

· 临床研究 ·

冷热中药交替浸浴疗法结合康复训练治疗脑卒中后肩手综合症的疗效观察

郭友华 陈红霞 杨志敬 李梅

【摘要】 目的 观察冷热中药交替浸浴结合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征(SHS)的临床疗效。**方法** 将 120 例 SHS I 期的脑卒中患者随机分为中药浸浴组 and 对照组。2 组均常规治疗原发病并给予康复训练,中药浸浴组同时给予温度分别为 40℃ 与 10℃ 的舒经活络洗剂交替浸泡患手,每天治疗 2 次,每次 30min,共 3 周。治疗前、后用视觉模拟评分法评定患者疼痛情况,记录偏瘫侧手中指的近节指间关节被动屈曲活动范围。**结果** 治疗后 2 组疗效比较,中药浸浴组的总有效率为 83.3%,明显高于对照组的 66.7% ($P < 0.05$),偏瘫侧手指的关节活动范围较对照组明显增加,疼痛评分较对照组明显降低,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 冷热中药交替浸浴疗法结合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征,疗效明显优于单独康复训练,能够有效地缓解疼痛,改善患者偏瘫侧手指的关节活动范围,从而有利于促进上肢功能康复。

【关键词】 肩手综合征; 中药浸浴; 冷热交替疗法; 脑卒中

肩手综合征(shoulder-hand syndrome, SHS)是脑卒中后偏瘫患者的常见并发症,是一组以偏瘫侧肩手疼痛、肿胀、血管舒缩功能障碍、关节活动受限为特征的综合征,多在发病后 1~3 个月出现,病因可能与交感神经营养不良有关。如不予适当治疗,将导致偏瘫侧肩和手的永久性畸形,是患者手部致残的主要并发症^[1],但目前尚无特效的治疗方法。我们采用冷热交替的方法,在水中加入活血通络、消肿止痛的舒经活络洗剂,热水与冷水交替浸泡偏瘫侧手,结合康复训练治疗 SHS I 期的脑卒中患者 60 例,并与单纯进行康复训练的患者进行比较,现报道如下。

资料与方法

一、一般资料

全部病例均选自 2007 年 12 月至 2009 年 12 月在广东省中医院康复科住院的 SHS I 期的脑卒中患者,共 120 例,均符合全国第四届脑血管会议拟定的脑卒中诊断标准^[2],经头颅 CT、MRI 检查确诊,且临床表现符合 SHS 的诊断标准^[3];排除由肩周炎、颈椎病、心肌梗死或丘脑病变、糖尿病及营养不良等所致周围神经病变引起的疼痛。入选患者中,男 73 例,女 47 例;年龄 36~80 岁;脑卒中病程 0.5~6 个月;脑出血 52 例,脑梗死 68 例。120 例患者由计算机分层后随机分为中药浸浴组和对照组各 60 例,2 组患者的性别、年龄、病程、脑卒中类型等经统计学处理,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($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(月)	脑卒中类型(例)	
		男	女			脑梗死	脑出血
中药浸浴组	60	36	24	63.1 ± 3.2	1.7 ± 0.2	33	27
对照组	60	37	23	61.1 ± 2.6	1.5 ± 0.2	35	25

二、治疗方法

2 组均常规治疗原发病并进行康复训练。康复训练的方法包括:偏瘫侧上肢的良肢位摆放,偏瘫侧肩关节活动范围训练、关节松动手法训练、Bobath 握手上举训练,偏瘫侧手被动向心性按摩,向心性缠绕压迫偏瘫侧手指,偏瘫侧上肢肢体气压治疗。每天 2 次,每次 30 min,共 3 周。同时避免偏瘫侧肢体负重、受伤及静脉输液。

中药浸浴组在上述治疗的基础上给予冷热中药交替浸泡法治疗,中药采用广东省中医院制剂室提供的舒筋活络洗剂(每包 105 g,批准文号:粤 Z20080033),药物为桂枝、细辛、透骨消、乳香、没药、川牛膝、红花、桃仁、木瓜等磨成的粗粉。使用时每包药用清水 3~4 L 浸泡 20 min,然后煮沸 5 min 备用。采用的热水温度为 40℃(将配制好的舒筋活络洗剂液倒入特制的带有容纳手出入孔洞盖子的盆中,冷却至 40℃后浸泡偏瘫侧手,治疗中适量增加热水以保持水温),冷水温度为 10℃(将配制好的舒筋活络洗剂液加冰冷却至 10℃)。治疗时先用热水浸泡 15 min,再以冷水浸泡 15 min,每次 30 min,每天 2 次,共 3 周。

