

穴位注射治疗脑卒中偏瘫患者肩痛的疗效观察

焦素芹, 吴川碧

【摘要】 目的:探讨牛痘疫苗致炎兔皮提取物注射液经穴位注射治疗脑卒中偏瘫患者肩痛的疗效。方法:脑卒中偏瘫患者 60 例,随机分为观察组与对照组各 30 例,对照组进行常规康复训练,观察组在此基础上予以牛痘疫苗致炎兔皮提取物注射液 6ml 进行穴位注射。比较 2 组治疗前后肩关节活动度、上肢功能及疼痛程度评分。结果:治疗后,2 组肩关节活动度及上肢 FMA 评分均明显高于治疗前($P<0.05, 0.01$),且观察组更高于对照组($P<0.05, 0.01$);治疗后,2 组 VAS 评分均较治疗前明显降低($P<0.05, 0.01$),且观察组更低于对照组($P<0.01$)。结论:脑卒中偏瘫患者实施牛痘疫苗致炎兔皮提取物注射液经穴位注射治疗,能减轻肩痛程度,有效提高肩关节活动度,改善患者偏瘫肢体的功能。

【关键词】 脑卒中;肩痛;牛痘疫苗致炎兔皮提取物;穴位注射

【中图分类号】 R49;R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2013.06.018

脑血管病是中老年人常见病,多发病。有资料表明^[1],大部分偏瘫患者在 2~3 个月后均存在不同程度的肩痛,严重阻碍了上肢功能的康复,并影响了患者的生活质量。我科对脑卒中偏瘫患者实施牛痘疫苗致炎兔皮提取物注射液经穴位注射治疗,疗效满意,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 1 月~2012 年 11 月在我科治疗的脑卒中患者 60 例,均符合第四届全国脑血管病分类及诊断标准,且经头颅 CT 或 MRI 检查确诊;所有患者均存在肢体功能障碍伴肩痛;生命体征平稳,无严重的认知障碍。排除患有严重的心、脑、肺、肾等脏器疾病或功能衰竭、恶性肿瘤及由肩周炎、颈椎疾病等因素而引发肩部疼痛的患者。患者随机分为 2 组各 30 例。①观察组,男 20 例,女 10 例;年龄(67.8 ± 10.3)岁;病程(5.0 ± 2.1)个月;脑梗塞 20 例,脑出血 10 例;左侧偏瘫 11 例,右侧 11 例,双侧 8 例。②对照组,男 21 例,女 9 例,年龄(68.4 ± 11.2)岁;病程(5.0 ± 2.2)个月;脑梗塞 21 例;脑出血 9 例;左侧偏瘫 11 例,右侧 11 例,双侧 8 例。2 组一般资料比较差异均无统计学意义。

1.2 方法 2 组均进行常规康复治疗,采用以促进技术为主的运动疗法,综合应用 Brunnstrom、Rood 等技术,依照脑卒中发展的不同阶段,依照个体化原则进行功能训练,主要包括良肢位的摆放、维持关节活动度、

抗痉挛、平衡功能的训练等;作业疗法均采用插木钉训练。观察组在上述治疗基础上予牛痘疫苗致炎兔皮提取物注射液 6ml 进行穴位注射。主要取肩井、肩贞、肩髃、肩髃、天宗、阿是穴,若肘部肿胀疼痛者另加曲池、外关,屈肘肌张力高的加选臂臑穴、胸大肌肌张力高的加选肩前穴。采用 10ml 注射器,5 号针头,对相应穴位进行选取、核对、定位后,常规皮肤消毒,一手拇指食指固定绷紧穴位周围皮肤,另一手持注射针筒快速垂直进针、再缓慢提插,待针下有“得气”感后,微微回抽,如回抽无血则缓慢推注药物,注射后观察 30min 患者反应,确认无不良反应后一次操作方可结束。每天 1 次,每周连续 5d,4 周为 1 个疗程,共 4 周。

1.3 评定标准 2 组分别在治疗前和治疗 1 个疗程后 3d 进行 3 项评定:①肩关节的活动度采用量角器测量患肢的肩前屈的被动无痛活动范围;②偏瘫侧上肢功能采用简要 Fugl-Meyer 量表(FMA)上肢部分进行评定^[2],满分为 66 分,评分越低,上肢功能障碍越差;③疼痛程度采用视觉模拟评分(VAS)法^[3],0 表示无痛,10 表示极痛。

1.4 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计软件分析数据,计数资料用百分率表示, χ^2 检验;计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗后,2 组肩关节活动度及上肢 FMA 评分均明显高于治疗前($P<0.05, 0.01$),且观察组更高于对照组($P<0.05, 0.01$);治疗后,2 组 VAS 评分均较治疗前明显降低($P<0.05, 0.01$),且观察组更低于对照组($P<0.01$)。见表 1。

