

自制中药穴位贴敷联合电磁波治疗脑卒中后肩手综合征临床疗效观察

夏静,曹娟娟,黄彩霞,邵雅楠,宋新建,陈虹,赵磊

【摘要】 目的:探究自制中药穴位贴敷联合电磁波治疗脑卒中后肩手综合征(RSD)临床疗效观察。**方法:**将脑卒中后 RSD 患者 96 例为研究对象,随机分为观察组和对照组,每组各 48 例。对照组行常规康复治疗,观察组在此基础上加用中药穴位贴敷联合电磁波治疗,比较 2 组治疗的疗效,采用视觉模拟评分(VAS)、Fulg-Meyer 运动功能评分(FMA-UL)、Barthel 指数(BI)对 2 组治疗前后进行评定。**结果:**治疗后 1 周、2 周、3 周后 2 组 VAS 评分均逐渐降低($P<0.05$),且观察组在治疗后不同时间点 VAS 评分均低于对照组($P<0.05$);治疗后 1 周、2 周、3 周后 2 组 FMA-UL、Barthel 指数评分不断升高($P<0.05$),且观察组在治疗后不同时间点 FMA 评分、Barthel 指数评分均高于对照组($P<0.05$)。观察组(85.42%)的总有效率大于对照组($P<0.05$)。**结论:**自制中药穴位贴敷联合电磁波治疗脑卒中后 RSD 的临床疗效显著,它能有效降低患者的疼痛程度,改善患者运动功能,对患者的日常活动能力及生活质量的提高具有积极意义。

【关键词】 脑卒中;肩手综合征;中药穴位贴敷;电磁波;临床疗效

【中图分类号】 R49;R473.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2020.05.006

肩手综合征(shoulder-hand syndrome,RSD)是指患者手水肿及肩关节疼痛引起的手肩功能障碍疾病^[1]。该病常发于脑卒中后,其病程可分为 3 个阶段,一二阶段常表现为肩、手及手指等处的递进式灼烧和疼痛感,三阶段常表现为上肢功能的丧失及肩、手等处的强硬畸形^[2]。目前,关于 RSD 的致病原因尚不明确,但有研究人员指出,脑卒中后 RSD 可能与肢体血液循环的改变有关^[3]。另有资料显示,RSD 是致残的主要原因,且仅有 20% 的患者经治疗后可痊愈,故因对其加以重视。近年来,针对 RSD 康复训练治疗的方案多样,中药穴位贴敷、电磁波均为其中的一种,二者对于 RSD 患者的康复均具有一定疗效。基于此,本探究探讨自制中药穴位贴敷联合电磁波治疗脑卒中后 RSD 临床疗效观察,并分析其临床价值,以期临床防治提供参考。现将研究成果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2018 年 6 月~2019 年 6 月在本院接受治疗的脑卒中后 RSD 患者 96 例为研究对象,随机分为观察组和对照组,每组各 48 例。纳入标准:脑卒中、RSD 分别符合《中医病证诊断疗效标准》、《肩手综合征诊治指南》诊断标准,且经头颅 CT 和(或)MRI 检查,确诊为脑卒中肩手综合征者;均为首次脑卒中后

RSD 者;临床资料完整,且治疗前患者及家属均知情同意。排除标准:严重心、肝、肾等功能障碍;合并有血液系统疾病者;合并有全身性感染性疾病者;凝血功能障碍者;合并患有恶性肿瘤者;治疗药物过敏者;其他原因引起的肩胛带疼痛和/或手腕、手部浮肿、疼痛;有严重认知功能障碍及精神异常患者[简易精神状态检查表(minimum mental state examination,MMSE)≤24 分],不能配合完成试验。2 组一般资料比较差异无统计学意义,见表 1,本研究征得院医学伦理委员会批准,受试者均知情同意。

1.2 方法 2 组治疗持续时间均 4 周,每周治疗 5d,休息 2d。对照组患者使用基本康复治疗,其主要包括主动运动(对上肢行肩关节的外展、前屈、内收训练及肘关节的屈伸等)、被动运动(行肩关节及上肢被动运动)、向心性缠绕压迫手指等运动康复训练。观察组在康复治疗基础上加中药穴位贴敷联合电磁波治疗。中医药方具体如下:称取制川乌、制草乌、红花、乳香、没药、赤芍、丹参、延胡索等各 50g,将其混匀,并磨成粉末状,再使用醋调成膏状。以 3L 敷料贴敷穴位患者侧上肢各穴位(包括肩前、肩髃、肩贞、臂臑、合谷、曲池、阿是穴等),并使用穴位贴进行固定,中药穴位贴每 2 天进行换药。然后使用 CQ-27 电磁波(重庆航天火箭电子有限公司)照射中药贴敷处,根据脑卒中后 RSD 患者具体病情设置治疗温度和时间,将电磁波治疗仪灯移至照射部位的上方或侧方,距离照射部位 20~60cm,可适当调整。每次照射 20~30min。一般温度为 40℃ 左右,1 次/d。照射过程中可适当对照射