三、疗效评定方法

治疗前及治疗 3 周后,2 组患者进行疼痛及关节活动范围的评定。采用视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS)^[4]评估患者的疼痛情况,采用 1 条长 10cm 的游动标尺,标有 0~10 个刻度表示 0~10 分,0 分表示无痛,10 分代表难以忍受的最剧烈疼痛,让患者移动直尺上的游标至最能代表自己疼痛程度的相应位置,根据患者标出的位置为其评分。采用手指关节活动范围测量器测定中指的近节指间关节被动屈曲活动范围。

疗效评定:显效为手关节疼痛减轻,关节活动轻度受限,水肿基本消失,手的小肌肉萎缩不明显;有效为手关节疼痛有好转,关节活动受限明显,仍有水肿,手的小肌肉萎缩不明显;无效为疼痛与关节活动范围无改善,肌肉萎缩逐渐加重^[5]。

四、统计方法

所有数据以($\bar{x} \pm s$)表示,用 SPSS 13.0 版统计软件处理,计量资料比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

结 果

一、2 组疗效比较

2 组患者经过为期 3 周的治疗后,中药浸浴组显效率为 40.0%,总有效率为 83.3%,均明显高于对照组($P < 0.05$ 或 0.01)。见表 2。

表 2 2 组治疗前、后疗效比较(例,%)

组 别	例数	显效	有效	无效	总有效率
中药浸浴组	60	24(40.0) ^a	26(43.4)	10(16.7)	83.3 ^b
对照组	60	18(30.0)	22(36.7)	20(33.3)	66.7

注:与对照组比较,^a $P < 0.01$,^b $P < 0.05$

二、2 组治疗前、后偏瘫侧中指近节指间关节被动屈曲活动范围及偏瘫侧手疼痛评分比较

中药浸浴组及对照组患者经过 3 周的治疗后,中指近节指间关节被动屈曲活动范围较治疗前明显增加,患手 VAS 疼痛评分较治疗前明显减低,差异均有统计学意义($P < 0.01$),其中中药浸浴组变化更明显,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组治疗前、后偏瘫侧中指近节指间关节被动屈曲活动范围及偏瘫侧手疼痛评分比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	中指近节指间关节被动屈曲活动范围(°)		VAS 评分(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中药浸浴组	60	15.2 ± 1.7	92.8 ± 0.9 ^{ab}	7.3 ± 1.7	0.9 ± 0.5 ^{ab}
对照组	60	15.0 ± 1.2	80.4 ± 0.9 ^a	7.4 ± 1.8	2.2 ± 0.7 ^a

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

讨 论

SHS 又称为反射性交感神经性营养不良,多发生于脑卒中后的 1~3 个月,发生率为 12.5%~74.1%^[6]。其发病机制迄今尚未完全明确,可能与脑卒中患者早期不正确的体位及运动模式,或上肢肌张力极度增高或降低,导致肩关节位置改变而使肩、腕关节损伤,上肢体液回流受阻,自主神经系统功能异常及血管运动和腺体分泌功能紊乱等有关^[7]。SHS 在中医学上属于“肩痹”范畴,中医学认为气血瘀滞、脉络闭阻是导致本病发生的基本病机,脉络瘀滞,筋脉失柔,骨节失灵,不通则痛,血瘀水停,故出现肩手关节疼痛、肿胀,甚至肌肉挛缩,活动不利^[8]。

SHS 的主要治疗目标是减轻水肿及疼痛,改善指、腕、肩关节的活动度,且治疗越早,效果越好^[9]。其综合康复治疗手段包括:卧位及坐位时的良肢位摆放、患手压迫性向心缠绕、肩腕关节主动和被动运动等,运动训练时注意保护患肢,避免腕屈曲活动,并尽量避免在患手侧行静脉输液。有研究显示,康复治疗可改善患者疼痛等临床症状,促进偏瘫侧上肢运动功能的恢复^[10]。本研究,对照组在常规治疗原发病的基础上进行康复训练,治疗 3 周后,偏瘫侧手指关节活动范围明显增加,VAS 疼痛评分明显降低,差异有统计学意义($P < 0.01$),总有效率达 66.7%。

