

- formance monitor: two single case studies. Clin Rehabil, 1993, 7: 189-195.
- [9] 黄晓琳, 王平, 王伟, 等. 脑卒中偏瘫患者减重平板步行训练的临床应用研究. 中华物理医学与康复杂志, 2003, 25: 759.
- [10] Hesse S, Werner C, Bardeleben A, et al. Body weight-support treadmill training after stroke. Curr Atheroscler Rep, 2001, 3: 287-294.
- [11] Teasell RW, Bhogal SK, Foley NC, et al. Gait retraining post stroke. Top Stroke Rehabil, 2003, 10: 34-65.
- [12] Barbeau H, Visitin M. Optimal outcomes obtained with body-weight support combined with treadmill training in stroke subjects. Arch Phys Med Rehabil, 2003, 84: 1458-1465.

(收稿日期: 2007-05-19)

(本文编辑: 易 浩)

不同取穴方法的针刺疗法结合康复训练治疗偏瘫肩痛的疗效观察

陈莉 沐榕 李菁

【摘要】目的 观察不同取穴方法的针刺疗法结合康复训练对偏瘫后肩痛患者的治疗效果。**方法** 将 98 例偏瘫后肩痛患者随机分为治疗组 50 例和对照组 48 例。治疗组采用分期取穴方法, 对照组采用传统取穴方法, 2 组患者取穴后行针刺和电针治疗, 并配合康复训练, 连续治疗 3 个疗程。治疗前、后采用目测类比评分法 (VAS) 和 Brunnstrom 分期法对 2 组患者肩痛程度和运动功能进行评定。**结果** 治疗组在减轻肩痛程度和提高上肢运动功能方面的疗效均明显优于对照组 ($P < 0.05$ 或 0.01)。**结论** 结合现代医学的解剖、生理及上肢功能的不同阶段制定不同的针刺取穴方法和治疗措施对偏瘫后肩痛患者疗效较好。

【关键词】 偏瘫; 肩痛; 针刺; 康复训练; 脑卒中

肩痛是偏瘫患者常见的并发症, 偏瘫后肩痛的发生率为 5% ~ 84%^[1]。早期预防和正确治疗可大大降低肩痛的发生率, 提高康复速度和效果, 改善生活质量。本研究采用不同取穴方法的针刺疗法结合康复训练治疗偏瘫后肩痛患者, 以探求最佳治疗方法。

资料与方法

一、一般资料

所选病例为 2003 年 10 月至 2005 年 12 月在我院神经内科住院的患者, 均符合 1995 年第 4 次全国心血管病学术会议制定的脑血管病诊断标准^[2], 并经头颅 CT 和/或 MR 检查证实, 且意识清楚, 病情稳定, 偏瘫后出现肩痛症状。采用随机单盲法将纳入的 98 例患者分为治疗组 50 例和对照组 48 例, 2 组患者性别、年龄、病程、病变性质等比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1。

表 1 2 组患者一般资料比较

组别	例数	性别 (例, 男/女)	年龄 (岁)	病程 (d)	病变性质(例)		
					脑梗死	脑出血	混合病变
治疗组	50	31/19	63.3 ± 7.8	15.1 ± 8.5	28	13	9
对照组	48	28/20	61.9 ± 8.4	14.3 ± 3.7	29	11	8

二、治疗方法

2 组均采用针刺配合康复训练, 但针刺取穴方法不同。

1. 治疗组的取穴与针刺方法

取穴方法: 软瘫期取肩井、肩中俞、巨骨、天宗、肩髃、极泉穴; 痉挛期及痉挛后期取巨骨、天宗、肩髃、肩髃、消泺、上廉、温溜穴。针法: 肩井、肩中俞穴行针向脊柱方向斜刺进针 1 寸; 巨

骨穴行针直刺 0.6 寸; 消泺、天宗、极泉穴行针直刺 1.5 寸; 肩髃穴行针时垂臂夹肩, 针与穴位上部内侧皮肤呈 50° 夹角, 直刺 1.5 寸; 肩髃穴行针向极泉方向直刺 1.5 寸; 上廉、温溜穴行针向尺骨背侧面平刺 1.5 寸。针毕应用上海产 6805 型针灸治疗仪, 接肩井和肩髃穴, 或肩髃和消泺穴, 采用连续波, 留针 30 min。治疗每日 1 次, 10 次为 1 个疗程, 共治疗 3 个疗程。

