

中风后肩-手综合征针灸治疗进展

★ 王光安 (天津中医药大学 2006 级博士研究生 天津 300193)

★ 赵晓峰 指导:王舒 (天津中医药大学第一附属医院 天津 300193)

关键词: 中风; 肩-手综合征; 针灸疗法; 综述

中图分类号: R 246 文献标识码: A

肩-手综合征(shoulder-hand syndrome, SHS)又称反射性交感神经性营养不良(reflex sympathetic dystrophy, RSD),是偏瘫患者常见的并发症,发生率为 12.5%~70%^[1],其典型表现是早期肩部疼痛、活动受限、手水肿和疼痛、皮温上升;后期可出现手部肌肉萎缩,甚至挛缩变形,骨质疏松,严重影响患者的生活质量。已经引起人们高度的重视,许多临床医生为肩-手综合征的防治进行了系统、深入的研究,并取得了一定的成绩。现就临床中针灸治疗肩-手综合征近 5 年来的进展略作一回顾。

1 针刺手法的选择

王氏等^[2]将 135 例中风后肩-手综合征患者随机分为治疗组与对照组,治疗组 83 例,以龙虎交战手法针刺天宗穴;对照组 52 例,常规取穴,采用平补平泻手法,应用 Fugl-meyer 运动功能评价,表明治疗组上肢总积分高于对照组 10 分左右,而且治疗后运动神经传导速度的改变亦较明显($P < 0.01$),说明龙虎交战针刺手法可有效缓解肩-手综合征所致的疼痛,并可促进损伤的神经再生。邹氏^[3]根据“交经缪刺,左有病而右畔取”,“气之盛衰左右倾移,以上调下,以左调右”,“通不痛,调和举”的理论,以及经络“上下相关”、“左右贯通”、“维筋相交”理论,采用缪刺法治疗肩-手综合征。选用健侧中平穴(中平穴为经外奇穴,位于足三里穴下 1 寸),采用 3 寸 30 号针刺入 2.5 寸,得气后用泻法,同时嘱患者主动或被动活动患侧肩关节,做肩部外展、上举、后展等动作,每次 30min。结果与西药治疗组相比较,疗效明显。

2 针法的选择

2.1 体针 刘氏等^[4]选用肩髃、臂臑、曲池、手三里、外关、八邪等穴,八邪采用泻法,其余采用轻补法,每次 30min,间行针 3 次,10 次为一疗程,配以康复治疗,取得了较好的疗效。

施氏等^[5]对肩手综合征 I 期患者进行针刺疗效的观察,针刺组每次治疗时先刺肩髃、肩贞、肩髃、尺泽、小海、肘髃、阳池、阳溪、阳谷,均在关节部围刺,用提插捻转相结合的泻法,以关节部有强烈的酸胀感并向关节上下放射为度,留针 30min,继刺颈臂、极泉、少海、臂中,用提插法使针感沿上肢

放射,快针法不留针。治疗每日 2 次,十宣穴点刺放血,每指出血 5 滴,隔日 1 次。穴封组于肩髃穴及天宗穴用利多卡因 2 ml 加氟美松 5 ml 封闭治疗,每周 2 次。治疗结果针刺组显效 18 例,有效 36 例,无效 6 例,穴封组显效 12 例,有效 32 例,无效 16 例,经检验 $P < 0.05$,说明针刺组疗效优于穴封组。赵氏等^[6]以针刺为主,配合康复训练。患者侧卧前胸抱枕位,患侧在上,颈臂、天宗直刺 1.5 寸,提插捻转泻法 1min,令针感向肩臂部放散,两穴均施以快针,然后令患者仰卧,依次针刺余穴,肩髃、曲池捻转提插泻法,会宗、阳池捻转补法,八邪平补平泻,留针 20min,中间行针 1 次。结果与单纯的康复训练相比较,针刺组具有明显的优越性。常氏等^[7]选用阿是穴、天泉、尺泽、臂中、内关、伏兔、三阴交、太冲等穴,并配合其他康复治疗,使该科室中风后肩-手综合征的发病率降到了 7.2%。邹氏等^[8]先刺天宗,用提插捻转泻法 1min,使针感向肩臂部放射,快速刺不留针。然后患者仰卧,刺肩髃、肩髃、臂臑、曲池、手三里、外关,用提插捻转泻法,刺会宗、阳池予以补法。均留针 30min,每日 1 次。结合刺络疗法,即在以上针刺结束拔针后,患者仍取侧卧位,患侧在上,肩前、肩髃为一组穴,肩贞、肩髃为另一组穴。两组穴交替刺络拔罐,每日 1 次,结果与单纯针刺相比较,疗效显著。

