

# 中医康复治疗脑卒中后肩手综合征临床疗效观察

韩小雨 刘美静

(赤峰市中医蒙医医院 内蒙古自治区 024005)

**摘要:**目的: 脑卒中患者患肩手综合征施以中医康复治疗的效果观察。方法: 选择 2021 年 9 月至 2022 年 9 月在我院接受肩手综合征治疗的 28 例脑卒中患者, 依照奇偶抽签结果将 28 例患者分成中医组与常规组, 14 例/组, 常规组施以常规康复治疗模式, 而中医组则在常规组基础上施以中医康复治疗, 对比两组临床疗效、治疗前后疼痛评分、神经功能评分、日常活动能力评分以及上肢机能评分, 并比较两组经治疗后其生活质量评分。结果: 中医组治疗总有效率明显高于常规组 ( $P < 0.05$ ); 治疗前, 两组疼痛评分、神经功能评分、日常活动能力评分以及上肢机能评分等指标数据相近, 无统计价值 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 两组疼痛评分、神经功能评分、日常活动能力评分以及上肢机能评分等指标数据均有一定改善, 但中医组改善效果更明显 ( $P < 0.05$ ); 中医组活力、情绪功能、身体功能以及社会关系等维度的数据明显优于常规组 ( $P < 0.05$ )。结论: 中医康复治疗能缓解脑卒中后肩手综合征患者的肢体疼痛感, 改善神经功能, 优化其上肢机能状态, 提高其日常生活能力, 进而促进患者康复, 优化其生活质量, 值得推广。

**关键词:** 中医康复治疗; 脑卒中; 肩手综合征; 上肢技能评分; 疼痛评分

## 前言

肩手综合征属于一种并发症, 多在脑卒中出现后的 1 到 3 个月出现, 首发症状是运动受限与患侧肩胛附近进行性疼痛<sup>[1]</sup>。多将此症分成 3 期, 第 1 期: 患侧腕部与手掌有炎症样浮肿产生, 涵盖手指及掌指关节, 最显著处为手背, 仔细查看可发现皮肤皱纹已经消失, 水肿位置膨隆且柔软, 近端一般会至于腕关节, 患者的掌指关节、腕、指间关节存在触痛状况, 其肩部有疼痛产生, 不论是否活动, 且在短时间内就会有有关节首先状况; 第 2 期: 手指、手有压痛产生, 且不断加重, 直至无法忍受, 运动障碍、肩痛越加明显, 而手部水肿情况却开始缓解; 第 3 期: 疼痛与水肿彻底消失, 没有经过医治的手彻底丧失活动能力, 并变为畸形手, 且有固定特征。中医把肩手综合征归为“风瘫”“痹症”, 脑卒中中使得患者气血受损, 又因长时间卧床, 引发风痰阻络, 外在表现即患侧手部浮肿<sup>[2]</sup>。康复治疗时选择中医方式, 能更好的缓解其病情, 如中药、针灸、熏蒸、运动疗法等, 从而让患者有更好的生活体验<sup>[3]</sup>。本文针对脑卒中后肩手综合征患者, 予以其中医康复治疗, 观察效果, 报告见下文:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2021 年 9 月至 2022 年 9 月在我院接受肩手综合征治疗的 28 例脑卒中患者, 依照奇偶抽签结果将 28 例患者分成中医组与常规组, 14 例/组, 中医组中男 8 例, 女 7 例, 年龄 45-70 周岁, 平均 ( $57.58 \pm 5.23$ ) 周岁; 常规组中男 9 例, 女 6 例, 年龄 46-69 周岁, 平均 ( $57.42 \pm 5.76$ ) 周岁。对比两组一般资料, 无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准: (1) 经临床诊断判定入组患者均满足脑卒中后肩手综合征的临床诊断标准; (2) 无器质性疾病或重症器官疾病; (3) 自愿加入并已签署知情同意书。

排除标准: (1) 精神功能障碍或意识障碍; (2) 生命体征存在剧烈波动状态; (3) 拒绝加入或不认可本次实验。

### 1.3 方法

#### 1.3.1 治疗方案

常规组: 主要为上肢功能训练, 包含被动、主动两方面, 前者如肩、肘、腕、掌指关节、指间关节等的关节活动度训练, 后者如够取运动、手把握活动等, 1 次训练 40min, 1 天只训练 1 次, 每周

5 天, 并坚持 4 周。运动的项目、强度、频度、持续时间等需要依照患者自身状况进行针对性制定, 并仔细观察运动时患者身体状况, 包括肿胀度、心率、疼痛度、疲劳度等, 做好记录, 每位理疗师都需定期开展培训, 提升其个人能力和素养。

