

温通刮痧疗法治疗中风后肩手综合症的临床研究

刘跟莉^{1,2}, 师帅^{1,2}, 刘亚^{1,3}, 井鑫鑫^{1,2}, 韩萌萌¹, 刘爽¹

(1. 黑龙江中医药大学, 黑龙江哈尔滨 150040; 2. 黑龙江中医药大学附属第二医院针灸科, 黑龙江哈尔滨 150001;
3. 黑龙江中医药大学附属第一医院护理教研室, 黑龙江哈尔滨 150040)

摘要:【目的】观察温通刮痧疗法治疗中风后肩手综合症的临床疗效。【方法】将60例中风后肩手综合征患者随机分为观察组和对照组, 每组各30例。2组患者均接受中风病的中西医基础治疗, 对照组给予健康宣教, 观察组在对照组的基础上给予温通刮痧疗法治疗, 每日1次, 每次30 min, 连续治疗4周。治疗4周后, 观察2组患者治疗前后视觉模拟量表(VAS)评分、上肢运动功能Fugl-Meyer评分(FMA)以及改良Barthel指数评定量表(MBI)评分的变化情况, 并评价2组的临床疗效。【结果】(1)治疗后, 2组患者的VAS评分、FMA评分及MBI评分均明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善VAS评分、FMA评分及MBI评分方面均明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。 (2)观察组总有效率为93.33%(28/30), 对照组为76.67%(23/30)。观察组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。【结论】温通刮痧疗法治疗中风后肩手综合征, 能明显减轻患者肩关节疼痛的症状, 改善患者上肢运动功能和日常生活活动能力, 从而提高患者生活质量, 疗效显著。

关键词: 温通刮痧; 中风; 肩手综合征; 临床研究; 生活质量

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)06-1186-05

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtc.2021.06.020

Clinical Study on Warming and Activating Scraping to Congestion Therapy for Shoulder-hand Syndrome in Patients after Stroke

LIU Gen-Li^{1,2}, SHI Shuai^{1,2}, LIU Ya^{1,3}, JING Xin-Xin^{1,2},
HAN Meng-Meng¹, LIU Shuang¹

(1. Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040 Heilongjiang, China; 2. The Second Hospital Affiliated to Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150001 Heilongjiang, China; 3. Dept. of Nursing, The First Hospital Affiliated to Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040 Heilongjiang, China)

Abstract: Objective To observe the clinical therapeutic effect of warming and activating scraping to congestion therapy for shoulder-hand syndrome in patients after stroke. **Methods** Sixty patients with post-stroke shoulder-hand syndrome were randomly divided into observation group and control group, 30 cases in each group. Both groups of patients received basic Chinese and Western medicine treatment for stroke, additionally, the control group received healthy propaganda and education, and the observation group received warming and activating scraping to congestion on the base of the treatment of the control group, once a day, 30 minutes every time, the treatment lasting 4 continuous weeks. After 4 weeks of treatment, the changes in Visual Analog Scale (VAS) score, simplified upper limb motor function Fugl-Meyer (FMA) score and modified Barthel index (MBI) score were observed in the two groups before and after treatment, and the clinical efficacy of the two groups was evaluated. **Results** (1) After treatment, the VAS, FMA, MBI scores were significantly improved in the two groups ($P < 0.05$), and the improvement in VAS, FMA, MBI scores of the observation group was significantly superior to that of the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (2) The total effective rate in the observation group was 93.33%(28/30), and that in the control group was 76.67%(23/30). The clinical

收稿日期: 2020-12-23

作者简介: 刘跟莉(1981-), 女, 副教授; E-mail: 26809961@qq.com

通讯作者: 刘亚(1986-), 女, 硕士, 主管护师; E-mail: 1677027256@qq.com

基金项目: 黑龙江省自然科学基金资助项目(编号: QC2018114); 黑龙江省教育教学改革基金资助项目(编号: SKY20190622)

efficacy of the observation group was superior to that of the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Warming and activating scrapping to congestion therapy is effective for treatment of patients with shoulder-hand syndrome after stroke, which can significantly alleviate shoulder pain symptoms, improve upper limb motor function and activities of daily living, thus to promote life quality of the patients.