2. 对照组的取穴与针刺方法

采用传统取穴方法: 取肩髃、肩前、肩贞、手五里、曲池和外关穴。针法: 肩髃、肩前、肩贞穴行针向极泉方向直刺 1.5 寸, 手五里、曲池穴行针直刺 1.5 寸, 外关穴行针直刺 0.8 寸。针毕应用 6805 型针灸治疗仪, 接肩髃和曲池穴, 采用连续波, 留针 30 min。每日治疗 1 次, 10 次为 1 个疗程, 共治疗 3 个疗程。

3. 康复训练方法

软瘫期: (1) 良姿位的摆放。仰卧位时, 患侧肩胛骨下垫枕, 使肩关节处于前伸位, 肘关节伸展, 前臂旋后, 腕关节和手指伸展; 患侧卧位时, 患侧肩前伸、前屈, 伸肘, 前臂旋后; 健侧卧位时, 患侧肩和上肢充分前伸, 肘关节伸展; 坐位时, 在患侧上肢前方放一平桌, 将患肢托起; 坐轮椅时, 患侧上肢下垫一枕头以免牵拉上肢; 立位时, 可使用吊带、Bobath 肩托将上肢托起, 预防和治疗肩关节半脱位, 避免肩部损伤。 (2) 被动运动, 以无痛范围内的被动运动为主, 主要为肩胛带的被动活动。患者仰卧位, 治疗师位于患者患侧, 一手托住患者肩胛骨, 另一手托住患肢肘关节使肩关节做前伸运动。

痉挛期: (1) 放松肌肉, 对患肩周围肌肉及痛点进行按摩, 在无痛范围内向各方向活动肩关节。 (2) 持续、缓慢牵拉患侧上肢屈肌, 拉长患侧躯干肌。 (3) 肩关节松动术。治疗师一手置于患肢腋窝, 另一手握住患肢肘骨远端分别向外、上、下各方向做牵引。 (4) 肩胛带运动。患者坐位或侧卧位且患侧位于上方, 治疗师一手固定肩胛骨, 另一手握住肩部使肩胛带做从内下到外上的回旋运动。

三、疗效评定方法

治疗前和治疗 3 个疗程后分别评定 2 组患者肩痛程度和上肢运动功能。疼痛程度的评定:采用目测类比评分法(Visual Analogue Scale, VAS)^[3],在纸上或尺上划 10 cm 长的直线,按毫米分度,直线左端表示无痛,右端表示极痛。让患者目测后,在直线上用手指、笔画或移动评分尺上游标的方法定出某一点,表示其疼痛程度。上肢功能评定:采用 Brunnstrom 分期法^[3],I 阶段为软瘫期,II、III 阶段为痉挛期,IV、V 阶段为痉挛后期。

四、统计学分析

应用 SPSS 10.0 版医学软件包进行统计学分析,计数资料比较采用 χ^2 检验,计量资料比较采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 作为差异有统计学意义。

结 果

一、2 组患者肩痛程度的比较

2 组患者治疗后,VAS 评分均显著下降($P < 0.01$ 或 0.05),说明肩痛程度有明显改善;治疗组 VAS 评分明显低于对照组($P < 0.05$),说明治疗组效果优于对照组,见表 2。

表 2 2 组患者 VAS 评分的比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	50	57.85 $\pm$ 11.48 ^a	20.00 $\pm$ 11.25 ^{bd}
对照组	48	56.00 $\pm$ 11.25	39.95 $\pm$ 10.08 ^c

注:与对照组治疗前比较,^a $P > 0.05$;与治疗前组内比较,^b $P < 0.01$,^c $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^d $P < 0.05$

二、2 组患者上肢功能 Brunnstrom 分期比较

2 组患者治疗后,上肢功能的 Brunnstrom 分期评定结果与治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$ 或 0.05),说明患者上肢运动功能有显著提高;治疗组达 IV 阶段以上的例数较多,对照组达 III 阶段内的例数较多,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 3。

表 3 2 组患者上肢功能 Brunnstrom 分期比较(例)

组 别	例数	I	II	III	IV	V	VI
治疗组	50						
治疗前		22	15	7	4	2	0 ^a
治疗后		4	8	9	18	9	2 ^{bd}
对照组	48						
治疗前		20	14	7	6	1	0
治疗后		8	16	15	6	3	0 ^c

注:治疗前组间比较,^a $P > 0.05$;治疗前、后组内比较,^b $P < 0.01$,^c $P < 0.05$;治疗后组间比较,^d $P < 0.01$

