

中药熏洗联合针刺治疗缺血性脑卒中后肩痛临床研究

张晓丹, 赵元琛, 周围

温州市中西医结合医院, 浙江 温州 325000

[摘要] 目的: 观察在经皮神经电刺激 (TENS) 基础上加用中药熏洗联合针刺治疗缺血性脑卒中后肩痛的疗效。方法: 将 106 例缺血性脑卒中后肩痛患者随机分为对照组和观察组各 53 例。对照组采用 TENS 治疗, 观察组在对照组治疗基础上给予中药熏洗联合针刺治疗。2 组疗程均为 3 周。分别于治疗前与治疗 1 周、2 周、3 周评价疼痛视觉模拟评分法 (VAS) 评分和肩部被动活动时疼痛面谱量化评级 (AFS) 评分, 治疗前后评价 Fugl-Meyer 上肢运动功能量表 (FMA) 评分和日常生活活动能力 (ADL) 评分。结果: 2 组治疗 1 周、2 周、3 周的 VAS 评分、AFS 评分均较前一时点下降, 观察组治疗 1 周、2 周、3 周的 VAS 评分、AFS 评分均低于同期对照组 ($P < 0.01$)。治疗后, 2 组 FMA 评分、ADL 评分均较治疗前升高 ($P < 0.01$), 观察组 FMA 评分和 ADL 评分均高于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 在 TENS 基础上加用中药熏洗联合针刺治疗缺血性脑卒中后肩痛能明显减轻患者的疼痛症状, 改善上肢运动功能, 提高日常生活活动能力。

[关键词] 缺血性脑卒中; 肩痛; 中药熏洗; 针刺; 疼痛程度; 上肢运动功能; 日常生活活动能力 (ADL)

[中图分类号] R743.3; R244.9 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2019) 06-0291-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.06.089

Clinical Study on Chinese Herbal Fumigation and Washing Combined with Acupuncture for Shoulder Pain after Ischemic Stroke

ZHANG Xiaodan, ZHAO Yuanchen, ZHOU Wei

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of Chinese herbal fumigation and washing combined with acupuncture based on transcutaneous electric nerve stimulation (TENS) for shoulder pain after ischemic stroke. **Methods:** Divided 106 cases of patients with shoulder pain after ischemic stroke into the control group and the observation group randomly, 53 cases in each group. The control group received TENS, while the control group additionally received Chinese herbal fumigation and washing combined with acupuncture. The course of treatment in both groups lasted for 3 weeks respectively. Assessed the scores of visual analogue scale (VAS) and assessment face scale (AFS) for pain when shoulder was in passive motion before treatment and after treatment for 1, 2 and 3 weeks, and evaluated the scores of Fugl-Meyer assessment scale (FMA) and activities of daily living (ADL) before and after treatment. **Results:** After treatment for 1, 2 and 3 weeks, the scores of VAS and AFS in both groups were respectively lower than those in the earlier time point, and the scores of VAS and AFS in the observation group were lower than those in the control group in the same period ($P < 0.01$). After treatment, the scores of FMA and ADL in both groups were higher than those before treatment ($P < 0.01$); the scores of FMA and ADL in the observation group were both higher than those in the control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** The additional application of Chinese herbal fumigation and washing combined with acupuncture based on TENS for shoulder pain after ischemic stroke can significantly alleviate pain, improve upper limb movement function and enhance the ability in activities of daily living.

Keywords: Ischemic stroke; Shoulder pain; Chinese herbal fumigation and washing; Acupuncture; Pain degree; Upper limb movement function; Activities of daily living (ADL)