Keywords: warming and activating scrapping to congestion; shoulder-hand syndrome; stroke; clinical observation

中风后肩关节疼痛已经成为制约患者运动功能恢复的主要障碍之一^[1]。由于疼痛症状明显,患者多数表现为拒绝参与进一步的康复治疗,因此延缓了患者的康复进程^[2]。而由于患者拒绝主动锻炼,往往会加重肩关节疼痛、上肢水肿的症状,从而形成恶性循环,造成中风后肩手综合征^[3]。因此,早期干预、积极改善中风后患者肩痛的症状,能够显著地提高患者康复的效果^[4]。

目前,中风后肩关节疼痛临床可供选择的治疗方法包括针灸治疗、止痛药物内服或者外用、交感神经阻滞及切除术、封闭治疗等^[5]。温通刮痧疗法是一种将艾灸、刮痧、按摩、热疗这几种中医传统疗法结合起来,将温通法与补泻法综合运用的中医疗法。温通刮痧疗法,在刮痧的基础上,施以艾灸,借艾绒燃烧后产生的温热刺激,渗透到表皮、血管及结缔组织,可以改善血液循环,共奏温通经络、止痛、调整阴阳之功效^[6-7]。本研究采用温通刮痧疗法治疗中风后肩手综合征,取得显著疗效,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组

选取2018年12月至2019年12月黑龙江中医药大学附属第二医院针灸科病房及门诊收治的60例明确诊断为中风后肩手综合征的患者为研究对象。按随机数字表将患者随机分为观察组和对照组,每组各30例。本研究获医院伦理委员会审议通过。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

脑卒中的诊断标准参照《各类脑血管疾病诊断要点(1995)》^[8]中关于脑梗死和脑出血的诊断标准拟定。中风后肩手综合征的诊断和分期标准参照《神经康复学》^[9]的相关标准制定。

1.2.2 中医辨证标准

参照1996年国家中医药管理局脑病急症科研协作组制定的《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[10]中的相关诊断标准拟定。

1.3 纳入标准

①符合上述中西医诊断标准;②年龄在28岁到80岁之间;③疾病分期为急性期和恢复期者,即发病在半年以内者;④有明显的肩关节疼痛症状,患侧上肢肌力介于I~III级者;⑤自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准

①短暂性脑缺血发作的患者;②既往有肩关节疼痛的患者;③经CT或MRI检查证实存在肩关节器质性疾病的患者;④患者病情较重,有严重的肝、肾等重要脏器功能障碍的患者;⑤治疗过程中应用中药等其他可能影响疗效判断药物的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 常规处理

2组患者均给予缺血性脑卒中的常规治疗,包括控制基础病,如高血压、糖尿病、高脂血症等,避免使用止痛药,对症治疗和防治其它并发症,适当加强营养。同时,给予健康宣教,嘱患者日常低脂、低糖、低盐饮食,保持心情舒畅,鼓励患者增强战胜疾病的信心,注意患者良肢体位的摆放等。

1.5.2 对照组

给予针刺治疗。具体操作方法:(1)穴位:肩髃、肩髃、天井、手三里、外关、合谷、八邪(患侧取穴),取穴依据参照人民卫生出版社《针灸治疗学》^[11]中有关中风后肩手综合征的穴位处方。(2)针刺方法:采用华佗牌一次性无菌针灸针(苏州医疗用品厂有限公司,规格:0.25 mm×40 mm),以医用酒精棉球常规消毒穴位局部皮肤,单手持

针进针,肩髃、肩髃穴向下斜刺0.8~1.5寸,天井、手三里、外关直刺1~1.5寸,合谷穴直刺0.5~1寸,八邪穴斜刺0.5~0.8寸,进针后行平补平泻手法,得气后捻针1次,留针30 min。每天治疗1次。

1.5.3 观察组

在对照组治疗的基础上,给予中医特色技术温通刮痧疗法进行治疗。操作者为两名经过专门温通刮痧培训的治疗师。每天上午10:00治疗1次,每次30 min。具体操作方法:(1)指导患者取仰卧体位,暴露肩髃、臂臑、巨骨、曲池、手三里、阳溪、合谷等穴位。(2)将2 cm艾灸条插入温通刮痧罐中(广州市艾工坊生物科技有限公司生产),点燃后先在合谷处施灸2 min,待艾灸杯口开始温热后,用万花油从偏瘫侧上肢沿着手阳明大肠经进行涂擦,再用温通刮痧罐与皮肤呈15°角沿经络走向进行灸刮。施灸过程中注意保护患者的隐私并注意保暖,力度由轻至重,保持一定按压力,缓慢灸刮,以患者透痧为佳。温通刮痧期间要及时询问患者主观感受及心理变化。操作结束后清洁患者局部皮肤,嘱患者饮用温水1杯,6 h内不洗冷水澡,做好保暖。每日治疗1次,连续治疗6日后休息1日,持续治疗4周。

1.6 观察指标

1.6.1 疼痛程度评定

采用视觉模拟量表(Visual Analogue Scale, VAS)评分法评估2组患者治疗前后肩部的疼痛程度^[12]。VAS评分:0分为无痛;1~3分为轻微疼痛,能忍受;4~6分为疼痛并影响睡眠,尚能忍受;7~10分为逐渐强烈的疼痛,疼痛难忍,影响食欲,影响睡眠。