2.2 电针 田氏等^[9]取患者手三阳经穴为主,配以疏密波脉冲电流 20min,针刺完毕,行点、按、揉等手法对手臂阳明经穴推拿 15min,被动活动患侧肩、肘、腕、指关节约 10min,在预防和治疗肩-手综合征方面疗效显著。唐氏等^[10]取患侧臂臑、肩髃、曲池、手三里、内关、外关、后溪,针刺得气后接 G-6805 治疗仪,选用断续波,频率 150 次/min,电量以患者耐受为度,每次通电 30min,每日 1 次,并配合康复训练,与单纯康复训练组比较,痊愈率和总有效率明显优于对照组($P < 0.05$)。魏氏^[11]应用电针治疗中风偏瘫后肩-手综合征,将 160 例患者随机分为两组,对照组 80 例,以传统毫针针刺法治疗,治疗组 80 例运用电针治疗,2 个疗程后判定疗效。结果显示电针组手背水肿、屈指时手痛的疗效及总显效率均优于毫针组($P < 0.05$),说明电针对消除手背水肿,防止手部肌

肉萎缩,促进中风的康复有重要意义。宋氏等^[12]采用电针治疗中风后肩-手综合征,并且与普通针刺比较,治疗组主穴为天宗、养老、劳宫,肿胀明显加中渚,手指僵硬加后溪,肩关节剧痛加肩三针,用30~32号2~2.5寸毫针垂直刺入天宗穴1.5~2寸后行电刺激,留针30min,患者自觉肩背部舒适、患肢温暖为度;养老穴行快速提插捻转振颤手法,每分钟100~150次,每次1min,每隔5分钟重复1次,留针期间重复6次。以1寸毫针刺入劳宫穴0.5~0.8寸后行捻转补泻手法,每次1min,重复6次。对照组采用常规针刺方法,以阳明经肩髃、曲池、合谷穴为主,施以捻转补泻针法,留针20min。两组均每周治疗5次,结果表明,电针对于肩-手综合征可以明显改善周围神经运动传导速度,上肢运动功能明显改善,而且止痛疗效确切。

李氏^[13]根据“治痿独取阳明”的原则,采用循经局部取穴为主,针刺肩髃、臂臑、手五里、曲池、手三里、偏历、阳溪、合谷,均取患侧,交替使用,每次选用3~4个穴位,肩部疼痛明显者加肩髃、肩贞、肩前;肩关节活动受限者加大椎、天宗;手指肿胀甚者加外关、中渚、后溪、八邪等。每日1次,10次为一个疗程。I期每次针刺得气后通用连续波,留针30min;II期、III期每次针刺结束后选择2~3个穴位拔罐,留罐10min,配合电针、拔罐、康复教育等,结果显效22例,有效6例,无效2例,总有效率93.33%。

2.3 刺络放血 江氏^[14]根据“菟陈者除之”的理论,对手阳明经主穴刺络放血,选取患肢的肩髃、曲池、合谷,每次选上述穴位中两穴,若手背肿痛明显加八邪。消毒后用细三棱针点刺或挑刺3~5次,深达皮内,可见血液自然流出。然后施闪火拔罐法,每罐令出血3~5ml为度,留罐时间为10~15min。利用火罐的吸附力,兼能温通经脉,使瘀血外出,邪有出路,以达活血祛瘀、通络止痛之功,使“血行风自灭”,手、腕、臂等关节的活动功能得到恢复,取得了较好的疗效。

