

- 加重期患者心肺功能和血液流变学指标的影响[J]. 中国中医急症, 2022, 31(6): 1083-1085.
- [10] 陈维林, 陈思铭, 李立荣. 超声心动图对慢性心力衰竭患者右心功能的评价价值[J]. 实用医技杂志, 2020, 27(6): 713-715.
- [11] 陆献大, 吕成, 徐静, 等. 氯沙坦对慢性肺心病心力衰竭患者右心室Tei指数与血浆NT-proBNP的影响[J]. 浙江临床医学, 2017, 19(2): 225-227.
- [12] 蒋凯煜, 苏新, 郭朝霞, 等. 肺高血压之右心功能评估[J]. 中国临床新医学, 2020, 13(9): 845-850.
- [13] 张保, 王利平, 王海旭, 等. 肺心病心力衰竭不同中医证型患者肺动脉压力、NT-proBNP浓度对比分析[J]. 云南中医学院学报, 2018, 41(3): 55-57.
- [14] 唐德才, 吴庆光. 中药学[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 150-170, 331.
- [15] 苏晓茵, 何志良, 罗胜, 等. 五苓散合桃红饮加减治疗肺心病心力衰竭30例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(7): 42-44.
- [16] 陈思, 刘恺丰, 朱卫华. 参附注射液联合地尔硫草治疗慢性肺源性心脏病合并心力衰竭的临床疗效及安全性分析[J]. 中国医药, 2020, 15(3): 358-361.
- (收稿日期 2022-11-14)

腕踝针治疗脑卒中后肩手综合征 I 期的疗效观察

马 越 刘 娟[△] 于文琦

(广州中医药大学第二附属医院, 广东 广州 510102)

中图分类号: R743.9 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2023)05-0856-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2023.05.024

【摘要】 目的 观察腕踝针治疗脑卒中后肩手综合征 I 期的临床疗效。**方法** 将 82 例脑卒中后肩手综合征 I 期患者分为对照组与腕踝针组。对照组给予常规康复训练, 腕踝针组加用腕踝针治疗, 连续治疗 21 d。比较两组治疗前后的肩手综合征评估量表(SHSS)评分、疼痛视觉模拟量表(VAS)评分、手部肿胀评分、上肢功能评定表(DASH)评分、Fugl-Meyer(FMA)评分、脑卒中专用生活质量量表(SS-QOL)评分及临床疗效。**结果** 治疗后, 两组 FMA 评分、SS-QOL 评分均升高, 且腕踝针组高于对照组($P < 0.05$), 两组 SHSS 评分、VAS 评分、手部肿胀评分、DASH 评分均降低, 且腕踝针组低于对照组($P < 0.05$); 腕踝针组的总有效率为 90.24%, 高于对照组的 73.17%($P < 0.05$)。**结论** 腕踝针治疗脑卒中后肩手综合征可以缓解疼痛、肿胀, 改善肢体功能, 提高生活质量。

【关键词】 脑卒中 肩手综合征 腕踝针 疗效

我国现有脑卒中患者 1 300 万, 而且随着生活方式的改变和我国步入老龄化社会, 脑卒中的发病率呈现上升趋势^[1]。肩手综合征(SHS)是指以肩部和上肢疼痛性运动障碍为主的综合征, 早期表现为肩、手、腕关节疼痛、肿胀、感觉异常、活动受限, 晚期表现为肌肉萎缩、关节严重挛缩畸形, 造成不可逆性损害^[2]。SHS 是脑卒中后最常见的并发症, 发生率达 12.5%~70.0%^[3], 是影响脑卒中患者瘫痪肢体功能恢复的重要原因, 严重影响康复和心理健康, 降低生活质量。脑卒中后 SHS 治疗包括早期预防、康复训练、药物等, 其中以康复训练为主^[4], 但是疗效与患者依从性密切相关, 因人而异, 尚缺乏较好的解决方法。腕踝针是一种在腕踝部特定点将针刺入皮下以治疗疾病的方法, 具有取穴简单、疗效显著、安全等优点, 临床主要用于治疗急性痛症、神经系统疾病等^[5]。笔者在临床实践中采用腕

