

[2]李曰庆. 实用中西医结合男性学手册[M]. 北京:华夏出版社,1992:181-191.

中药熏洗治疗脑卒中后 上肢功能障碍30例

任 亚 锋

(河南中医学院第一附属医院康复中心,450000)

脑卒中的高致残率是当今医疗中亟待解决的一个难题,同时上肢功能的改善又是决定中风患者生活质量的一个重要因素。在偏瘫型脑卒中患者的日常生活中,由于其健手能完成一些基本生活自理动作,所以在康复早期许多患者比较重视步行训练,而忽视患侧上肢和手的训练,延误了最佳治疗时机,而本病的治疗,现代康复医学主要采用以神经促通技术为核心的运动治疗和物理治疗,疗效尚不满意。因此,多年来,我们在系统康复治疗的基础上采用中药熏洗的治疗方法,并取得了一些进展,现报告如下。

1 临床资料

观察全部病例为60例,为我院2007年6月~2009年6月期间的住院患者,均符合国家中医药管理局脑病急症协作组于1996年制定的《中风病诊断标准》^[1],患者随机分为治疗组与对照组,其中治疗组30例,对照组30例,经统计学检验,两组间年龄,性别,病程,病变性质,上肢功能分级,手功能分级,日常生活能力均无显著性差异($P>0.05$),有可比性。且所有患者均有明显的脑功能障碍的症状和体征,并经头颅CT或MRI证实脑实质出血或脑梗死。

2 治疗方法

2.1 基础治疗

参照《康复医学》^[2]中的理论及手法,采用国际公认的上肢功能康复系列疗法制定如下方案。①抑制屈曲痉挛:将肘、腕、手指伸展,使之处于负重位;将屈曲痉挛的手指打开并牵引,每日2次,每次30min。②矫形器的应用:根据患者上肢及手指屈曲痉挛情况配备静态矫形器。③被动关节活动度维持:被动活动患侧上肢及手部关节,保持各关节及其周围软组织的正常活动度。每日1次,每次40min。④作业疗法:根据患者上肢及手指恢复情况,设计适合的作业训练方案。每日2次,每次40min。

2.2 治疗组

在基础治疗的基础上,采用中药熏洗疗法:当归20g,红花20g,桃仁20g,桂枝20g,伸筋草30g,木瓜20g,透骨草30g,艾叶10g。取上药置于煎煮容器,加水浸泡30min,煎沸15~30min,去药渣,药液倒入盆内。患处置于上方,覆以毛巾,先用蒸气熏蒸15min,待药液温度适宜时,用毛巾吸取药液置于患处;温度降至40℃,将患肢放入药液内浸泡15min,至患处皮肤潮红为度,每日2次。

2.3 对照组

在基础治疗的基础上,采用热水熏洗法:以盆装适量开水代替熏洗液,做如上的熏洗。两组均治疗6周后评定疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

①上肢运动功能:采用Brunstrum分级的方法同治疗前相比^[3],临床痊愈:达到Ⅵ级。显效:分级升高2级及2级以上。有效:分级升高1级。无效:分级无变化或下降。②手功能:根据患侧手近端指间关节,总的主动关节活动度(TAM)为评定标准^[4],临床痊愈:主动活动范围正常。显效:TAM>健侧75%。有效:TAM>健侧50%但≤75%。无效:TAM<健侧50%。

3.2 两组患者上肢运动功能临床疗效比较

治疗组30例,临床痊愈8例,显效12例,有效7例,无效3例,总有效率为90%;对照组30例,分别为7例、14例、5例、4例、86.7%。两组比较,疗效差异无显著性($P>0.05$)。

3.3 两组患者手功能临床疗效比较

治疗组30例,临床痊愈8例,显效12例,有效6例,无效4例,总有效率为86.7%;对照组30例,分别为4例、6例、10例、10例、66.7%。两组疗效比较治疗组明显优于对照组($P<0.05$)。

3.4 两组患者日常生活能力比较

治疗组与对照组治疗前日常生活能力评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性;同组治疗前后比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),治疗组与对照组治疗后日常生活能力评分比较,差异有统计学意义($P<0.05$),说明两组治疗均有明显增加日常生活能力的作用,且治疗组优于对照组。