基金项目:南通市卫计委青年科研基金项目(WKZL2018091)

收稿日期:2019-08-22

作者单位:南通市第二人民医院康复医学科,江苏 南通 226000

作者简介:夏静(1986-),女,硕士,主治医师,主要从事中医康复方面的研究。

表1 2组一般资料比较

组别	n	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (d, $\bar{x} \pm s$)	脑卒中(例)		偏瘫部位(例)		MMSE (分, $\bar{x} \pm s$)	肩关节 半脱位 (例)	病变部位		
		男	女			缺血性	出血性	左	右			肩	手	腕
观察组	48	28	20	67.25 $\pm$ 7.36	55.9 $\pm$ 6.7	33	15	19	29	28.56 $\pm$ 4.16	12	17	17	14
对照组	48	26	22	67.96 $\pm$ 7.19	56.2 $\pm$ 6.8	36	12	21	27	29.02 $\pm$ 4.42	14	16	15	17
χ^2/t 值	—	0.169	0.478	0.218	0.464	0.171	0.525	0.211	0.046	0.188	0.429			
P 值	—	0.681	0.634	0.828	0.496	0.679	0.601	0.646	0.83	0.665	0.513			

部位进行按摩等常规康复训练,同时要注意防止温度过高,产生烫伤。照射部位需完全裸露,以保证治疗效果。

1.3 评定标准 治疗4周后,比较患者治疗1、2、3及4周后的视觉模拟评分(Visual Analogue Scale, VAS)、Fugl-Meyer运动功能评分法(Fugl-Meyer assessment scale, FMA-UL)评分、Barthel指数(Barthel Index, BI)评分,并在治疗后比较2组的治疗效果。①VAS评分:主要以肩、手、腕部部位的疼痛为主。其中为0,表示无痛;另一端为10,表示剧烈疼痛。②FMA-UL评分:用于评定患者上肢功能,总分为66分,评分越少,说明上肢功能活动越受限。③Barthel指数评分:评定患者独立活动能力,满分为100分,分数越低,活动能力越差。以上各项评分的测定均由经过专门训练的专业人员进行记录评测。④临床疗效:显效,手、肩等部位疼痛肿胀消失,上肢功能活动不受限,生活能够自理;有效,手、肩等部位疼痛肿胀有所好转,上肢功能活动轻度受限,生活基本能够自理;无效,手、肩等部位疼痛肿胀未得到改善或加重,上肢功能活动受到限制,生活不能自理。

1.4 统计学方法 采用统计软件SPSS 22.0处理数据,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,组内不同时点均数比较采用重复测量方差分析,不同时间点组内及组间均数两两比较采用LSD-t检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 VAS评分比较 2组在治疗后不同时点的VAS评分均不断降低($P < 0.05$),且观察组在治疗1、2、3及4周时间点的VAS评分均低于对照组($P < 0.05$)。见表2。

2.2 FMA-UL评分比较 2组治疗后不同时点FMA-UL评分平均不断提高($P < 0.05$),且观察组在治疗1周、治疗2周、治疗3周、治疗4周的点FMA-UL评分均高于对照组($P < 0.05$)。见表3。

2.3 Barthel指数评分比较 2组在治疗后不同时点的Barthel指数评分均不断提高($P < 0.05$),且观察组在治疗1周、治疗2周、治疗3周、治疗4周的Barthel指数评分均高于对照组($P < 0.05$)。见表4。

2.4 临床疗效比较 治疗后,观察组显效20例、有效21例、无效7例,对照组分别为14、18及16例,观察组总有效率明显优于对照组(85.42%、66.67%, $P < 0.05$)。

表2 2组治疗前及治疗后不同时点VAS评分比较

分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	治疗前	治疗1周	治疗2周	治疗3周	治疗4周
观察组	48	7.99 $\pm$ 1.50	5.89 $\pm$ 1.23 ^{ac}	4.19 $\pm$ 0.76 ^{abc}	2.69 $\pm$ 0.45 ^{abce}	1.75 $\pm$ 0.44 ^{abcde}
对照组	48	7.95 $\pm$ 1.54	6.82 $\pm$ 1.44 ^a	5.20 $\pm$ 0.95 ^{ab}	4.11 $\pm$ 0.62 ^{abc}	3.13 $\pm$ 0.62 ^{abcd}