中医组: (1) 熏洗: 选择活血舒筋方, 组成如下: 伸筋草 25g, 路路通 20g、海桐皮 15g, 羌活 15g, 当归 20g, 防风 15g, 赤芍 15g, 桂枝 15g, 独活 15g, 没药 15g, 断续 15g, 乳香 12g, 松节 12g, 姜黄 12g, 川芎 12g, 甘草 10g, 由煎药室煎药后取适量药液, 隔水加热, 把处理后的药液倾倒在熏洗仪器内, 平放患肢, 1 天熏洗 1 次, 1 次 30-45min, 1 天 1 次, 12 天为 1 疗程, 持续医治 3 疗程, 如果效果不佳则可增加 1 疗程; (2) 浮刺: 行卧位或坐立位, 完成消毒后, 选择痛感最显著的 3-5 个压痛点, 在其下约 8-10cm 处进行进针, 毫针刺入对应位置, 得气之后, 以右手的拇、中、食指持针, 坐左手在针刺处之上, 行针选择青龙摆尾法, 1min 捻转约 100-150 次, 每次捻转持续 3-5min, 具体时间依照实际病情选择, 捻转之后留针 30min, 1 天 1 次, 疗程与熏洗相同; (3) 康复训练: 此部分治疗同常规组。

#### 1.3.2 评价指标

对比两组临床疗效、治疗前后疼痛评分、神经功能评分、日常活动能力评分以及上肢机能评分, 并比较两组经治疗后其生活质量评分。

(1) 临床疗效: 显效: 疼痛感与水肿状态完全消失, 关节痉挛僵硬有明显改善; 有效: 肩手疼痛感与水肿状态有明显改善; 无效: 症状无变化或有恶化趋势。显效率+有效率=总有效率。

(2) 疼痛评分: 以视觉模拟法测评, 满分 10 分, 分数高即疼痛感剧烈。

(3) 神经功能评分: 通以神经功能评分量表测评, 满分 100 分, 分数高即神经功能恢复好。

(4) 日常生活能力评分: 通过改良 Barthel 指数测评, 满分 100 分, 60 分以上为生活可自理; 40-60 分为生活偶尔需要帮助, 20-40 分为生活一直需要帮助, 20 分以下为生活完全需要帮助。

(5) 上肢机能评分: 通过上肢机能评分量表测评, 共 10 个项目, 各项满分均 10 分, 各个项目规定时间为 30s, 用时越短得分越高, 30s 内若不能完成某项动作记为 0 分。

(6) 生活质量评分: 以简易生活质量量表测评, 包含活力、情绪功能、身体功能、社会关系, 各项满分均 100 分, 分数高证明

生活质量好。

### 1.3.3 评价指标判定

### 1.4 统计学处理

数据分析软件应用 SPSS22.0,  $\bar{x} \pm s$  表示计量资料, t 检验; 百分比表示计数资料,  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为结果数据有统计学对比意义。

## 2 结果

### 2.1 临床疗效

中医组疗效高于常规组 ( $P < 0.05$ )。见表 1:

表 1 分析临床疗效 ( $n\%$ )

| 组别       | 例数 | 显效        | 有效        | 无效        | 总有效率       |
|----------|----|-----------|-----------|-----------|------------|
| 中医组      | 14 | 9 (64.29) | 4 (28.57) | 1 (7.14)  | 13 (92.86) |
| 常规组      | 14 | 4 (28.57) | 2 (14.29) | 8 (57.14) | 6 (42.86)  |
| $\chi^2$ | -  | -         | -         | -         | 8.0233     |
| P        | -  | -         | -         | -         | 0.0046     |

### 2.2 疼痛评分、神经功能评分、日常活动能力评分以及上肢机能评分

治疗前, 两组疼痛评分、神经功能评分、日常活动能力评分以及上肢机能评分等指标数据相近, 无统计价值 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 两组疼痛评分、神经功能评分、日常活动能力评分以及上肢机能评分等指标数据均有改善, 但中医组改善效果更明显 ( $P < 0.05$ )。见表 2:

表 2 两组疼痛评分、神经功能评分、日常活动能力评分以及上肢机能评分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别  | 疼痛评分        |             | 神经功能评分       |              | 日常活动能力评分      |               | 上肢机能评分       |              |
|-----|-------------|-------------|--------------|--------------|---------------|---------------|--------------|--------------|
|     | 治疗前         | 治疗后         | 治疗前          | 治疗后          | 治疗前           | 治疗后           | 治疗前          | 治疗后          |
| 中医组 | 5.72 ± 1.49 | 2.36 ± 1.15 | 50.23 ± 1.43 | 91.39 ± 1.46 | 36.07 ± 12.18 | 91.33 ± 17.53 | 65.49 ± 3.68 | 91.86 ± 4.96 |
| 常规组 | 5.81 ± 1.55 | 3.85 ± 1.03 | 50.44 ± 1.28 | 82.35 ± 1.51 | 34.97 ± 13.03 | 73.66 ± 16.84 | 65.24 ± 3.58 | 81.62 ± 5.23 |
| t   | -0.1566     | 3.6112      | 0.4094       | 16.1038      | 0.2307        | 2.7198        | 0.1821       | 5.3156       |
| P   | -0.8767     | 0.0013      | 0.6856       | 0.0000       | 0.8193        | 0.0115        | 0.8568       | 0.0000       |