4 讨论

现代康复医学对脑卒中后上肢功能障碍状态的转归、预后和评定,已经非常清楚,以易化技术中的Brunnstrom技术为例,认为上肢和手功能的分级分为6期,其中1~3期为痉挛持续加重期,如果不能进入第4期,即痉挛逐渐减弱,出现分离运动(正确的运动模式),那么痉挛将继续加重,上肢及手功能恢复的可能性将消失。所以上肢Brunnstrom阶段分级是判断上肢运动功能状态和转归的重要评定标准。而手功能进入第4期的标志性动作,就是手指的伸展,只有出现手指的伸展才会进一步出现其他的分离动作,使手功能逐渐恢复,这一论点已在康复医学界达成共识。

我们在易化技术的基础上,结合中医传统治疗方法,取当归、红花、桃仁祛瘀活血;桂枝、伸筋草通利关节;透骨草有理气止痛、温通经脉、宣痹通络作用,辅以艾叶以增其活血之力。以此方熏蒸和洗浴,能够有效改善局部血液循环,柔筋疏络。从而降低张力,软化疤痕,促进分离动作出现,降低麻木、疼痛等后遗症的发生,对感觉恢复也有一定的作用。较之一些康复治疗中的热水洗浴疗法效果为优,虽然对上肢功能障碍等粗大分离动作的诱发意义不大,但对手指伸指诱发和日常生活能力的提高效果明显,且方法简单,药价低廉,便于掌握,方便患者自行治疗。

参考文献

[1]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][J]. 北京中医药大学学报,1996;19(11):55.
[2]南登崑,王宁华,励建安. 康复医学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:40,72,202-204,332-334.

- [3] 恽晓平, 于兑生. 康复疗法评定学[M]. 北京: 华夏出版社, 2005: 385, 83, 432.
- [4] 顾玉东. 手部肌腱修复后评定[J]. 中华手外科杂志, 2000, 16(1): 134.

巨刺阳陵泉配合辨经取穴 治疗肩周炎 102 例

肖红玲 孙立虹

(河北医科大学中医学院针灸系, 050091)

肩周炎中医称为“肩痹”、“漏肩风”、“肩凝症”、“冻结肩”等, 属“筋痹”范畴。因多发于 50 岁左右的中老年人, 故又称“五十肩”。其主要表现为肩关节疼痛, 活动功能受限, 严重影响患者的工作和生活。随着电脑的普及和社会工作压力增大, 肩周炎的发病率呈逐年上升和年轻化趋势, 已引起广泛重视。自 2006 年以来, 我们以巨刺、阳陵泉穴为主, 配合辨经取穴, 治疗本病 102 例, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集门诊肩周炎患者 192 例, 随机分为 2 组, 治疗组 102 例, 男 44 例, 女 58 例, 年龄 45~65 岁; 病程 5 天~3 年; 其中左肩单侧发病 36 例, 右肩单侧发病 49 例, 双肩发病 17 例; 出现肩关节组织粘连 11 例。对照组 90 例, 男 37 例, 女 53 例, 年龄 45~65 岁, 病程 3 天~2 年; 其中左肩单侧发病 31 例, 右肩单侧发病 47 例, 双肩发病 12 例; 出现肩关节组织粘连 7 例。两组患者在性别、年龄、病程方面比较, 差异无显著性 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准

参考《中药新药临床研究指导原则》^[1]中的诊断标准: ①多在 50 岁左右发病, 肩部疼痛, 活动不灵, 逐渐加重; 病程较长, 疼痛可向颈、耳、前臂和手放射。②肩关节活动渐受限制, 尤以外展、外旋、后伸为甚, 最后成冻结肩。③患肩肌肉萎缩, 肩部有广泛压痛, 肩外展外旋障碍。④X 线摄片检查, 肩关节多为阴性, 有时可见骨质疏松和肩峰下钙化阴影。

1.3 排除标准

参考《中药新药临床研究指导原则》^[1]的排除标准: ①年龄在 45 岁以下或 65 岁以上, 过敏体质。②合并肩部骨折未愈合。③长期服用其他药物以及采取综合治疗。④合并有心血管、脑血管、肝肾和造血系统等严重原发性疾病或精神病。⑤不符合纳入标准, 未按规定用药, 无法判断疗效, 或资料不全等影响疗效或安全性判断。

2 治疗方法

2.1 治疗组

2.1.1 巨刺阳陵泉 取健侧阳陵泉, 选用直径为 0.34mm、长度为 50mm 的毫针针刺, 进针前嘱咐患者咳嗽, 伴随咳嗽同时进针, 进针后行提插捻转 1min, 留针 5min, 同时嘱患者持续活动肩关节。

