

红花化瘀汤结合针刺治疗中风后肩手综合症的临床研究

邱志新¹ 窦荣花¹ 郝有志¹ 郑建彪¹ 庞伟¹ 刘同龙²

(1 沧州市中西医结合医院脑病二科, 沧州, 061001; 2 河北省泊头市中医院, 泊头, 061001)

摘要 目的: 分析研究红花化瘀汤结合针刺治疗中风后肩手综合症的临床疗效及安全性。方法: 选取 120 例中风后肩手综合征患者作为研究对象, 在患者知情同意下根据治疗方法的不同将其分为 A、B、C 3 组, A 组采用红花化瘀汤结合针刺治疗, B 组单针刺治疗, C 组单用红花化瘀汤治疗; 比较 3 组患者治疗前后偏瘫上肢运动功能、肩关节疼痛、生活质量评分及不良反应。结果: 治疗后 A 组前后偏瘫上肢运动功能、生活质量评分均显著高于治疗前及 B、C 2 组 ($P < 0.01$), 肩关节疼痛评分均显著低于治疗前及 B、C 2 组 ($P < 0.01$); 不良反应均显著低于 B、C 2 组 ($P < 0.05$)。结论: 红花化瘀汤结合针刺能显著改善中风后肩手综合征患者前后偏瘫上肢运动功能及生活质量, 降低肩关节疼痛, 且不良反应少, 安全性高, 值得推广应用。

关键词 红花化瘀汤; 针刺; 中风; 肩手综合征; 临床研究

Clinical Study on the Treatment of Shoulder-Hand Syndrome after Stroke with Honghua Huayu Decoction and Acupuncture

Qiu Zhixin¹, Dou Ronghua¹, Hao Youzhi¹, Zheng Jianbiao¹, Pang Wei¹, Liu Tonglong²

(1 Encephalopathy Department II, Hebei Province Cangzhou Hospital of Integrated Traditional and Western Medicine, Cangzhou 061001, China; 2 Botou City Hospital of TCM, Botou 061001, China)

Abstract Objective: To study the clinical efficacy of and safety of Honghua Huayu Decoction (Safflower and Blood Stasis Decoction) combined with acupuncture in treating shoulder-hand syndrome after stroke. **Methods:** A hundred and twenty patients with shoulder hand syndrome after stroke were included as study subjects. After signing the informed consents, patients were randomly divided into three groups, namely Group A, B and C. Patients in group A were treated with Honghua Huayu Decoction combined with acupuncture, patients in group B only received acupuncture treatment, while patients in group C were only treated with Honghua Huayu Decoction. Movement of attacked upper limb, shoulder pain, quality of life scores and adverse reactions were observed among the three groups before and after the treatment. **Results:** After treatment, movement of attacked upper limb and quality of life in patients of group A were significantly improved compared with those before the treatment, as well as those in the group B and C ($P < 0.01$). Shoulder pain scores were significantly lower than those before treatment and those of group B and C ($P < 0.01$). Adverse reactions were significantly fewer in group, compared with group B and C ($P < 0.05$). **Conclusion:** Honghua Huayu Decoction combined acupuncture may significantly improve the movement of attacked upper limb and quality of life in patients with shoulder hand syndrome after stroke, relieving shoulder pain with few and mild adverse reactions and high safety, which is worthy of wide application.

Key Words Honghua Huayu Decoction; Acupuncture; Stroke; Shoulder hand syndrome; Clinical research

中图分类号: R245; R249; R255.2 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2016.09.032

肩手综合征 (Shoulder Hand Syndrome, RSD) 是手功能障碍表现的一种, 一旦病发患者患手会突发水肿疼痛及关节疼痛, 甚至会并发挛缩, 严重阻碍中风患者康复^[1]。该病多因中风、上肢外伤、关节疾病、心肌梗死等疾病而致, 严重影响患者自律交感神经功能。中医认为 RSD 属“痹症”范畴, 多因脏腑躬耕失调、气虚血瘀、络阻不通而致。因此, 临床治疗应以经活络、散寒止痛为原则。研究^[2]指出针刺作用下能打通患部经络, 在治疗 RSD