冷疗可抑制血管运动神经麻痹引发的患肢交感神经兴奋性增高及血管痉挛反应,使局部组织血流量明显减少,血管通

透性降低,渗出减少,从而快速消除肿胀;同时冷疗还可减轻痛性痉挛,缓解损伤和炎症,从而起到间接镇痛的作用^[11]。单纯冷疗患者常常难以耐受,与温水交替浸泡可促进血管微扩-收缩反应,改善交感神经兴奋性,达到消肿、止痛的目的,改善患者的临床症状。

冷热中药交替浸浴疗法是由冷热交替疗法演化而来。中医学认为,脑卒中后肢体偏瘫,筋脉不舒,久则寒湿易附关节,血瘀气壅,脉道不利,气血难达四末,筋脉肌肉失养,出现偏瘫侧肩腕胀痛、酸痛或刺痛,手指肿胀、屈伸不利等症状,瘀阻日久,则出现肢体萎缩,关节挛缩。《诸病源候论·风偏枯候》云:偏枯青,因气血偏虚,则腠理开,受于风湿,风湿客于半身,在分腠之间,使气血凝滞,不能润养,久不瘳,真气去,邪气独留,则戚偏枯^[12]。故根据治病求本原则,治疗当活血化瘀、舒筋活络、祛湿消肿、除痹止痛。我们采用舒筋活络洗剂方中桂枝、细辛共为君药,可温通经脉,散寒止痛;透骨消、乳香、没药共为臣药,可祛风、通络、止痛;川牛膝、红花、桃仁可补肝肾、强筋骨、活血止痛;木瓜可舒筋活络、缓急止痛。

本研究以冷热中药液交替浸浴 SHS 患者的偏瘫侧手,结果与治疗前及对照组比较,中药浸浴组偏瘫侧手指关节活动范围明显增加,VAS 疼痛评分明显降低,差异有统计学意义($P < 0.05$),总有效率达 83.3%,表明冷热中药交替浸浴疗法辅助治疗可有效地改善 SHS 患者偏瘫侧手指的关节活动范围,缓解疼痛,从而有利于促进患者上肢功能的康复。

参 考 文 献

- [1] 常娜,赵雪英. 肩手综合症的诊断与康复治疗. 实用神经疾病杂志, 2005, 8; 46-47.
- [2] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)及各类脑血管病诊断要点. 中华神经科杂志, 1996, 29; 379.
- [3] Pertoldi S, Di Benedetto P. Shoulder-hand syndrome after stroke: a complex regional pain syndrome. Eur J Med Res, 2005, 41; 283-292.
- [4] 郝双林. 临床疼痛的测定方法及其评价. 国外医学麻醉学与复苏分册, 1993, 14; 228-230.
- [5] 王茂斌. 偏瘫的现代评价与治疗. 北京: 华夏出版社, 1990; 226-231.
- [6] 陈立典,田永胜. 偏瘫后肩手综合征的综合康复. 中华理疗杂志, 1997, 20; 33-35.
- [7] Patricia MD. Steps to follow. Hong Kong: Springer-Verlag, 1991; 206-214.
- [8] 温静,张连城. 调神通络法结合康复训练治疗卒中后肩手综合征 30 例临床观察. 江苏中医药, 2009, 8; 55-56.
- [9] 伍少玲,黄利荣,许俭兴. 早期康复对脑卒中后肩手综合征患者上肢功能的影响. 中国康复理论与实践, 2002, 8; 24.
- [10] 张建宏,黄利荣,许俭兴,等. 综合康复治疗脑卒中后肩手综合征的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 2005, 27; 537-540.
- [11] 王茂斌. 神经康复学. 北京: 人民卫生出版社, 2009; 581.
- [12] 余恒旺,崔美莲,梁思杰. 舒筋活络散治疗脑卒中后肩手综合征临床观察. 中国中医急症, 2006, 15; 942-943.

(修回日期: 2011-01-05)

(本文编辑: 吴 倩)