

• 临床报道 •

培土滋水、达木通经法治疗肩—手综合征 40 例

韩江余^{1*} 朱 仡²

1. 湖州师范学院医学院中医教研室, 浙江省湖州市学士路 1 号, 313000;

2. 湖州市中医院, 313000)

* 通讯作者: hzyk16810@126.com, 13567231941

[关键词] 肩—手综合征; 培土滋水; 达木通经

肩—手综合征(shoulder-hand syndrome, SHS) 又称反射性交感神经营养不良(reflexsympathetic dystrophy, RSD) 是脑卒中患者常见的并发症, 我国脑卒中后 SHS 的发生率在 30% 以上。依据临床表现, SHS 分为: I 期表现为手部肿胀, 色泽改变, 肩、手部有疼痛性运动障碍; II 期表现为肩、手部疼痛性运动障碍减轻, 肿胀和色泽改变部分减轻或完全消失, 开始出现肌肉萎缩; III 期表现为手和肩部呈营养不良性改变, 肌肉萎缩明显, 关节活动受限, 挛缩。我们采用培土滋水, 达木通经法对本病进行治疗, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

观察病例均为 2010 年 1—12 月湖州市中医院针灸推拿科门诊及住院治疗的脑卒中后 SHS 患者。随机分为功能训练加补阳还五汤对照组(对照组) 41 例, 功能训练加培土滋水, 达木通经法方剂治疗组(治疗组) 40 例。两组病例的年龄、性别、体重、病程、病种等基线资料差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。见表 1。

1.2 诊断标准

脑卒中诊断标准以 1995 年中华医学会第四次全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》^[1] 中脑梗死和脑出血的诊断标准为标准, 并经头颅 CT 或 MRI 证实。SHS 诊断标准参照中医诊断参照国家中医药管理局脑病急症协作组制定的《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[2] 制定: ①肩

部疼痛, 活动受限, 同侧手腕、手指肿胀, 出现发红、皮温上升等血管运动性改变; ②手指多呈伸直位, 屈曲时受限, 被动屈曲时引起剧痛; ③时间持续 3~6 个月; ④X 线可正常或可见斑状骨密度下降。

1.3 排除标准

①在脑卒中前患有肩周炎、颈部疾病所致的肩部疼痛; ②合并糖尿病、营养不良等所致的周围神经病变; ③合并其他严重疾病, 不适合本方法; ④精神异常, 不能配合治疗。

2 治疗方法

两组在常规康复训练基础上, 分别给予中药汤剂治疗, 其中对照组口服补阳还五汤治疗, 每日 1 次, 15d 为 1 个疗程, 连续治疗 2 个疗程后评价临床效果。治疗组采用培土滋水, 达木通经法治疗, 方剂组成为: 白术 20g, 茯苓 20g, 芡实 15g, 陈皮 15g, 生地 15g, 白芍 15g, 柴胡 15g, 桑枝 10g, 桂枝 10g, 当归 15g, 三七 10g, 地龙 5g, 水煎分 2 次服。每日 1 剂, 15d 为 1 个疗程, 连续治疗 2 个疗程后评价临床效果。

3 疗效观察

3.1 两组患者临床疗效比较

接受治疗开始 1 个月 after 评定各组疗效。疗效标准参照《神经康复学》^[3] 制定。显效: 关节水肿、疼痛消失, 活动功能无明显受限, 手部小肌肉无萎缩。有效: 关节水肿基本消失, 疼痛基本缓解, 关节活动轻度受限, 手部小肌肉萎缩不明显。无效: 患者症状、体征无明显改善, 关节活动功能明显受限, 肌肉萎缩逐渐加重。治疗组总有效率为 87.5%, 对照组总有

表 1 两组患者基本情况

组别	例数	年龄(岁) ($\bar{x} \pm s$)	性别(例)		体重(kg) ($\bar{x} \pm s$)	病程(月) ($\bar{x} \pm s$)	病种(例)	
			男	女			脑出血	脑梗死
对照组	41	59.02±12.13	23	18	62.74±15.42	4.31±2.13	15	26
治疗组	40	60.15±12.69	21	19	61.09±14.87	4.49±1.96	13	27