讨 论

肩痛的致病因素有:(1)肩胛骨下降、后缩;(2)肱骨内收、内旋;(3)上肢屈肌痉挛^[4,5]。一些研究者针对这些病因制定了康复训练方法,并取得了较好的疗效^[5-7]。针刺作为传统医学疗法,也可以结合现代康复理念进行完善。在偏瘫早期即软瘫期,会出现肩胛骨的下降、后缩和盂肱关节囊及韧带的松弛,必须加强肩胛带肌,如肩胛提肌、斜方肌上部、肩袖肌(冈上肌、冈下肌、小圆肌、肩胛下肌)和前锯肌的力量。本着“一块肌肉选一穴”的原则,治疗组软瘫期肩痛的选穴处方拟定为:肩井、肩中俞、巨骨、天宗、肩髃和极泉穴。当偏瘫患者进入痉挛期后,治疗的重点应放在缓解肩胛带肌痉挛和对抗上肢屈肌痉挛上。

缓解上肢屈肌痉挛可采用针刺拮抗肌穴位的方法,涉及到的肌肉有三角肌、冈上肌、冈下肌、小圆肌、肱三头肌、伸腕肌和伸指肌,亦采用一块肌肉选一穴的原则,因此治疗组痉挛期治疗肩痛的选穴处方拟定为:巨骨、天宗、肩髃、肩髃、消泺、上廉和温溜穴。此外,治疗组软瘫期和痉挛期均取巨骨、天宗和肩髃穴,但其作用却不同,软瘫期是为了加强肩袖肌的力量,而痉挛期则是为了对抗肱骨的内收和内旋,起到了一穴多用的作用。

纵观十二条经络,经过肩部者仅 3 条,即手阳明大肠经、手少阳三焦经和手太阳小肠经^[8]。《灵枢·经脉》中记载:“大肠手阳明之脉,起于大指次指之端……循臂上廉,入肘外廉,上臑外前廉,上肩,出髃骨之前廉,上出于柱骨之会上”“三焦手少阳之脉,起于小指次指之端……上贯肘,循臑外上肩,而交出足少阳之后”“小肠手太阳之脉,起于小指之端……上循臑后外廉,出肩解,绕肩胛,交肩上”。从这 3 条手三阳经的循行部位来看,皆从手沿上肢外侧上肩,绕肩胛,后与足三阳在头部衔接。故治疗肩痛非手三阳莫属。这与治疗组的选穴原则不谋而合,所取穴位均为手三阳经中穴,一是绕行肩胛,二是位于上肢外侧即伸肌侧。在此特别强调一点,既然是阳经的穴位,就要针在阳侧,尤其是手阳明经的穴位,其针刺方向一定要针在肱骨、桡骨和尺骨的背面。

本研究表明,治疗组不论在减轻肩痛程度还是促进上肢运动功能的恢复方面都优于对照组。治疗组上肢运动功能恢复至部分分离阶段(Brunnstrom 分期 IV 期)以上的患者较多,而对照组上肢运动功能恢复至痉挛阶段(Brunnstrom 分期 III 期)以内的患者较多。由此说明治疗方法应随着上肢功能的恢复有相应的变化,痉挛阶段为关键阶段,正确处理好此阶段的治疗,对功能的恢复极有好处。本研究中治疗组在痉挛期的治法与以往颇有不同,以往治疗偏瘫时,上肢常取手五里、曲池、手三里穴等刺激屈肌的穴位,而本研究治疗组则采用兴奋拮抗肌、抑制痉挛肌群的原理来缓解屈肌痉挛。

总之,我们认为偏瘫患者在不同时期应采用不同的取穴和针法,如只一味地选择某几个穴位,则可能加重上肢屈肌痉挛,不但容易诱发肩痛,对上肢的功能康复也极为不利。

参 考 文 献

- [1] 赵钰,主编.现代偏瘫治疗学.北京:人民军医出版社,1996:265,190.
- [2] 全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管疾病诊断要点(1995 年).中华神经科杂志,1996,29:379.
- [3] 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).北京:华夏出版社,1998:3,84.
- [4] 孙强三,王晓红,郭志琴,等.偏瘫肩痛致因研究进展.现代康复,2001,5:51.
- [5] 刘雅利.偏瘫后肩痛的原因和治疗.国外医学物理医学与康复学分册,1999,19:149-152.
- [6] 孔娟,梁超,韩伟.手法并超短波治疗偏瘫肩痛.中华物理医学与康复杂志,2003,25:602.
- [7] 梁国伟.综合康复治疗偏瘫后肩痛的疗效观察.中华物理医学与康复杂志,2005,27:620-621.
- [8] 李鼎.经络学(供针灸专业用).上海:上海科学技术出版社,1984:25,41,61.

(收稿日期:2007-01-20)

(本文编辑:吴 倩)