注: 组间数据相比, 有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

### 2.3 生活质量评分

中医组活力、情绪功能、身体功能以及社会关系等维度的数据明显优于常规组 ( $P < 0.05$ )。见表 3:

表 3 两组生活质量评分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别  | 例数 | 活力           | 情绪功能         | 身体功能         | 社会关系         |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 中医组 | 14 | 94.23 ± 5.67 | 93.45 ± 5.17 | 92.57 ± 5.64 | 91.48 ± 5.74 |
| 常规组 | 14 | 81.56 ± 5.23 | 82.43 ± 5.36 | 83.33 ± 5.48 | 81.36 ± 5.63 |
| t   | -  | 6.1457       | 5.5368       | 4.3964       | 4.7095       |
| P   | -  | 0.0000       | 0.0000       | 0.0002       | 0.0001       |

## 3 讨论

肩手综合征 (SHS) 可由多种原发病引发, 如上肢外伤、脑梗、脑卒中、截瘫等, 最常见的为脑卒中<sup>[4-6]</sup>。SHS 是脑卒中患者残疾的

一种重要诱因, 而且还会对患者身体其余功能产生影响, 目前仅约 20% 的患者能在经过医治后恢复到患病前状态, 多数患者生活会受到极大影响, 因此需要要对其开展有效干预, 避免病症恶化, 引发更严重后果<sup>[9]</sup>。SHS 主要表现在活动受限、手肿痛、皮色改变。中医认为本虚标实是 SHS 病机, 因脏腑失调使得气虚血少, 此为本, 血瘀气滞使得营卫失调, 此为标。中医疗法中的浮刺可让患臂血液循环更为通畅, 肿胀、疼痛可以更快被缓解, 而熏蒸能让中药通过体表直达病灶处, 从而起到消肿、化瘀、止痛之效, 同时辅以康复训练, 让患者上肢功能得到很好的改善, 中医这种康复治疗的效果颇佳, 患者恢复更快, 而且痛感会明显降低, 能有效提升配合度, 会更依从医师, 因此得到了医师、患者的一致青睐<sup>[7-10]</sup>。

经本实验发现: 中医组治疗总有效率 (92.86%) 明显高于常规组 (42.86%) ( $P < 0.05$ ), 该结果与刘会敏<sup>[11]</sup>的实验数据相近, 在她的实验文章中患者接受中医康复治疗手段后, 患者治疗总有效率达 94.7% (36/38), 说明中医康复治疗能有效提升卒中患者肩手综合征的临床治疗效果, 同时也说明本次实验数据的真实性与可靠性; 治疗前, 两组疼痛评分、神经功能评分、日常活动能力评分以及上肢机能评分等指标数据相近, 无统计价值 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 两组疼痛评分、神经功能评分、日常活动能力评分以及上肢机能评分等指标数据均有一定改善, 但中医组改善效果更明显 ( $P < 0.05$ ); 中医组活力、情绪功能、身体功能以及社会关系等维度的数据明显优于常规组 ( $P < 0.05$ )。

综上, 脑卒中后肩手综合征患者应用中医康复治疗的效果较好, 能缓解其肢体疼痛感。调整肢体功能, 改善日常生活能力, 进而提高患者生活质量, 优化治疗效果, 值得推广。

### 参考文献:

- [1] 吴华. 中医针灸结合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征的临床疗效分析[J]. 大医生, 2023, 8(11): 83-85.
- [2] 王娟, 严璐. 中医康复治疗在脑卒中肩手综合征患者中的应用现状[J]. 贵州中医药大学学报, 2022, 44(04): 62-65.
- [3] 刘定芳. 脑卒中后肩手综合征的中医针灸康复治疗效果分析[J]. 人人健康, 2020(14): 309.
- [4] 王振涛. 针灸推拿联合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征的临床疗效观察[J]. 人人健康, 2019(10): 112.
- [5] 鲁翔鹏. 针灸推拿联合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征的临床疗效观察[J]. 人人健康, 2019(02): 102.
- [6] 施加林, 鲁俊玲. 针灸推拿联合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征的临床疗效观察[J]. 湖北中医杂志, 2018, 40(11): 33-35.
- [7] 庄任. 中医康复治疗脑卒中后肩手综合征临床疗效分析[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(09): 111-112.
- [8] 杨珀. 观察康复训练结合针灸治疗脑卒中后肩手综合征 I 期的临床疗效[J]. 中医临床研究, 2018, 10(16): 74-75.
- [9] 倪振英, 李艳, 张磊. 头体针巨刺法结合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征的临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2018, 13(03): 377-380.
- [10] 刘兰花. 中医针灸结合红外线穴位照射及康复训练治疗脑卒中后肩手综合征疗效观察[J]. 双足与保健, 2017, 26(24): 185-187.
- [11] 刘会敏. 康复训练结合针灸治疗脑卒中后肩手综合征 I 期的临床疗效观察[J]. 中国医药指南, 2018, 16(16): 147-148.