2.1.2 辨经取穴 针刺阳陵泉后视患者疼痛的缓解情况, 再根据疼痛部位辨经取穴, 加取患侧本经的荥穴或输穴: ①太阳

型: 肩臂内侧疼痛, 在三角肌、胸大肌交汇处, 中府穴有压痛, 旋内后伸困难; 配患侧手太阳肺经荥穴鱼际。②阳明型: 肩臂之外缘痛, 可扩散到上肢外侧, 在三角肌上部中央处肩髃穴有压痛, 外展上举困难; 配患侧手阳明大肠经输穴三间。③太阳型: 肩关节后侧疼痛连及肩胛部和上肢外侧后缘, 在冈上肌、冈下肌、大小圆肌处, 肩贞、天宗穴有压痛, 肩内收时疼痛加剧, 配患侧手太阳小肠经输穴后溪。④少阳型: 肩臂后外缘痛, 在三角肌上部中央偏后处及肩胛提肌与冈上肌之间, 肩髃、肩井穴有压痛, 上肢旋前、外展上举困难, 配患侧手少阳三焦经输穴中渚, 留针 25~40min, 每隔 10min 行针 1 次, 每日 1 次, 7 次为 1 个疗程, 疗程间休息 3 天。治疗期间, 嘱患者根据病情每日进行相应的肩部功能锻炼。3 个疗程结束后统计疗效。

2.2 对照组

随机采用上述方法之一, 留针 30min, 每隔 10min 行针 1 次, 每日 1 次, 7 次为 1 个疗程, 疗程间休息 3 天。单项具体疗法与治疗组所述一致。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[1]的疗效标准。治愈: 肩部疼痛消失, 肩关节活动范围恢复正常; 显效: 肩部疼痛明显缓解, 肩关节活动范围明显改善; 有效: 肩部疼痛基本缓解, 肩关节活动范围部分改善; 无效: 症状、体征改善不明显。

3.2 治疗结果

治疗组 102 例, 治愈 87 例, (其中 1 次治愈 6 例, 2 次治愈 9 例, 3 次治愈 11 例, 1 个疗程治愈 45 例, 2 个疗程治愈 9 例, 3 个疗程治愈 7 例), 显效 13 例, 有效 1 例, 无效 1 例, 愈显率为 98.04%, 总有效率为 99.02%; 对照组 90 例, 治愈 64 例, (其中 1 次治愈 2 例, 2 次治愈 4 例, 3 次治愈 7 例, 1 个疗程治愈 29 例, 2 个疗程治愈 12 例, 3 个疗程治愈 10 例); 显效 10 例, 有效 8 例, 无效 8 例, 愈显率为 82.22%, 总有效率为 91.11%。两组愈显率比较, 差异有显著性 ($P<0.05$)。

4 讨论

本病发病多因肩部感受风寒, 阻痹气血; 或因劳作过度、外伤, 损及筋脉, 气血阻滞, 不通则痛; 或因年老气血不足, 肝肾亏虚, 筋骨失养所致。治宜“疏通经络, 调和气血, 舒筋止痛”, 故选取筋会阳陵泉为主穴, 配合辨经取穴的方法治疗。我们取阳陵泉穴, 则是以腓骨小头前下方的压痛点为准, 通过临床验证以此压痛点定位其疗效明显优于传统的定位方法。在《灵枢·杂病》中对此早已有记载, “按已刺”, 即按压穴位有压痛, 同时能缓解症状, 再针刺。《灵枢·官针》曰: “巨刺者, 左取右, 右取左。”故取健侧阳陵泉。随咳进针, 记载于窦默的《针经指南》即进针时“令病人咳嗽一声”, 有两个作用: 一是转移注意力, 缓解患者对针刺的恐惧, 减轻进针时的疼痛, 避免晕针; 二是咳嗽可以振奋经脉气血, 提高疗效。《灵枢·经脉》载: 手太阳肺经“从肺系, 横出腋下, 下循臑内”; 手阳明大肠经“上肩, 出骨之前廉”; 手太阳小肠经“出肩解, 绕肩胛, 交肩上”; 手少阳三焦经“循外上肩”。肩周炎的发病部位与该四条经脉、经筋密切相关。根据“经脉所过, 主治所及”、《难经·六十八难》“输主体重节