2.4 穴位照射 张氏等^[15]临床观察激光穴位照射加综合治疗法治疗脑卒中肩-手综合征80例,通过与常规的头针相比较,发现在改善临床症状及体征、恢复上肢功能方面优于单纯针刺组,说明He-Ne激光与综合治疗法治疗脑卒中肩-手综合征为一种有效的治疗方法,且该治疗方法是一种无损伤法,无晕针现象,病人乐于接受,有一定的临床优势。

2.5 穴位外治法 蔡氏^[16]将烫疗药(由川断、宽筋藤、独活等组成,用纱布包装成小袋,每包150g)及适量水放入容器中,用微波炉煮开10min取出。待药包表面温度降至50~60℃后直接对患肢肩髃、肩贞、肩髃、曲池、内关、外关、合谷及阿是等穴进行穴位烫疗,其间需5~10min更换所取穴位,直到冷却,每穴治疗时间30min,结果总有效率达92.5%,并且认为采用热敷体表穴位,药力直达病所以增强疗效,并避免内服药物的不良反应,患者易接受。

2.6 穴位注射 郭氏^[17]将患者随机分为治疗组50例和对照组50例,分别采用穴位注射+康复法和常规针刺+康复法治疗,对两组临床疗效及患者的日常生活能力(采用修订的Barthel指数)进行评定。结果治疗组(穴位封闭+康复组)在缓解肩-手综合征的临床症状和提高日常生活能力方

面明显优于对照组,疗效差异有非常显著意义($P<0.05$),说明穴位封闭方法有效地缓解了患者疼痛、瘀肿、关节不利,提高了患者日常生活能力。

4 针刺时机的选择

目前认为脑卒中患者生命体征稳定即开始早期康复,能明显提高患肢运动功能,减少后遗症,改善日常生活能力,而且是安全的^[18]。常氏等^[7]认为早期介入针刺治疗,可降低中风后肩-手综合征的发病率。于氏^[19]发现早期针灸介入配合良肢位指导较好疗效。陶氏等^[20]随机将46例中风早期病人分为针灸治疗组26例,对照组20例进行临床治疗对比,采用MESSS量表积分进行统计,结果两组比较差异显著,尤其是防止和减轻误用、废用综合征、肩手综合征方面,说明对中风早期生命指征稳定情况下,针灸介入具有良好疗效。赵氏等^[21]的研究亦说明如此。

5 针刺与其他疗法配合应用

随着传统医学与现代医学的融合,多种学科的交叉,目前治疗脑卒中后SHS已经不再局限于某一种疗法。廖氏^[22]将90例卒中后肩-手综合征患者随机分为作业疗法合针灸治疗组、单纯作业疗法组,结果治疗后作业疗法合针灸组的手功能评分均高于单纯作业疗法组($P<0.01$),说明作业疗法合针灸治疗卒中后肩-手综合征疗效优于单纯作业疗法。张氏等^[23]对针灸综合疗法与单纯针刺治疗脑卒中肩-手综合征的效果进行分析,结果针刺配合功能锻炼的总有效率达97.5%,显效率达85%,比单纯针刺治疗的效果有明显差异。李氏等^[24]将65例病人分为治疗组30例,采用中药外洗巨刺结合现代康复疗法,对照组35例,单纯采用现代康复疗法,经过30d的治疗,两组疗效呈显著性差异, $P<0.05$ 。张氏等^[25]用综合康复措施,包括正确体位摆放、避免腕屈曲、关节注射、压迫性向心缠绕、冰疗、主动和被动运动、电针、超短波及药物治疗等,治疗56例脑卒中后肩手综合征患者,治疗4周后对患者上肢关节被动运动范围、上肢和腕手关节的运动功能、疼痛及水肿程度进行评定,结果显效35例(62.5%),有效21例(37.5%),治疗后患侧上肢关节被动运动范围、上肢及腕手关节的运动功能均较治疗前有显著改善($P<0.05$),上肢疼痛和水肿程度亦均较治疗前有明显下降(均 $P<0.05$)。李氏等^[26]采用中药外洗、针灸合并康复训练治疗38例早期肩-手综合征患者,37例均治愈或好转,患者的手功能得到明显的改善。张氏等^[27]针刺双侧头针血管舒缩区;健侧交替针刺天容、天宗、肩髃、曲池等穴。针刺后以轻刺激手法推拿肱二、三头肌及肩髃、肘髁,腕关节无痛性被动运动,综合治疗64例,治疗平均60d,治疗前后比较有非常显著的差异($P<0.01$),说明针刺配合推拿对本并具有良好的改善作用。邱氏等^[28]将71例脑卒中患者随机分为两组,治疗组采用Bobath和运动再学习法相结合的方法进行训练,同时施以常规针刺疗法,对照组仅施以常规针刺治疗,结果两组治疗前后比较均有显著提高,治疗组继发性残疾的发生率为20.51%,明显低于对照组(43.74%),说明针刺结合促通技术促进患者功能恢复、提高患者生活自理能力的疗效明显优于单纯针刺组。陈氏等^[29]使用针灸配合康复训练