1.6.2 上肢运动功能评定

采用简化上肢运动功能评测法(Fugl-Meyer, FMA)^[13]对2组患者治疗前后上肢屈、伸、协同运动等进行评估,总分为34分,运动功能好坏与评分高低呈正比。

1.6.3 日常生活活动能力评定

采用改良Barthel指数评定量表(MBI)评估2组患者治疗前后日常生活活动对他人的依赖程度,以此来评价患者独立完成各项活动的的能力,该量表总分为95分。

1.7 疗效判定标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[14]采用尼莫地

平法。以患者肩痛的VAS评分改善情况作为疗效判定的标准。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。

痊愈:90%≤疗效指数≤100%;显效:70%≤疗效指数<90%;有效:30%≤疗效指数<70%;无效:疗效指数<30%。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.8 统计方法

采用SPSS 19.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料采用率或构成比表示,组间比较采用卡方检验;等级资料组间比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较

观察组30例患者中,男17例,女13例;年龄38~87岁,平均(66.43±5.14)岁;病程27~262 d,平均(43.53±4.18)d。对照组30例患者中,男18例,女12例;年龄31~85岁,平均(64.13±4.26)岁;病程31~252 d,平均(46.27±5.12)d。2组患者的性别、年龄、病程等一般情况比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),表明2组患者的基线特征基本一致,具有可比性。

2.2 2组患者治疗前后VAS评分比较

表1结果显示:治疗前,2组患者VAS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者的VAS评分明显改善($P < 0.05$),且观察组在改善VAS评分方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组中风后肩手综合征患者治疗前后VAS评分比较
Table 1 Comparison of VAS scores between the two groups of patients with shoulder-hand syndrome after stroke before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
观察组	30	5.33±0.96	1.70±0.95 ^{①②}
对照组	30	5.10±0.88	2.77±1.04 ^①

① $P < 0.05$,与同组治疗前比较;② $P < 0.05$,与对照组治疗后比较

2.3 2组患者治疗前后FMA评分比较

表2结果显示:治疗前,2组患者FMA评分比

较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组患者的FMA评分明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善FMA评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组中风后肩手综合征患者治疗前后FMA评分比较
Table 2 Comparison of FMA scores between the two groups of patients with shoulder-hand syndrome after stroke before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
观察组	30	16.13 ± 3.31	25.30 ± 2.93 ^{①②}
对照组	30	16.10 ± 3.07	22.10 ± 3.10 ^①

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

2.4 2组患者治疗前后MBI评分比较

表3结果显示: 治疗前, 2组患者MBI评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组

患者的MBI评分明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善MBI评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组中风后肩手综合征患者治疗前后MBI评分比较
Table 3 Comparison of MBI scores between the two groups of patients with shoulder-hand syndrome after stroke before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
观察组	30	43.70 ± 5.04	62.30 ± 4.43 ^{①②}
对照组	30	43.27 ± 4.79	50.23 ± 3.75 ^①

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

2.5 2组患者临床疗效比较

表4结果显示: 观察组总有效率为93.33%(28/30), 对照组为76.67%(23/30)。观察组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表4 2组中风后肩手综合征患者临床疗效比较

Table 4 Comparison of the clinical curative effect between two groups of patients with shoulder-hand syndrome after stroke [例(%)]

组别	例数(例)	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	3(10.00)	12(40.00)	13(43.33)	2(6.67)	28(93.33) ^①
对照组	30	0(0.00)	3(10.00)	20(66.67)	7(23.33)	23(76.67)

① $P < 0.05$, 与对照组比较

3 讨论

中风后肩手综合征是继发于中风病而出现的, 因此, 其发病机制与气血闭阻, 经脉不通密切相关^[15]。传统中医认为, 中风后肩手综合征所表现出来的疼痛、肢肿等与“痹证”高度类似, 其发病机制主要是患者素体气虚血瘀, 经脉闭阻, 引起运行人体气血的经络不通, 故而出现疼痛^[16]。此外, 经脉不通会引起气血运行不畅, 从而表现为肢体浮肿。因此, 临床治疗时应以疏通经络、行气活血为主要方法。

温通刮痧疗法不仅具有刮痧法的疏通经络、行气活血、开窍醒脑、疏通腠理等功效, 还具有艾灸温通经脉、调和气血、扶正祛邪、防病保健的作用^[7]。近年来, 随着中医疗法在临床上的大力推广, 越来越多的患者对温通刮痧技术普遍认可, 同时, 也取得了满意的临床效果^[17-18]。温通刮痧技术与普通刮痧技术的区别就在于温通刮痧疗