效率为 73.2%，两组差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	41	8(19.5)	22(53.7)	11(26.8)	30(73.2)
治疗组	40	15(37.5)	20(50)	5(12.5)	35(87.5)

3.2 两组患者运动功能(FMA)评分比较

所有患者于治疗前及治疗开始 1 个月后采用国际上公认的 Fugl-Meyer FMA 评分法, 评定患侧上肢的运动功能。两组间治疗前后患侧上肢运动功能评分差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 FMA 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	41	27.04 ± 6.99	41.95 ± 12.25*
治疗组	40	26.68 ± 7.37	50.58 ± 9.63*△

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

3.3 两组患者治疗前后患肢血流速度比较

表 4 两组患肢血流速度比较(cm/s, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	尺静脉血流速差值	桡静脉血流速差值
对照组	41	5.89 ± 0.95	5.67 ± 0.98
治疗组	40	9.47 ± 2.16△	9.46 ± 1.92△

注: 与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

两组治疗前后采用多普勒超声检测尺静脉、桡静脉血液流速, 对其差值进行比较, 以确定两组患者患肢血流动力学改变, 即瘀血状态改变的情况。治

疗组上肢静脉回流改善明显优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

4 讨论

针对 SHS 中医病机, 我们确立培土滋水, 达木通经法为治疗中风后遗症尤其是 SHS 的治法, 并确立了相应方剂。方中白术、茯苓、芡实、陈皮补脾益气, 行气燥湿化痰, 既治疗脾虚之本, 又解痰湿凝滞之标; 生地黄伍芡实, 益肾固精填髓, 同时避免熟地黄之滋腻; 柴胡配白芍, 又有陈皮佐助, 疏肝柔肝行气, 解肝气郁结, 又有当归、生地黄养肝经之血, 解肝阴之不足; 生地黄、三七、当归、地龙活血通经, 化已成之瘀血, 解患肢之疼痛, 生新血荣养失养之经脉, 尤其是三七, 《本草纲目拾遗》称“人参补气第一, 三七补血第一”, 又能通脉行瘀, 活血定痛, 兼活血、止血、生血、止痛之效, 恰合本病病机; “血得温则行”, 方中少佐桂枝, 温经通脉, 使即补之血得行, 无凝滞之弊, 更佐入桑枝, 既可以利关节, 行水气, 解患肢拘挛, 又可引诸药入病所。

参考文献

- [1] 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[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.
- [2] 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(6): 55-56.
- [3] 朱镛连. 神经康复学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2003: 330.

(收稿日期: 2011-05-03; 修回日期: 2011-06-24)

[编辑: 黄 健]

中药内外合治酒渣鼻 36 例

张翠月^{1*} 高 征²

(1. 南阳理工学院张仲景国医学院, 河南省南阳市长江路 80 号, 473004;

2. 河南省南阳医学高等专科学校)

* 通讯作者: nyzjcy@126.com, 15993189326

[关键词] 酒渣鼻; 清宣凉血解毒汤; 清热散瘀面膜; 中医药内外疗法

近年来, 我们运用自拟清宣凉血解毒汤内服结合清热散瘀面膜方外用, 治疗酒渣鼻, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

71 例均为我院门诊 2008 年 10 月至 2011 年 3 月就诊的患者, 随机分为治疗组和对照组。治疗组

36 例, 男 15 例, 女 21 例; 年龄 30~49 岁, 平均 38.5 岁; 病程 1~11 年, 平均 6.5 年。对照组 35 例, 男 13 例, 女 22 例; 年龄 32~51 岁, 平均 41.5 岁; 病程 1~12 年, 平均 6 年。两组在性别、年龄、病史、病程、病情程度等方面比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

依照《皮肤性病学》^[1] 中有关酒渣鼻的诊断标