中具有显著的疗效。而同时研究^[3]益气活血方具有散寒止痛功效, 在治疗 RSD 中效果较佳。结合 RSD 病症情况, 及早治疗并取得实质性效果不但能减轻患者痛苦, 同时还能预防挛缩发生, 促使康复治疗取得更佳的疗效。因此, 探寻快速、显著缓解 RSD 患者病情的符合疗法也成为各界关注及研究的重点。基于此, 我院近年来对中风后 RSD 患者给予红花化瘀汤结合针刺进行治疗, 取得了显著的疗效。现报道如下。

基金项目: 沧州市科技计划项目 (编号: 141302089)

作者简介: 邱志新 (1977.07—), 男, 主治医师, 河北省衡水市阜城县, 本科, 研究方向: 红花化瘀汤结合针刺治疗中风后肩手综合症的临床研究, E-mail: qiuquanxuan119@sohu.com

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013—2015 年我院脑病科门诊及住院部收治的中风病稳定期患者 120 例作为研究对象。所有患者均经颅脑 CT 或 MRI 确诊为初发缺血性脑卒中,且并发 RSD,西医诊断符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议通过的《各类脑血管病诊断要点》^[4]中缺血性脑血管病诊断标准,中医诊断符合国家中医药管理局脑病急诊科研协作组制定的《中风病诊断与疗效评定标准》^[5]。其中男 70 例,女 50 例;年龄 45~75 岁,平均年龄(59 ± 1)岁;RSD 于卒中后 1~3 个月并发,平均(2 ± 1)个月;RSD I 期 82 例,II 期 38 例。在患者知情同意并签署知情同意书下,根据治疗方法的不同将其分为 A、B、C 3 组(各 40 例)。其中 A 组男 23 例,女 17 例;年龄 45~74 岁,平均年龄(58 ± 1)岁;RSD 于卒中后 1~3 个月并发,平均(2 ± 1)个月;RSD I 期 27 例,II 期 13 例。B 组男 24 例,女 16 例;年龄 45~75 岁,平均年龄(60 ± 2)岁;RSD 于卒中后 1~3 个月并发,平均(2 ± 1)个月;RSD I 期 28 例,II 期 12 例。C 组男 23 例,女 17 例;年龄 46~75 岁,平均年龄(59 ± 1)岁;RSD 于卒中后 1~3 个月并发,平均(2 ± 1)个月;RSD I 期 27 例,II 期 13 例。组间一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 1) 西医诊断符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议通过的《各类脑血管病诊断要点》^[4]中缺血性脑血管病的诊断标准,中医诊断符合国家中医药管理局脑病急症科研协作组制订的《中风病诊断和疗效评定标准》^[5],并经颅脑 CT 或 MRI 确诊的初发缺血性脑卒中患者。2) 肩痛诊断标准参照中国康复研究中心制定的 RSD 诊断要点^[6]:脑卒中患者有单侧肩手痛,皮肤潮红、皮温上升;手指屈曲受限,局部无外伤、感染的证据,也无周围血管病的证据。3) 患者入选时意识清楚,发病前无认知障碍、精神病、药物滥用史,无合并心肝肾功能不全等严重疾病。4) 年龄介于 40~80 岁之间。5) 患者或家属知情同意接受本试验。

1.2.2 排除标准 1) 严重心肺肝肾疾病、感染及恶性肿瘤者;2) 存在可能影响诊断、病情评价和康复训练的听、视缺陷、语言交流困难和理解障碍者;3) 短暂性脑缺血发作,可逆性神经功能缺损;经检查证实神经功能缺损由脑肿瘤、脑外伤、脑寄生虫病、心脏病、代谢障碍等疾病引起者;出血性脑血管病患者;妊娠或哺乳期妇女;4) 既往痴呆病史、精神病史;5)