法并非以硬碰硬, 而是以温为通, 以艾为补, 以刮为疏, 刮灸结合, 平补平泻的同时避免了刮痧时因泻太过的弊端。

本研究穴位选择了肩髃、臂臑、巨骨、曲池、手三里、阳溪、合谷等手阳明大肠经穴位, 因阳明为多气多血之经, 主润宗筋, 擅于补益气血, 调理阳明, 舒筋通络^[19]。以肩髃和肩髃为代表的穴位是治疗肩周疼痛的要穴, 临床研究表明, 刺激以上穴位对改善患者肩关节疼痛具有显著的临床疗效^[20-21]。温通刮痧疗法通过刺激上述穴位能够显著地改善肩周局部的气血运行, 使经络通畅, 从而缓解疼痛症状、改善肢体功能。

本研究结果显示, 治疗后, 2组患者的VAS评分、FMA评分及MBI评分均明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善VAS评分、FMA评分及MBI评分方面均明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明温通刮痧疗法能够显著改善患者的肩

痛症状,提高生活质量。观察组总有效率为93.33%(28/30),对照组为76.67%(23/30)。观察组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。这也进一步证实了本疗法的临床有效性。

综上所述,温通刮痧疗法治疗中风后肩手综合征,能够显著减轻患者肩关节疼痛症状,改善上肢运动功能和日常生活活动能力,临床效果显著,值得在临床进一步推广应用。

参考文献:

- [1] 段轶轩,张照庆,骆小娟,等.内热针结合臭氧穴位注射治疗中风后肩痛的近期及远期疗效分析[J].针刺研究,2019,44(1):51-56.
- [2] 曹凤,张丹丹,杨丽,等.改良式气压治疗在脑卒中后并发肩手综合征患者中的应用效果[J].解放军护理杂志,2018,35(23):62-65.
- [3] 周志强,陈静.中药浸泡配合针灸推拿治疗脑梗死后肩手综合征[J].光明中医,2019,34(1):17-19.
- [4] 董红琳.早期介入综合康复对脑梗死后上肢功能及肩手综合征的研究[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(1):98.
- [5] 吴茜,杨思源,贾媛,等.中药冷热交替浸泡治疗脑卒中后肩手综合征效果的系统评价[J].循证护理,2018,4(12):1082-1088.
- [6] 李莉,王祖红,易芽,等.温阳通督法治疗慢性脑供血不足的随机对照实验[J].中医药导报,2018,24(15):92-93.
- [7] 李巧萍,彭小苑,胡艳萍,等.温通刮痧疗法治疗颈源性头痛的效果观察[J].广东医学,2019,40(19):2799-2802.
- [8] 中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点(1995)[J].临床和实验医学杂志,2013,12(7):559.
- [9] 朱镛连.神经康复学[M].北京:人民军医出版社,2003:545.
- [10] 国家中医药管理局脑病急症科研协作组.中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
- [11] 杜元灏,董勤.针灸治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2016:103,117-118.
- [12] 刘伟,李博,刘景峰.加味黄芪桂枝五物汤联合康复训练治疗脑卒中后肩-手综合征的效果[J].中国医药导报,2020,17(32):131-134.
- [13] 陈瑞全.中文版Fugl-Meyer运动功能评定量表的最小临床意义变化值[D].合肥:安徽医科大学,2015.
- [14] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:20.
- [15] 慕容志苗,牛红月.芒针透刺为主治疗中风后肩手综合征35例[J].中国针灸,2018,38(5):527-528.
- [16] 宋立公,徐金辉.卒中后肩手综合征中医病因病机的文献回顾与思考[J].中医临床研究,2016,8(24):5-7.
- [17] 何水文.温通刮痧法在脊髓损伤后截瘫伴肠梗阻患者的效果应用[J].中外医疗,2020,39(17):127-129.
- [18] 肖珊,许春梅.温通刮痧疗法治疗妇科腹腔镜术后肩颈酸痛临床观察[J].中国民间疗法,2020,28(11):50-52.
- [19] 王春燕,朱永通,邓建华.中药烫熨联合电针治疗脑梗死恢复期肢体麻木[J].中西医结合心脑血管病杂志,2013,11(9):1048-1049.
- [20] 邹来勇,涂国卿,曹耀兴.肩周炎热敏化腧穴定位研究[J].北京中医药,2018,37(4):351-353.
- [21] 赵莉,郭长青.针刀治疗肩痹的经穴定位及操作[J].中国针灸,2016,36(3):299-302.

【责任编辑:宋威】