踝针治疗脑卒中后肩手综合征 I 期, 取得了显著效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准: 脑卒中诊断参照《2016 版中国脑血管病诊治指南与共识》^[6]; 肩手综合征 I 期诊断参照《神经康复学》^[7]。纳入标准: 同时符合脑卒中、SHS 的诊断; SHS 分期属于 I 期; SHS 病程 ≤ 14 d; 年龄 50~80 岁; 首次发病。排除标准: 风湿性疾病、冠心病、肩关节疾病、截瘫、脑梗死等其他疾病引起的 SHS 者; 既往肩关节外伤或手术史者; 生命体征不平稳者; 妊娠或哺乳期妇女; 精神障碍或智力低下者; 意识不清者; 合并中枢系统等部位的急性感染者; 手腕或踝部针刺部位皮肤破损或感染者; 合并严重的肝肾功能不全、凝血功能异常、类风湿性关节炎、恶性肿瘤终末期等严重基础疾病者; 酒精或药物滥用史者。

1.2 临床资料 采用回顾性研究方法, 选择 2016 年 1 月至 2022 年 8 月广州中医药大学第二附属医院老年脑

[△]通信作者(电子邮箱: liujuan0906@163.com)

病科收治的SHS I期患者82例,按治疗方法分为对照组与腕踝针组各41例。对照组男性26例,女性15例;年龄44~80岁,平均(71.25±13.16)岁;SHS病程1~14 d,平均(11.36±3.45) d;偏瘫部位左侧23例,右侧18例;卒中类型脑梗死36例,脑出血5例;合并症中高血压病32例,糖尿病26例,冠心病20例。腕踝针组男性23例,女性18例;年龄49~80岁,平均(72.86±12.41)岁;SHS病程1~14 d,平均(10.85±2.84) d;偏瘫部位左侧25例,右侧16例;卒中类型脑梗死35例,脑出血6例;合并症中高血压35例,糖尿病22例,冠心病16例。两组临床资料差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组给予常规康复训练。1)良肢位摆放:患者坐位时,患肢置于桌子上;仰卧位时患肩下垫枕头保持伸展位;侧卧位时,患肩前伸,患肢处于伸展位;患侧卧位时,患肩和上肢伸展。2)运动训练:采用Bobath法进行运动训练,双手Bobath上举20次/组,协助患者进行抓握木棒、握球等主动关节训练,主动耸肩,被动活动手、腕、肩关节,每次40~50 min,每日1次。3)冷热水交替外敷:冷水和温水交替外敷10 min,每日3次。4)功能性作业训练:根据患肢功能障碍程度设置滚筒、磨砂板、肩梯等功能性作业训练,每次20 min,每日1次。腕踝针组在对照组康复训练的基础上加用腕踝针治疗,参照《实用腕踝针疗法》^[8],取患肢上4区、上5区、上6区,患者取仰卧位,碘伏常规消毒后,施术者右手持0.30 mm×40 mm的一次性针灸针,与皮肤呈30°刺入皮下,然后将针放平平行进入真皮下35 mm,针下松软,患者无酸、麻、胀、痛等任何不适感觉,若有则重新进行平刺。留针30 min,每日1次,每周5次。连续治疗21 d。

1.4 观察指标 治疗前后分别进行评价。1)肩手综合征评估量表(SHSS)^[7]:包括痛觉、自主神经、运动3个维度,总分0~14分,分值越高症状越严重。2)疼痛视觉模拟(VAS)评分^[9]:按照疼痛严重程度分为0~10分,0表示无痛,10表示剧痛,分值越高疼痛越严重。3)手部肿胀评分^[10]:测量患者患肢和健肢的手背周径,根据两者周径差值分为:0分(<0.3 cm)、2分(0.3~0.9 cm)、4分(1.0~1.5 cm)、6分(>1.5 cm)。4)上肢功能评定表评分(DASH)^[11]:DASH量表由30个问题组成,总分0~100分,分值越低上肢功能越好。5)Fugl-Meyer评分(FMA)^[12]:对肩、手、腕、手指等关节的功能进行评估,总分0~66分,分值越高上肢运动功能越好。6)脑卒中专用生活质量量表(SS-QOL)^[13]:包括精神、家庭角色、语言等12个维度共计49个项目,总分49~245分,分值越高生活质量越好。