来改善肩-手综合征肩关节疼痛及活动度,将 80 例患者随机分为两组,对照组进行康复训练,实验组在康复训练的同时给予针灸治疗,结果两组治疗后肩关节疼痛、肩关节活动度较治疗前均明显改善($P<0.05$),但针灸组与对照组有显著性差异($P<0.05$),明显优于对照组,说明针灸结合康复训练能进一步缓解肩痛及增加肩关节活动度,从而提高治疗肩-手综合征的疗效。常氏等^[30]的研究亦说明了这一点。唐氏等^[31]采用头穴丛刺结合康复对急性脑梗死患者运动功能障碍的康复治疗作用进行治疗,结果针康法对脑梗死患者运动功能的恢复和日常生活能力的提高都有明显的促进作用,其疗效优于头针组及康复组($P<0.01$, $P<0.05$),总有效率达 97.14%。

从综合情况来看,临床对本病的治疗有以下共识:(1)针灸已经被广泛应用到中风后肩-手综合征患者的康复治疗中,其疗效是肯定的;临床选穴受“治痿独取阳明”这一理论指导,在治疗中取阳明经穴为主,或手三阳经穴并取,或阴、阳经相间取穴,以刺阳经为主,并对不同针刺法、针刺手法等影响疗效的关键因素进行了初步探索。(2)从时间来说,当患者病情稳定后,针灸介入越早,疗效以及预后就越好;(3)提倡采用综合疗法;不同针灸方法、针刺时机、针刺手法、针刺时程以及不同针刺频率等是影响针灸临床疗效的关键因素,然而目前针灸临床选穴及针刺方法差异很大,效应评价指标不一,取穴及手法各异,电针参数不统一,使各个研究的疗效可比性差,并且缺乏系统的大样本、多中心、随机对照临床研究,没有形成规范化的治疗方案,所以在以后的临床中选择最佳治疗方案,以减轻患者的痛苦,是重点应该思考的问题。