与治疗前比较,^a $P < 0.05$,与治疗1周比较,^b $P < 0.05$,与治疗2周比较,^c $P < 0.05$,与治疗3周比较,^d $P < 0.05$,与对照组同时时间比较,^e $P < 0.05$

表3 2组治疗后不同时点FMA-UL评分比较

分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	治疗前	治疗1周	治疗2周	治疗3周	治疗4周
观察组	48	23.77 $\pm$ 3.55	33.60 $\pm$ 3.80 ^{ac}	41.87 $\pm$ 4.03 ^{abc}	45.81 $\pm$ 4.52 ^{abce}	49.38 $\pm$ 4.66 ^{abcde}
对照组	48	24.12 $\pm$ 3.40	29.51 $\pm$ 3.69 ^a	35.14 $\pm$ 4.02 ^{ab}	39.16 $\pm$ 4.19 ^{abc}	42.73 $\pm$ 4.24 ^{abcd}

与治疗前比较,^a $P < 0.05$,与治疗1周比较,^b $P < 0.05$,与治疗2周比较,^c $P < 0.05$,与治疗3周比较,^d $P < 0.05$,与对照组同时时间比较,^e $P < 0.05$

表4 2组治疗后不同时点Barthel指数评分比较

分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	治疗前	治疗1周	治疗2周	治疗3周	治疗4周
观察组	48	46.66 $\pm$ 4.32	55.29 $\pm$ 5.28 ^{ac}	63.85 $\pm$ 5.90 ^{abc}	68.49 $\pm$ 6.48 ^{abce}	76.23 $\pm$ 7.41 ^{abcde}
对照组	48	46.67 $\pm$ 4.57	50.36 $\pm$ 4.92 ^a	56.53 $\pm$ 5.52 ^{ab}	61.25 $\pm$ 6.13 ^{abc}	69.33 $\pm$ 6.83 ^{abcd}

与治疗前比较,^a $P < 0.05$,与治疗1周比较,^b $P < 0.05$,与治疗2周比较,^c $P < 0.05$,与治疗3周比较,^d $P < 0.05$,与对照组同时时间比较,^e $P < 0.05$

3 讨论

RSD 又被称为反射性交感神经营养不良,其以四肢远端严重疼痛且伴有自主神经功能紊乱为特点,且临床症状以肩、手灼烧性疼痛运动障碍、营养不良等为主^[6]。相关资料指出,RSD 经电针、热疗等治疗后,神经在电极等的刺激下,可使神经有选择性地刺激较大的有髓神经感觉纤维,从而激发抑制系统而达到止痛的效果,进而促进患者肢体活动能力的改善^[7-8]。目前,针对 RSD 的治疗方案多样,但总体疗效并不乐观。电磁波治疗仪是临床常用的用于治疗运动及累及引起的坐骨神经、肩周炎,组织损伤等疾病的医疗仪器^[9];其核心部件是由 30 多种人体必需元素制成,使用过程中,由于温度的作用,产生的电磁波易被机体内的核苷酸高分子吸收^[10]。已有较多研究表明,电磁波治疗仪具有消炎、止痛、促进上皮生长等作用,它可以穿过皮肤,直接使肌肉、皮下组织等产生热效应,加速血液物质循环,增加新陈代谢、减少疼痛、增加肌肉松弛、产生按摩效果;同时它还能有效提高机体内各种酶的活性,加快机体对各元素的吸收,并且它还能修复微循环通道,促进其疏通,对机体自身的免疫功能和抗病能力的刺激具有积极作用^[11]。

而中医上脑卒中后 RSD 归属于“痹症”范畴。王丽丽等^[12]研究资料指出,脑卒中后 RSD 多因脑卒中后患者久卧不动,使得气血瘀阻,各部位经脉麻痹阻塞,而引发疼痛;同时老年机体本弱,再经寒气侵入,滞留经脉,引起血液循环受阻,气血不通,久而久之引起肌肉萎缩,影响上肢功能。因此中医学上常使用活血化瘀、消肿止痛、疏通经络为主的药材进行贴敷治疗。贴敷治疗中各项中药材的作用各有不同,其中制川乌、制草乌具有祛风除湿,温经止痛之功效;乳香能有效治疗瘀阻气滞的脘腹疼痛,风湿痹痛症状;丹参、赤芍活血祛瘀,通经止痛的功能;而红花、没药、延胡索具有活血、散瘀、理气、止痛之效^[13-14]。同时,中医书上记载,肩前、肩髃、肩贞穴位于肩部,对应治疗可以疏通气血,消肿止痛。曲池穴属手阳明大肠经之合穴、臂臑位于臂外侧,可有效治疗手臂痹痛之症;合谷穴又称虎口,经治疗可缓解因气血不畅导致的肢体疼痛;阿是穴一般随病而定,多位于病变的附近。因此通过这几个穴位的贴敷共同治疗,能有效疏通患者经络不畅、气血瘀阻等问题,促进患者运动功能逐渐恢复^[15-16]。而本研究显示,行中药穴位贴敷与电磁波联合治疗的患者的总体疗效明显高于行康复治疗治疗的患者,且联合治疗的患者治疗后不同时间点的 VAS 评分均低于康复治疗的患者,而 FMA-UL 评分、Barthel 指数评分均高