不能配合检查的患者。6) 各种肌病和关节病。

1.3 治疗方法

1.3.1 A 组 采用中药熏洗结合针刺推拿康复治疗的综合治疗方案。1) 针刺推拿:选用 1 或 1.5 寸一次性无菌针灸针,根据新世纪全国高等中医药院校规划教材《针灸治疗学》^[7]中针灸治疗中风病取穴及导师治疗 RSD 经验穴进行加减。a. 取患者侧卧位,先采用“醒脑开窍法”于极泉穴快速进针,后大幅度提插捻转以使上肢产生放电感或酸胀感后出针。b. 取患者仰卧位,选取患侧穴主穴(如:肩髃、肩贞、肩前、极泉等)、配穴(如:足内、外翻或下垂分别加昆仑、太溪、解溪,手指不能动者加后溪等),常规消毒后,快速进针,捻转得气后,接通电针仪,肩髃与肩贞一组,手三里及合谷一组,疏密波,频率为 4/20 Hz,以患者肌肉微颤为宜,留针 30 min,后取针。c. 推拿。确保患者上臂于水平位后,最大限度将其肘关节伸展,推拿师与患者合掌,将其腕关节背屈,并缓慢活动其各指关节,促使其各指关节左右扭动,活动后再对相关关节、皮肤、肌肉等进行自上而下,由轻到重的按摩。21 d 为 1 个疗程。2) 中药熏洗:选用红花化瘀汤,药方由葱苗仁 30 g,桑枝、伸筋草、透骨草各 15 g,羌活、防风、益母草、路路通、赤芍各 12 g,红花、木香、乳香、没药各 9 g 组成,加水 3 000 mL 煎煮后于针刺推拿后熏洗患肢,2~3 次/d,每剂熏洗 2 d,21 d 为 1 个疗程。

1.3.2 B 组 单纯采用针刺治疗,方法和治疗时间同 A 组。

1.3.3 C 组 单纯采用中药熏洗治疗,方法和治疗时间同 A 组。

1.4 观察指标

1.4.1 安全性指标 1) 一般检查项目:体温、血压、脉搏、呼吸;2) 血常规、尿常规、粪常规;3) 血脂、血糖、肝肾功能;4) 心电图。以上检查于治疗前和治疗后各检测 1 次,观察治疗期间不良反应情况。

1.4.2 疗效性指标 1) 偏瘫侧上肢运动功能评分:采用简式 Fugl-Meyer 法^[8],于治疗前后对上肢运动功能进行评定,上肢运动功能总积分 66 分。2) 肩关节疼痛程度。视觉模拟评分法^[9],对每例患者在入选时、治疗结束时分别进行评价。以 0~10 分记:0 表示无痛;10 表示剧痛;1~9 表示疼痛由轻到重的程度。3) 患者生活质量评定标准。采用脑卒中专用生活质量量表(SS-QOL)^[10]评定患者的生活质量。于治疗前后统计量表分值。

1.5 统计学方法 所有数据均采用 SPSS 16.0 统

计学软件处理,计量资料采用平均值表示;计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验;组间比较具有统计学意义采用 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 治疗前后各组偏瘫侧上肢运动功能评分比较 经治疗,各组患者偏瘫侧上肢运动功能评分均有明显均有明显提升,其中 A 组明显高于 B、C 2 组($P < 0.01$),B、C 2 组差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 治疗前后各组患者偏瘫侧上肢运动功能评分的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
A 组	40	18.51 $\pm$ 2.12	48.32 $\pm$ 2.17 ^{***Δ}
B 组	40	18.48 $\pm$ 2.05	33.52 $\pm$ 2.53 ^{**}
C 组	40	18.50 $\pm$ 2.09	32.46 $\pm$ 2.06 ^{**}