肩痛是脑卒中患者常见的并发症之一, 常发生在脑卒中后 2~3 个月, 发生率为 16%~84%^[1], 具体机制仍不明确。目前

治疗肩痛以康复训练为主, 临床报道的疗法众多, 如持续被动运动、关节松动术、肩胛控制训练等, 但疗效差异很大, 无特

[收稿日期] 2019-03-11

[作者简介] 张晓丹 (1978-), 女, 主管护师, 主要从事神经内科的临床护理工作。

效的疗法,临床需要采取多项有效安全的综合康复措施予以防治^[1]。本病可归属于中医学痹证、筋痹范畴,乃中风后痰瘀阻滞、闭阻脉络,气血不通,不通则痛,治疗的关键在于疏通经络,使气血运行畅通^[2]。针刺具有镇痛效应、抗炎和促进代谢作用,联合康复训练有利于减缓肩痛和改善上肢运动功能,防止肩部肌肉萎缩和其他并发症发生^[3]。中药熏洗是中医特色护理技术,充分结合了热力和药力的作用,在脑卒中后肩痛的防治中起着重要的作用。本研究观察了中药熏洗联合针刺治疗缺血性脑卒中后肩痛的临床疗效,现总结报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 共选择2016年8月—2018年2月本院神经内科住院部收治的106例患者作为研究对象,按随机数字表法分为对照组和观察组各53例。对照组男30例,女23例;年龄49~72岁,平均(61.75±10.66)岁;脑卒中病程6~17周,平均(11.51±3.75)周;肩痛部位:左侧31例,右侧22例。观察组男33例,女20例;年龄51~74岁,平均(62.37±8.79)岁;脑卒中病程7~16周,平均(11.84±3.62)周;肩痛部位:左侧29例,右侧24例。2组性别、年龄、病程、肩痛部位等基线资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准^[4] 缺血性脑卒中恢复期,偏瘫侧出现自发性肩部疼痛不适症状,或在偏瘫侧肩部外展、上举过程中出现疼痛不适的抗拒动作。

1.3 纳入标准 符合缺血性脑卒中后肩痛的诊断标准;意识清楚、生命体征平稳;年龄45~75岁,男女不限;首次发生缺血性脑卒中的患者;能正确接受动作指令并配合治疗,取得其知情同意的患者。

1.4 排除标准 脑肿瘤、脑外伤、脑出血等脑血管疾病导致的偏瘫后肩部疼痛;肩手综合征患者;脑卒中前有肩部疾病者;合并沟通障碍,如脑卒中后失语、聋哑等;合并其他系统疾病,需要紧急治疗者;有晕针史者,患严重过敏性疾病,皮肤破溃,不适合熏洗治疗者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用经皮神经电刺激(TENS)^[5],以TTO3210型经皮神经电刺激器,频率4 Hz(低频)、波宽200 ms,将电疗贴放在刺激部位上,用胶布固定,每次治疗20 min,每天1次。注意事宜:操作前护理人员要检查部件是否连接好,将参数设置好,检查功能是否都正常,操作期间要询问患者感受,强度由较低逐渐调高,以患者可承受的最高限度为宜。

2.2 观察组 在对照组基础上给予中药熏洗联合针刺治疗。
①针刺:由本院针灸科医生施术。主穴:患侧肩髃、肩贞、肩髃、巨骨、臂臑,并配合患侧阿是穴、天宗、极泉、曲池、手三里、内关、外关、合谷、手三里等,主穴每次必选,配穴每次选择3~5个。使用1.5寸一次性无菌针灸针,患者取健侧卧位,用0.5%碘伏棉签消毒皮肤,以挟持进针法进针,行提插捻转手法,患者感到针下出现酸、麻或胀等得气感,即停止

运针,留针30 min。每天1次。②中药熏洗,处方:木瓜、鸡血藤、艾叶各30 g,桂枝、威灵仙、川乌、川芎、羌活、独活各20 g,没药、乳香各15 g,细辛10 g,以上药物加水3.5 L,浸泡30 min,煮2次,取药液约3 L趁热先熏后洗,以毛巾蘸药液敷于患侧疼痛处,以患部皮肤红润为度,每次30 min,每天2次。护理要点:①针刺前询问患者有无晕针史,做好患者的思想工作,解除顾虑,安排舒适体位;行针和留针的过程中询问患者有无不适,密切观察有无晕针情况发生。②熏洗暴露部位要加盖衣被,洗毕要及时擦干;熏蒸的温度以50~70℃为宜,年老体虚者以50℃左右为宜,外洗时温度以40℃左右为宜。若熏蒸期间出现心慌、气促、面色白或赤、大汗等表现,要停止熏蒸,并进行相应处理。