于磁波治疗患者。该结果提示:中药穴位贴敷与电磁波联合治疗不仅能促进脑卒中后 RSD 患者的恢复,而且能有效降低患者肩、手等部位的疼痛感,改善患者上肢运动受限问题,对于患者日常活动能力的自理具有积极意义。

综上所述,中药穴位贴敷与电磁波联合应用于脑卒中后 RSD 患者其疗效显著,且能够有效缓解患者疼痛部位水肿问题,改善患者上肢运动功能障碍,对患者日常活动自理能力的提高具有促进作用。

【参考文献】

- [1] Huang C, Fan W, Yu A, et al. Penetration acupuncture at Baxie(EX-UE 9) combined with rehabilitation for swelling hand of post-stroke shoulder-hand syndrome[J]. Chinese acupuncture & moxibustion, 2017, 37(2):121-124.
- [2] Rysstad T, REY, Haldorsen B, et al. Responsiveness and minimal important change of the Norwegian version of the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand questionnaire (DASH) in patients with subacromial pain syndrome[J]. BMC Musculoskeletal Disorders, 2017, 18(1):248.
- [3] 韦莉. 微波结合电针治疗脑卒中后肩手综合征的疗效观察[J]. 湖北中医杂志, 2017, 39(6):53-54.
- [4] 林芳毅, 陈得胜. 中药熏蒸联合肌电生物反馈疗法治疗脑卒中后肩手综合征疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(30):3377-3380, 3381.
- [5] 朱荣华, 杨梅, 戴军龙, 等. 穴位埋线联合表面肌电生物反馈治疗脑卒中后肩手综合征临床研究[J]. 针刺研究, 2018, 43(6):380-383.
- [6] 卢红玉, 庞全塘, 孙志军, 等. 红外/红光照射联合低频脉冲电刺激治疗肩手综合征的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2018, 40(7):527-529.
- [7] Jinling, Zheng, Qinglian, et al. A clinical study on acupuncture in combination with routine rehabilitation therapy for early pain recovery of post-stroke shoulder-hand syndrome. [J]. Experimental and therapeutic medicine, 2018, 15(2):2049-2053.
- [8] 谭忠玉. 中药热敷联合空气波压力治疗仪治疗脑卒中后肩手综合征的临床疗效观察[J]. 中国医疗器械信息, 2018, 24(4):117-118.
- [9] 黄霞. 腹针配合特定电磁波治疗仪治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 中国药物与临床, 2018, 18(10):107-108.
- [10] 张桂贞. 补阳还五汤配合电磁波治疗仪治疗中风后遗症的临床效果分析[J]. 中国医疗器械信息, 2018, 24(4):137-138.
- [11] 茹群. 推拿拔罐结合特定电磁波谱治疗仪治疗肩周炎 106 例[J]. 中国民间疗法, 2018, 26(3):43-43.
- [12] 王丽丽, 王晓玲. 药熨结合穴位贴敷治疗卒中后肩手综合征疗效观察[J]. 中医药临床杂志, 2017, 29(8):191-194.
- [13] 杜文华, 郭乐, 王楠. 穴位贴敷联合艾灸阿是穴治疗中风偏瘫后肩手综合征I期疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2018, 16(16):135-137.
- [14] 谭忠玉. 中药热敷联合空气波压力治疗仪治疗脑卒中后肩手综合征的临床疗效观察[J]. 中国医疗器械信息, 2018, 24(4):117-118.
- [15] 许燕飞, 林燕, 石凯圆. 穴位贴敷联合中药湿热敷治疗脑卒中后肩痛的效果观察[J]. 护理与康复, 2017, 16(6):675-677.
- [16] 徐述. 电针配合穴位敷贴治疗中风后肩手综合征的效果观察[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(6):126.