注:与治疗前比较,^{*} $P < 0.01$,治疗后与 B、C 组比较, ^{Δ} $P < 0.01$ 。

2.2 治疗前后各组肩关节疼痛评分比较 经治疗,

表 3 治疗前后各组患者生活质量评分的比较($n = 40, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	心理	躯体	认知	社会	角色
A 组	治疗前	0.78 $\pm$ 0.21	0.12 $\pm$ 0.32	1.21 $\pm$ 0.35	1.98 $\pm$ 0.52	1.75 $\pm$ 0.52
	治疗后	3.52 $\pm$ 0.63 ^{***$\Delta\Delta$}	3.69 $\pm$ 0.36 ^{***$\Delta\Delta$}	3.31 $\pm$ 0.69 ^{***$\Delta\Delta$}	3.91 $\pm$ 0.90 ^{***$\Delta\Delta$}	3.17 $\pm$ 0.63 ^{***$\Delta\Delta$}
B 组	治疗前	0.88 $\pm$ 0.34	1.11 $\pm$ 0.28	1.25 $\pm$ 0.32	1.87 $\pm$ 0.48	1.76 $\pm$ 0.48
	治疗后	1.65 $\pm$ 0.64 ^{**}	1.48 $\pm$ 0.35 ^{**}	1.75 $\pm$ 0.52 ^{**}	2.42 $\pm$ 0.68 ^{**}	2.32 $\pm$ 0.42 ^{**}
C 组	治疗前	0.79 $\pm$ 0.25	1.22 $\pm$ 0.32	1.22 $\pm$ 0.42	1.95 $\pm$ 0.52	1.82 $\pm$ 0.42
	治疗后	1.48 $\pm$ 0.52 ^{**}	1.44 $\pm$ 0.31 ^{**}	1.70 $\pm$ 0.43 ^{**}	2.32 $\pm$ 0.72 ^{**}	2.16 $\pm$ 0.47 ^{**}

注:与治疗前比较,^{***} $P < 0.01$,治疗后与 B、C 组比较, ^{$\Delta\Delta$} $P < 0.01$ 。

表 4 2 组治疗期间不良反应情况的比较[(n) %]

组别	例数	肝肾功能异常	胃肠道反应	腰酸背痛	皮肤红痒溃疡等	不良反应率
A 组	40	0(0.00)	1(2.50)	1(2.50)	1(2.50)	3(7.50) [*]
B 组	40	1(2.50)	2(5.00)	6(15.00)	1(2.50)	10(25.00)
C 组	40	1(2.50)	2(5.00)	8(20.00)	1(2.50)	12(30.00)

注:与 B、C 组比较,^{*} $P < 0.05$ 。

3 讨论

RSD 是因中风、脑梗等疾病并发症的一种,患者患侧肢因缺乏主被动活动而继发肩手肿胀、疼痛、关节活动受限等症状,且在屈腕、指后加重为特征的综合征。研究^[11]指出,RSD 病发多与是腕关节屈曲位长时间受压、肩手泵功能障碍、交感神经系统功能紊乱等密切相关。一旦发病,将严重影响患者上肢运动功能,若未及时治疗还易发生挛缩,影响上肢功能康复成败。而中风多因风痰流窜经络而致气血运行受阻,RSD 并发率更高。中医认为 RSD 属“痹症”范畴,治疗的关键在于逐步尽快减轻水肿、疼痛、强直等临床症状,通络静脉、活血化瘀,且在并发 3 个月治疗最佳^[12]。《灵枢·经筋》谓:手阳明之

各组患者肩关节疼痛程度均有一定程度的缓解,其中 A 组肩关节疼痛评分显著低于 B、C 2 组($P < 0.01$),B、C 2 组差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 治疗前后各组患者肩关节疼痛评分的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
A 组	40	7.81 $\pm$ 1.23	2.34 $\pm$ 1.01 ^{***$\Delta\Delta$}
B 组	40	7.79 $\pm$ 1.18	3.79 $\pm$ 1.05 ^{**}
C 组	40	7.85 $\pm$ 1.25	4.28 $\pm$ 1.32 ^{**}

注:与治疗前比较,^{***} $P < 0.01$,治疗后与 B、C 组比较, ^{$\Delta\Delta$} $P < 0.01$ 。

2.3 治疗前后各组生活质量评分比较 经治疗,各组患者生活质量均得以一定程度的改善,其中 A 组心理、躯体、认知、社会、角色评分均显著高于 B、C 2 组($P < 0.01$),B、C 2 组差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