2组患者均每周治疗6天,连续治疗3周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①疼痛程度:采用疼痛视觉模拟评分法(VAS),由患者自行评价,两端分别为0分端和10分端,0分表示无痛,10分代表难以忍受的最剧烈疼痛。分别于治疗前治疗1周、2周、3周进行评价。②上肢运动功能:采用Fugl-Meyer上肢运动功能量表(FMA)进行评定,分值范围0~66分,得分越高,表示功能越好。治疗前后各评价1次。③日常生活活动能力(ADL):采用改良Barthel指数进行评价,共10项,总分100分,得分越高,表示生活自理能力越好,治疗前后各评价1次。④肩部被动活动时疼痛面谱量化评级(AFS):用于评价肩关节被动外展或前屈90°时的疼痛情况,分值范围0~10分,分数越高,表明疼痛感越重,分别于治疗前与治疗1周、2周、3周进行评价。

3.2 统计学方法 应用SPSS21.0统计学软件包分析数据。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 治疗结果

4.1 2组不同时间点VAS评分比较 见表1。治疗前,2组VAS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。2组治疗1周、2周、3周的VAS评分均较前一时点下降,差异均有统计学意义($P<0.01$),观察组治疗1周、2周、3周的VAS评分均低于同期对照组($P<0.01$)。

表1 2组不同时间点VAS评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	例数	治疗前	治疗1周	治疗2周	治疗3周
对照组	53	6.04±1.15	4.92±0.95 ^①	3.55±0.69 ^①	2.48±0.54 ^①
观察组	53	6.11±1.24	4.16±0.87 ^{①②}	2.84±0.61 ^{①②}	1.73±0.39 ^{①②}

与本组前一时点比较,① $P<0.01$;与对照组同期比较,② $P<0.01$

4.2 2组不同时间点AFS评分比较 见表2。治疗前,2组AFS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。2组治疗1周、2周、3周的AFS评分均较前一时点下降,差异均有统计学意义($P<$

0.01), 观察组治疗1周、2周、3周的AFS评分均低于同期对照组($P < 0.01$)。

表2 2组不同时点AFS评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗后1周	治疗后2周	治疗后3周
对照组	53	5.77±0.83	4.24±0.78 ^①	3.37±0.62 ^①	2.25±0.51 ^①
观察组	53	5.82±0.89	3.68±0.65 ^{①②}	2.65±0.53 ^{①②}	1.53±0.47 ^{①②}

与本组前一时点比较, ① $P < 0.01$; 与对照组同期比较, ② $P < 0.01$

4.3 2组治疗前后FMA、ADL评分比较 见表3。治疗后, 2组FMA、ADL评分均较治疗前升高($P < 0.01$)。观察组FMA、ADL评分均高于对照组($P < 0.01$)。

表3 2组治疗前后FMA、ADL评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	时间	FMA	ADL
对照组	53	治疗前	29.28±6.45	43.71±8.53
		治疗后	41.43±8.17 ^①	65.79±11.48 ^①
观察组	53	治疗前	28.75±6.26	42.49±8.61
		治疗后	49.52±9.04 ^{①②}	78.53±13.82 ^{①②}

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$ 。

5 讨论

肩痛症状导致上肢主动活动减少, 使患者难以配合康复治疗, 阻碍了功能恢复和整体康复进程, 因此, 缓解疼痛、改善因疼痛造成的负面影响是临床研究的重点^[9]。TENS通过表面电极对皮肤的神经纤维产生温和的电流, 刺激周围神经末梢来提供感觉输入, 以产生治疗效果, 临床研究显示, 该疗法能改善上肢浅感觉, 在缓解肩痛方面有一定的疗效, 作为一种非侵入性的治疗方法, 其操作简单、使用风险低、成本较低^[9], 《中国脑卒中康复治疗指南(2011完全版)》^[14]推荐其用于脑卒中后肩痛的治疗。