1.5 疗效标准 显效:疼痛、肿胀基本消失或明显缓解,临床改善率≥45%,<90%。好转:手部小肌肉收缩不明显,肿胀减轻,临床改善率≥18%,<45%。无效:症

状和手部症状无改善,临床改善率<18%。

1.6 统计学处理 应用SPSS26.0统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用独立样本 t 检验,计数资料以“ n 、%”表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后SHSS、DASH、FMA、SS-QOL评分的比较 见表1。两组治疗后SHSS、DASH评分均降低($P<0.05$),FMA、SS-QOL评分升高,且腕踝针组降低、升高幅度均大于对照组($P<0.05$)。

表1 两组治疗前后SHSS、DASH、FMA、SS-QOL评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	SHSS	FMA	DASH	SS-QOL
腕踝针组 ($n=41$)	治疗前	7.51±1.64	29.22±4.86	69.48±5.37	72.85±8.70
	治疗后	2.73±1.20 [△]	47.98±5.39 [△]	45.29±5.83 [△]	104.93±17.67 [△]
对照组 ($n=41$)	治疗前	7.68±1.21	30.05±6.49	69.44±6.79	70.15±5.34
	治疗后	3.44±1.23 [*]	44.05±2.67 [*]	52.78±5.59 [*]	92.29±11.89 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组同时期比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组治疗前后VAS评分、手部肿胀评分的比较 见表2。两组治疗后VAS评分、手部肿胀评分均降低($P<0.05$),且腕踝针组治疗评分均低于对照组($P<0.05$)。

表2 两组治疗前后VAS评分、手部肿胀评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	VAS	手部肿胀评分
腕踝针组 ($n=41$)	治疗前	6.27±1.10	3.61±1.69
	治疗后	3.00±1.18 [△]	1.27±0.47 [△]
对照组 ($n=41$)	治疗前	6.49±1.14	3.32±1.52
	治疗后	3.88±0.98 [*]	2.15±1.63 [*]

2.3 两组临床疗效比较 见表3。治疗后,腕踝针组临床总有效率高于对照组($P<0.05$)。

表3 两组临床疗效比较(n)

组别	n	显效	好转	无效	总有效(%)
腕踝针组	41	25	12	4	37(90.24) [△]
对照组	41	16	14	11	30(73.17)

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

3 讨论

目前脑卒中后SHS的发病机制尚未明确,与交感神经失调、中枢神经系统改变、血管功能障碍、神经源性炎症等密切相关^[13]。SHS分为急性期、营养障碍期、萎缩期,急性期主要表现为肿胀和疼痛,因此急性期要早期发现和早期治疗,减轻患者肿胀和疼痛,改善关节

功能,避免向营养障碍期和萎缩期发展,否则所有治疗效果基本难以奏效。本研究选用康复训练可以纠正关节姿势、促进肌肉收缩和血液回流、减轻水肿、刺激感觉功能、恢复关节功能等。

SHS属于中医学“肩痹”“中风”等范畴,《素问·调经论》云“手屈而不伸者,其病在筋”。SHS的病机主要是气血失调,脉络痹阻,筋骨失于濡养,加之风寒湿侵袭,导致经脉不通,引起患肢疼痛、肿胀、关节屈伸不利^[14]。因此,SHS治疗应以疏通经络、行气活血为主要法则。腕踝针是由张心曙教授在电刺激疗法的基础上发展而来,选用手腕部和足踝部区域针刺治疗疾病的方法^[15]。腕踝针将人体分为十二个区域,与经络学说的十二皮部相一致,《素问·皮部论》曰“皮者,脉之部也”,十二皮部是经脉反映于体表的部位和络脉之气分布的部位,“经脉所过,主治所及”,通过刺激皮部,可以激发经气,推动经络气血运行,达到调和气血、调和阴阳、调节脏腑功能、疏通经络、活血化瘀作用。腕踝针选穴以上病取上、下病取下、左病取左、右病取右为原则^[15],根据脑卒中后SHS特点,故本研究选择患肢上4、5、6区为原则。临床研究发现,腕踝针治疗脑梗死后偏瘫具有良好的疗效。本研究结果显示,与对照组比较,腕踝针组的临床有效率提高。提示腕踝针治疗脑卒中后SHS可以缓解症状,提高疗效。