参考文献

- [1]王洪忠.实用中西医结合偏瘫康复学[J].北京:中国医药科技出版社,1997.296
- [2]王寅,杨涛,郭玉峰,等.不同针刺取穴方法结合系统康复治疗中风后肩手综合征疗效观察[J].中国针灸,2002,22(2):83~85
- [3]邹菲.肩手综合征 36 例观察[J].实用中医药杂志,2006,22(10):638~639
- [4]刘桂荣,李国忠,冯秀华.偏瘫肩-手综合征的评价与治疗[J].中国临床康复,2002,6(3):368~369
- [5]施静,杜元灏.快针治疗中风合并肩手综合征 60 例疗效观察[J].云南中医药杂志,2004,25(4):28
- [6]赵晓峰,宋华.针刺治疗中风后肩手综合征 30 例临床观察[J].中国中医药信息杂志,2004,11(6):532
- [7]常娜,赵雪英.肩手综合征的诊断与康复治疗[J].实用神经疾病杂志,2005,8(4):46~47
- [8]邹超,朱国祥,包烨华.针刺结合刺络拔罐治疗中风后肩手综合征 30 例[J].浙江中医杂志,2006,41(6):340
- [9]田洪文,高欣,于洪梅.脑卒中后肩手综合征治疗 36 例临床体会[J].航空航天医药,2005,16(2):25
- [10]唐强,张立雅,李晶.电针结合康复训练治疗脑卒中后肩-手综合征 60 例[J].针灸临床杂志,2005,21(4):19~20
- [11]魏向阳.电针治疗中风偏瘫肩手综合征临床观察[J].上海针灸杂志,2006,25(7):13~14
- [12]宋成忠,崔贵祥,孙远标,等.电针穴位刺激加康复训练治疗中风后肩手综合征疗效观察[J].山东医药,2004,44(16):38
- [13]李杰.针刺为主治疗中风后肩手综合征的临床体会[J].四川中医,2006,24(9):106~107
- [14]江小荣.刺络拔罐并康复训练治疗中风后肩手综合征 48 例[J].浙江中以杂志,2005(2):84
- [15]张彤,侯晓强.激光穴位综合疗法治疗脑卒中肩-手综合征临床疗效观察[J].激光杂志,2004,25(3):88
- [16]蔡超群.中药穴位灸疗脑卒中后肩-手综合征的观察及护理 40 例[J].实用护理杂志,2002,18(7):53
- [17]郭严.穴位封闭治疗中风后肩手综合征疗效观察[J].吉林医学,2006(9):1 077~1 078
- [18]黄为民,高展,冉春风,等.早期介入运动疗法对脑卒中患者功能恢复的疗效评估[J].中国临床康复,2003,7(25):3 484~3 485
- [19]于桂杰.应用体位、手法与针灸治疗脑卒中后肩手综合征 34 例[J].中国临床康复,2004(13):2 524
- [20]陶加平,皮敏,吴立雄,等.针灸对中风早期康复的疗效观察[J].中医药信息,2001,18(4):39~41
- [21]赵颂,蔡敏柱.针灸及康复治疗早期肩手综合征 22 例报告[J].中国全科医学,2002(10):810
- [22]廖华薇.作业疗法合针灸治疗肩-手综合征 45 例疗效观察[J].上海针灸杂志,2006,25(3):9~10
- [23]张群,吴伟宏.综合疗法与单纯针刺治疗脑卒中肩-手综合征的效果分析[J].中国临床康复,2002,6(23):3 596~3 597
- [24]李惠兰,胡万华.针药结合治疗肩-手综合征[J].针灸临床杂志,2002,18(9):26~26
- [25]张建宏,范建中,彭楠,等.综合康复治疗脑卒中后肩手综合征的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2005,27(9):537~540
- [26]李培菊,王建新,焦秀芝.中西医结合治疗脑卒中后肩-手综合征[J].中国临床康复,2003,31:4 291
- [27]张桂祥,姚凯.针刺推拿治疗脑卒中后肩-手综合征 64 例[J].陕西中医,2001,22(8):489~490
- [28]邱玲,曹娣,刘军.针刺结合促通技术对脑卒中肢体功能的影响[J].中国临床康复,2002,6(3):361
- [29]陈勇,常娜.针灸配合康复训练改善 SHS 肩部症状疗效分析[J].军医进修学院学报,2006,27(2):136~137
- [30]常娜,刘森.针灸结合康复训练治疗肩手综合征的疗效分析[J].第四军医大学学报,2005,26(24):2 295~2 297
- [31]唐强,朱冬梅,刘景隆,等.头穴丛刺结合康复治疗急性脑梗死患者运动功能障碍的临床观察[J].中国康复理论与实践,2004,10(11):697~698

(收稿日期:2007-01-16)

欢迎投稿！ 欢迎订阅！