中医学认为, 中风后气血逆乱, 气血运行受阻, 瘀闭经脉; 或肝、脾、肾功能失常, 水液运行受阻, 聚而成痰, 痰瘀互结, 痹阻关节, 经脉不通; 或体虚外感寒湿, 寒湿痹阻经络, 均可导致经脉阻滞, 不通则痛^[2,7]。针刺长于通经脉, 系统评价显示针刺配合康复训练治疗脑卒中后肩痛较单纯进行康复训练更有效^[3]。本研究所选取的肩三针(肩髃、肩贞、肩髃)是治疗肩部疾病的重要穴位, 针刺穴位可疏通经络、利关节, 达到活络止痛的效应。巨骨、臂臑均能通经活络、理气消痰、散结。此五穴均位于肩部, 经络所过, 主治所及, 因此选为主穴。

中药熏洗即为熨熨疗法, 是通过药物和温热效应对局部经络和穴位产生刺激作用而起温经通络、行气活血、散寒止痛的

作用^[8]。熏洗方中桂枝、细辛温经通络、散寒止痛, 川乌祛风除湿、温经止痛, 艾叶温经散寒、祛湿, 羌活、独活散表寒、祛风湿、利关节、止痛, 乳香、没药活血化瘀、消肿止痛, 川芎行气活血止痛, 木瓜疏通经络、驱风活血, 鸡血藤补血、活血、通络, 威灵仙祛风除湿、通络止痛。诸药共奏祛风散寒、活血散瘀、通经止痛之功。

脑卒中后肩痛患者熏洗时, 护理人员需随时观察患者的反应, 询问患者的感受, 若出现心慌、大汗出、气促、面色苍白或皮肤过敏现象, 应立即停止治疗。同时, 护理人员也应协助医生做好针刺施术工作, 针刺前做好患者的思想工作, 宣教的安全性治疗效果, 消除患者的顾虑, 安排舒适体位, 以利于治疗的开展; 对于体虚者, 告知医者不要强刺激, 留针10 min左右; 采取有效措施预防晕针、滞针的发生。

本研究结果显示, 治疗1周、2周、3周, 观察组的VAS评分和AFS评分均低于对照组, 观察组治疗后的FMA评分和ADL评分均高于对照组。提示在TENS基础上给予中药熏洗联合针刺治疗脑卒中后肩痛患者, 能有效减轻患者的疼痛症状, 改善上肢运动功能, 提高患者的日常生活活动能力。

【参考文献】

- [1] 徐道明, 郭海英, 糜中平. 脑卒中后肩痛的康复治疗研究进展[J]. 中国康复, 2013, 28(5): 385-387.
- [2] 王爱丽, 肖悠美, 朱太卿, 等. 加味蠲痹汤综合疗法治疗中风后风痰瘀阻证肩手综合征[J]. 中国实验方剂学杂志, 2017, 23(13): 191-196.
- [3] 林郁芬, 李铮, 富晶晶, 等. 针刺结合康复训练治疗脑卒中后肩痛的系统评价[J]. 护士进修杂志, 2015, 30(11): 1004-1009.
- [4] 中华医学会神经病学分会神经康复学组. 中国脑卒中康复治疗指南(2011完全版)[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 4(4): 55-76.
- [5] 李宁, 田丰玮, 王成伟, 等. 电针配合推拿治疗脑卒中后肩痛: 双中心随机对照试验[J]. 中国针灸, 2012, 32(2): 101-105.
- [6] 都天慧, 屈云. 经皮神经电刺激在脑卒中后患者治疗中的应用[J]. 华西医学, 2016, 31(6): 1133-1136.
- [7] 刘铭, 马晖, 富晓旭, 等. 温针联合中药熏洗及康复训练治疗脑卒中后肩痛临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2015, 34(12): 1174-1177.
- [8] 李婷婷. 中药烫熨结合针刺治疗脑卒中后肩痛疗效观察[J]. 湖北中医杂志, 2017, 39(11): 46-47.

(责任编辑: 吴凌)