收稿日期:2013-09-03

作者单位:常州市德安医院,江苏 常州 213000

作者简介:焦素芹(1979-),女,主治医师,主要从事神经康复方面的研究。

表1 2组治疗前后肩关节活动度、上肢FMA及VAS评分比较

组别	n	时间	肩关节活动度(°)	上肢FMA(分)	VAS(分)
观察组	30	治疗前	49.38±5.91	19.86±2.65	7.94±2.13
		治疗后	91.23±4.84 ^{ac}	48.19±5.52 ^{ad}	1.95±0.30 ^{ad}
对照组	30	治疗前	50.14±4.68	19.77±3.14	8.12±1.97
		治疗后	72.52±3.67 ^b	31.45±7.94 ^a	6.05±0.51 ^b

与治疗前比较,^a $P<0.01$,^b $P<0.05$;与对照组比较,^c $P<0.05$,^d $P<0.01$

3 讨论

脑卒中后肩痛很常见,严重影响患者的日常活动能力^[3],甚至妨碍患者睡眠,导致患者情绪低落,增加了患者痛苦,同时疼痛本身抑制肌肉收缩,严重阻碍了偏瘫上肢功能的恢复。对于肩痛发生的机理在学说上仍不一致。一般认为有多重原因,常见的如下^[4-6]:肩关节继发性损伤;肩关节制动后活动受限;肩关节半脱位;肩手综合征;神经病理性损害;骨质疏松;肌张力异常。由于肩痛发生机理不同,治疗方法也较多。

牛痘疫苗致炎兔皮提取物注射液是将牛痘疫苗接种到家兔皮肤中,4~5d后兔皮发炎,经粗制、精制等步骤后得到的澄明、淡黄色液体。其具有双重镇痛作用和神经营养作用,通过5-羟色胺能神经系统,激活下行性疼痛抑制系统,抑制痛觉冲动向中枢传导。同时增加侧支循环减轻疼痛和冷感的作用;另外还可以抑制激肽原分解生成炎症介质缓激肽,中断生成缓激肽的级联反应,减少缓激肽的生成。中医学认为中风后肩痛主要由于风痰阻滞经络,气血失和,导致气血不能周流,关节肌肉失濡养,久而久之,则导致不通则痛^[7]。穴位注射即是在经络和腧穴上注入适量的液体药物,是祖国医学在传统针灸疗法之上发展壮大起来的,具有针刺与药物的两重效果。只要选择的腧穴恰

当,穴位注射药物不仅可以达到针刺的效果^[8],药物作用的出现时间与效果远优于肌注或者静脉注射^[9]。随着肩部疼痛的改善,患者偏瘫上肢功能也有明显的改善。本研究把痛点作为阿是穴,并选取肩髃、肩髃、肩贞、天宗、肩中俞、曲池为注射点,以牛痘疫苗致炎兔皮提取物注射液进行穴位注射,结果发现,观察组3项观察指标均较对照组明显改善,止痛效果尤为明显。

综上所述,穴位注射能够改善偏瘫肢体运动功能及疼痛^[10],值得临床进一步研究及应用。

【参考文献】

[1] 冯珍. 偏瘫肩的治疗研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2006,21(5):470-473.

[2] 恽晓平. 康复评定学[M]. 北京:华夏出版社,2004,98-99.

[3] 刘岳,王强. 脑卒中后肩痛的病因及处理[J]. 齐鲁医学杂志,2011,26(4):369-371.

[4] Paci M, Nannetti L, Taiti P, et al. Shoulder subluxation after stroke: relationships with pain and motor recovery [J]. Physiother Res Int, 2007,12(2):95-104.

[5] Shah RR, Haghpanah S, Elovic EP, et al. MRI findings in painful poststroke shoulder[J]. Stroke, 2008,39(6):1808-1813.

[6] 胡雪艳,张通. 卒中后肩关节疼痛发病机制和治疗的研究进展[J]. 中国脑血管病杂志,2009,6(11):607-610.

[7] 王彦华,王双利. 体针配合穴位注射治疗中风后肩手综合征30例[J]. 中医研究,2010,23(6):71-72.

[8] 李鸥,郭知学,汪春,张建军. 穴位注射胞二磷胆碱治疗脑外伤后记忆及认知功能障碍的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志,2012,27(7):670-670.

[9] 诸毅晖,陈玉华. 论穴位注射的穴药效应[J]. 中国针灸, 2005,25(1):46-48.

