 观察组输卵管通畅率和两年受孕率均明显升高, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 充分证实上述理论观点。

综上所述, COOK 导丝联合宫腹腔镜治疗不孕症疗效明显, 并且创伤小、恢复快, 明显提高术后受孕率, 值得临床推广<sup>[15]</sup>。

### 参考文献

[1] 管志红. COOK 导丝在输卵管介入治疗中的应用[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2010, 12(27): 115.  
 [2] Habibaj J, Kosova H, Bilali S, et al. Comparison between transvaginal sonography after diagnostic hysteroscopy and laparoscopic chromopertubation for the assessment of tubal patency in infertile women[J]. J Clin Ultrasound,

2012, 40(2): 68-73.

[3] 朱明, 毕焕洲. 低辐射 Cook 导丝输卵管复通术治疗输卵管阻塞性不孕症[J]. 中国性科学, 2011, 20(4): 24-26.  
 [4] 郝晓园. 宫腹腔镜联合 COOK 导丝疏通术诊治不孕症 50 例临床分析[J]. 青海医药杂志, 2008, 38(7): 40-41.  
 [5] 刘光新. 宫腹腔镜联合 COOK 导丝治疗不孕症病例分析[J]. 中国实用医药, 2012, 7(3): 115-116.  
 [6] 简洁. 宫腹腔镜联合 cook 导丝治疗不孕症临床观察[J]. 中国实用医药, 2012, 7(15): 61-62.  
 [7] 武英敏. 宫腹腔镜联合导丝介入诊治输卵管性不孕症 100 例分析[J]. 中国医药导报, 2011, 8(30): 108-110.  
 [8] 高虹. 宫腹腔镜联合 cook 导丝治疗输卵管性不孕的临床应用[J]. 中国实用医药, 2011, 6(7): 110-111.  
 [9] 周松兰, 韩芳, 万有莲. 宫腹腔镜联合 cook 导丝及 B 超在不孕症中的应用[J]. 中国医疗前沿, 2008, 10(3): 78-79.  
 [10] 王君. 宫腹腔镜联合下输卵管插管通液治疗不孕症 66 例疗效观察[J]. 航空航天医学杂志, 2012, 23(5): 557-558.  
 [11] 何华平, 邹岚, 甄文明. 宫腹腔镜联合诊治不孕症 120 例临床分析[J]. 中国医药指南, 2012, 10(8): 99-100.  
 [12] 李学春. 宫腹腔镜联合治疗 60 例输卵管性不孕症的疗效分析[J]. 当代医学, 2012, 18(16): 115-116.  
 [13] Cai Z, Wang F, Cao H, et al. The value of laparoscopy alone or combined with hysteroscopy in the treatment of interstitial pregnancy: analysis of 22 cases[J]. Arch Gynecol Obstet, 2012, 285(3): 727-732.  
 [14] Boudhraa K, Jellouli MA, Kassaoui O, et al. Role of the hysteroscopy and laparoscopy in management of the female infertility: about 200 cases[J]. Tunis Med, 2009, 87(1): 55-60.  
 [15] 喻丽莉. 宫腔镜腹腔镜与 COOK 导丝联合治疗不孕症的临床研究[J]. 中国医药指南, 2011, 9(32): 23-24.

(收稿日期: 2013-03-01 修回日期: 2013-04-12)

(上接第 2825 页)

指间关节活动受限患者的改善作用较为明显, 且针对部分手掌扁平、大小鱼际萎缩的患者也有较为明显的改善作用。

综上所述, 温针灸辅助常规西药治疗 SHS 能有效提高患者上肢运动功能、减轻疼痛、消除水肿, 有助于患者手功能的恢复, 疗效明显, 值得推广。

### 参考文献

[1] 邱昌民. 温针灸结合康复疗法治疗脑卒中后肩手综合征临床观察[J]. 中国中医急症, 2011, 20(5): 699.  
 [2] 付宝庚. 温针灸治疗中风后肩手综合征 30 例临床观察[J]. 中国医药指南, 2009, 7(11): 239-240.  
 [3] 王润梅. 温针灸结合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征的临床研究[J]. 求医问药: 下半月, 2012, 10(8): 591-592.  
 [4] 李丽, 陈志辉. 肩周封闭配合康复治疗治疗脑卒中后肩手综合征的疗效观察[J]. 中国医师进修杂志, 2009, 32(31): 64-65.  
 [5] 常娜, 刘森. 针灸结合康复训练治疗肩手综合征的疗效分析[J]. 第四军医大学学报, 2005, 26(24): 2295-2297.  
 [6] 卢引明, 傅立新, 牟蛟, 等. 针灸治疗中风后肩手综合征的

系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2009, 9(9): 976-978.

[7] 洪丽蓉, 陈波, 喻森明, 等. 针灸治疗配合康复训练对偏瘫后肩手综合征的疗效观察[J]. 武警医学, 2011, 22(8): 658-660.  
 [8] 李惠兰, 胡万华. 针药结合治疗肩手综合征[J]. 针灸临床杂志, 2002, 18(9): 25-26.  
 [9] 黄裕桂, 吴巧云. 针药配合治疗 56 例中风后肩手综合征疗效观察[J]. 按摩与康复医学: 中旬刊, 2010, 11(1): 100.  
 [10] 刘悦, 凌方明, 章小平, 等. 分期针刺配合康复训练对急性脑卒中的早期康复[J]. 中国康复理论与实践, 2002, 8(11): 689-690.  
 [11] 钟青, 冯琼华, 易刚. 综合康复疗法治疗脑卒中后肩手综合征的疗效观察[J]. 实用医院临床杂志, 2011, 8(4): 115-116.  
 [12] 陶加平, 皮敏, 吴立雄, 等. 针灸对中风早期康复的疗效观察[J]. 中医药信息, 2001, 18(4): 39-40.

(收稿日期: 2013-04-01 修回日期: 2013-05-12)