2.4 2 组治疗期间不良反应情况比较 治疗期间各组均未发生严重不良反应。见表 4。

筋、足太阳之筋,其病……肩不举。可见:肩部静脉、筋经是导致肩痛的主要因素。而结合患者病情和病患部位,对相关穴位进行针刺能促使静脉畅通,进而缓解疼痛、强直等症状。研究^[13]表明,针刺治疗能有效缓解中风后 RSD 患者疼痛、强直等临床症状,疗效确切,安全可靠。另,RSD 的并发还与脏腑躬耕失调、气虚血瘀密切相关,中药本身具有活血化瘀、温经散寒功效,结合 RSD 患者病因及临床特征,选用活血化瘀方对患部进行熏洗,其药效能通过人体皮肤、穴位经络脏腑,改善病情。与直接服用中药汤剂比较,其药液不用经肝脏,不良反应也会随之减少。研究^[14]指出,中药熏洗中风后 RSD 中疗效较为可观,患者关节疼痛、活动受限等均有明显改善,

值得推广应用。可见:针刺、中药熏洗均是治疗中风后 RSD 的有效方法。但因该病需及早治疗,尤其是病发 3 个月治疗可有效避免并发症,最大限度恢复患者关节功能。研究^[15]指出,早期运用中药熏洗结合促通技术治疗脑卒中后 RSD 疗效尤为显著。鉴于此,结合针刺及中药熏洗治疗中风后 RSD 机制,可在针刺疏通患肢静脉后再行中药熏洗,能促使中药药效更为有效发挥,改善患者病情。

本研究中,A 组即在对患侧针刺推拿疏通局部经脉后用红花化瘀烫进行熏洗,从疗效性指标评定来看,治疗后该组前后偏瘫上肢运动功能、生活质量评分均显著高于治疗前及 B、C 2 组($P < 0.01$),肩关节疼痛评分均显著低于治疗前及 B、C 2 组($P < 0.01$),与上述研究结果一致。提示:中药熏洗结合针刺治疗中风后 RSD 疗效确切,患者上肢功能及生活质量明显改善,且肩关节疼痛显著减轻。从安全性指标来看,该组患者未发生严重不良反应,其不良反应率均显著低于 B、C 2 组($P < 0.05$)。提示:中药熏洗结合针刺治疗中风后 RSD 安全可靠。

综上所述,中药配方红花化瘀烫熏洗结合针刺能显著改善中风后 RSD 患者上肢关节功能及生活质量,减轻肩关节疼痛度,且不良反应少,安全可靠,值得推广应用。

参考文献

[1] 盛玉琴,吴雪兰.近 5 年中风后肩手综合征研究进展[J].中医药

临床杂志,2016,28(1):137-139.

[2] 闫兵,吴立雄,许能贵,等.靳三针配合十二井穴治疗脑卒中后肩手综合征疗效观察[J].上海针灸杂志,2015,34(7):605-608.

[3] 李新启,殷子杰.益气活血法治疗中风后肩手综合征临床研究[J].中医学报,2012,27(8):1043-1044.

[4] 中华神经科学会.各类脑血管疾病诊断要点(1995)[S].临床和实验医学杂志,2013,12(7):559.

[5] 国家中医药管理局脑病急症协作组.中风病诊断与疗效评定标准(试行)[S].北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.

[6] 倪朝民.神经康复学[M].2 版.北京:人民卫生出版社,2008:70.

[7] 石学敏.针灸治疗学[M].2 版.北京:人民卫生出版社,1998:78-79.

[8] 毕胜.Fugl-Meyer 上肢运动功能评分与上肢运动功能状态评分的响应性研究[C].全军中医药骨伤学术会议,2009.

[9] 严广斌.视觉模拟评分法[J].中华关节外科杂志:电子版,2014,8(2):559-560.