SHSS量表从痛觉、自主神经功能、运动功能3个维度评价肩关节功能,是临床上使用最广泛的SHS疗效评价标准,具有简单、易行等优点。FMA量表从分离运动、神肌共同运动、上肢反射活动等方面运动评价上肢的运动功能,是临床上脑卒中肢体运动功能评价最经典的工具。DASH是评价患肢日常生活能力和运动功能最常用的量表,可以准确判断SHS对患者日常生活的影响程度。SS-QOL量表从思维、社会角色、家庭角色、视力、上肢功能等多个方面评价脑卒中对患者生活的影响程度。VAS和手部肿胀评分是评价SHS患者疼痛和肿胀的客观指标。本研究结果显示,与对照组比较,腕踝针组SHSS评分、DASH评分、VAS评分、手部肿胀评分均降低,FMA评分、SS-QOL评分均升高,提示腕踝针治疗脑卒中后SHS可以缓解疼痛、减轻肿胀、改善肩关节功能和上肢运动功能,提高生活质量。这是因为腕踝针刺刺激相应区域后,刺激信号传导至神经中枢,刺激阿片类物质合成^[16],或者通过调节交感神经和血管从而调节病灶离子通道变化^[17],最终产生镇痛效果。四肢末端血管神经丰富,腕踝针可以促进血液运行,调节神经功能的兴奋和抑制,使神经功能达到平衡状态^[15],从而促进肢体功能恢复,提高生活质量。

综上所述,腕踝针治疗脑卒中后肩手综合征可以

缓解疼痛、肿胀,改善肢体功能,提高生活质量。

参 考 文 献

- [1] 中国心血管健康与疾病报告编写组. 中国心血管健康与疾病报告2021概要[J]. 中国循环杂志, 2022, 37(6): 553-578.
- [2] PERTOLDI S, DI BENEDETTO P. Shoulder-hand syndrome after stroke. A complex regional pain syndrome [J]. *Eura Medicophys*, 2005, 41(4): 283-292.
- [3] PENDÓN G, SALAS A, GARCÍA M, et al. Complex regional pain syndrome type 1: Analysis of 108 patients [J]. *Reumatol Clin*, 2017, 13(2): 73-77.
- [4] 罗红, 徐丽. 脑卒中后肩手综合征康复治疗研究新进展[J]. 实用医院临床杂志, 2017, 14(6): 272-274.
- [5] 陆菲菲, 钱小路. 腕踝针治疗非疼痛类疾病研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2018, 20(1): 117-119.
- [6] 中华医学会神经病学分会. 2016版中国脑血管病诊治指南与共识[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 106-150.
- [7] 王茂斌. 神经康复学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 791-792.
- [8] 张心曙, 凌昌全, 周庆辉. 实用腕踝针疗法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 26.
- [9] CHIAROTTO A, MAXWELL LJ, OSTELO RW, et al. Measurement properties of visual analogue scale, numeric rating scale, and pain severity subscale of the brief pain inventory in patients with Low back pain: a systematic review [J]. *J Pain*, 2019, 20(3): 245-263.
- [10] 燕铁斌. 临床痉挛指数: 痉挛的综合临床评定[J]. 现代康复, 2000, 4(1): 88-89.
- [11] WAJNGARTEN D, CAMPOS JÁDB, GARCIA PPNS. The disabilities of the arm, shoulder and hand scale in the evaluation of disability-A literature review [J]. *Med Lav*, 2017, 108(4): 314-323.
- [12] CECCHI F, CARRABBA C, BERTOLUCCI F, et al. Transcultural translation and validation of Fugl-Meyer assessment to Italian [J]. *Disabil Rehabil*, 2021, 43(25): 3717-3722.
- [13] WIN ASS, THEIN MK, TUN KS, et al. Measurement properties of all versions of the Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL) 2.0: a systematic review protocol [J]. *JBI Evid Synth*, 2021, 19(2): 412-418.
- [14] 吴圣婕, 雷迈, 谭威, 等. 脑卒中后肩手综合征的病因机制及诊疗进展[J]. 广西医学, 2015, 44(7): 953-955.
- [15] 曹丽娟, 谭琰, 周炜. 套针循经针刺对中风后肩手综合征病人主要异常经络状态的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(8): 1367-1370.
- [16] 周娜, 李燕, 张春雷, 等. 腕踝针针刺麻醉联合利多卡因及舒芬太尼用于甲状腺射频消融术中镇痛临床观察[J]. 中国药业, 2022, 31(10): 93-95.
- [17] 胡侠, 凌昌全. 腕踝针止痛机理的生物力学观[J]. 中国针灸, 2004, 24(5): 361-363.

(收稿日期 2023-01-09)