[10] 惠建荣,裴建,王院春,等.针刺干预中风专用生活质量量表的 Rasch 分析[J].中国针灸,2013,33(4):363-366.

[11] 任彬彬.冯明清教授从瘀论治肩手综合征经验[J].中国现代药物应用,2015,9(15):259-260.

[12] 柴俊飞.推拿结合中药熏洗治疗卒中后肩手综合征临床体会[J].现代中西医结合杂志,2008,17(5):722.

[13] 杜斌.针刺治疗中风后肩手综合征疗效观察[J].内蒙古中医药,2013,32(29):40.

[14] 周正艳.中药内服外熏蒸治疗脑卒中后肩手综合征 37 例临床观察[J].实用中西医结合临床,2015,15(11):36-37.

[15] 杨军,孙灵芝.中药熏洗结合促通技术治疗脑卒中后肩-手综合征 60 例[J].中国医药导报,2011,8(3):83-84.

(2015-11-05 收稿 责任编辑:徐颖)

(上接第 1768 页)

[6] 胡大一,赵水平,项志敏.血脂及其调节与动脉粥样硬化的关系研究进展[J].中华老年心脑血管病杂志,1999,1(1):66-68.

[7] van Halm VP, Nielen MM, Nurmohamed MT, et al. Lipids and inflammation: serial measurements of the lipid profile of blood donors who later developed rheumatoid arthritis[J]. Ann Rheum Dis, 2007, 66(2):184-188.

[8] Park YB, Lee SK, Lee WK, et al. Lipid profiles in untreated patients with rheumatoid arthritis[J]. J Rheumatol, 1999, 26(8):1701-1704.

[9] 张春来,尚小明,纪征,等.中老年人群类风湿关节炎合并心血管疾病的相关因素分析[J].中国动脉硬化杂志,2012,20(4):365-368.

[10] 郑贵力,王煦,王绵之.王绵之教授治疗高脂血症学术思想及经验[J].北京中医药大学学报,2000,23(2):48-50.

[11] Schönbeck U, Sukhova GK, Graber P, et al. Augmented expression of cyclooxygenase-2 in human atherosclerotic lesions[J]. Am J Pathol, 1999, 155(4):1281-1291.

[12] Paffen E, DeMaat MP. C-reactive protein in atherosclerosis: A causal factor? [J]. Cardiovasc Res, 2006, 71(1):30-39.

[13] Libby P. Inflammation in atherosclerosis[J]. Nature, 2002, 420(6917):868-874.

[14] Ridker PM, Buring JE, Shih J, et al. Prospective study of C-reactive

protein and the risk of future cardiovascular events among apparently healthy women[J]. Circulation, 1998, 98(8):731-733.

[15] Lagrand WK, Visser CA, Hermens WT, et al. C-reactive protein as a cardiovascular risk factor: more than an epiphenomenon? [J]. Circulation, 1999, 100(1):96-102.

[16] Boers M, Nurmohamed MT, Doelman CJ, et al. Influence of glucocorticoids and disease activity on total and high density lipoprotein cholesterol in patients with rheumatoid arthritis[J]. Ann Rheum Dis, 2003, 62(9):842-845.

[17] La Montagna G, Cacciapuoti F, Buono R, et al. Insulin resistance is an independent risk factor for atherosclerosis in rheumatoid arthritis[J]. Diab Vasc Dis Res, 2007, 4(2):130-135.

[18] 胡庭俊,何彩美,钟晶.鸡血藤不同极性段提取物制备及体外抑菌作用初步研究[J].动物医学进展,2010,31(9):33-36.

[19] 张志萍,刘屏,丁飞.鸡血藤对高脂血症大鼠血浆超氧化物歧化酶和脂质过氧化物的影响[J].中国药理学通讯,2000,17(3):15.

[20] 梁日欣,黄璐琦,刘菊福,等.药对川芎和赤芍对高脂血症大鼠降脂、抗氧化及血管内皮功能的实验观察[J].中国实验方剂学杂志,2002,8(1):43-45.

(2015-09-08 收稿 责任编辑:王明)