

电针治疗 40 例中风偏瘫肩一手综合征临床观察

郭泽新¹ 汪润生¹ 郭小川² 王 燕¹

内容提要 运用电针和毫针刺法分别治疗中风偏瘫肩一手综合征 40 例, 两个疗程后显示电针对手背水肿、手部皮温升高及屈指时手痛的疗效优于毫针刺法($P < 0.05$); 指关节和肩关节功能积分增加 3 分以上(包括 3 分)的疗效电针组分别优于毫针组($P < 0.05$); 总显效率电针组(75%)优于毫针组(50%, $P < 0.05$)。提示电针产生肌肉节律性收缩具有“肩一手泵”样作用, 这对消除手背水肿, 防止手部肌肉萎缩有重要意义。

关键词 电针 中风偏瘫 肩一手综合征 肩一手泵

Clinical Observation on Treatment of 40 Cases of Apoplexy Hemiplegia Complicated Shoulder-Hand Syndrome with Electro-Acupuncture Guo Ze-xin, Wang Run-sheng, Guo Xiao-chuan, et al
Anhui College of TCM, Hefei (230038)

The authors treated 40 cases of shoulder-hand syndrome of apoplexy hemiplegia with electro-acupuncture (EA) and filiform needle acupuncture (FNA) respectively. The results showed that EA had better results in treating hand back swelling, hand skin temperature elevating and the bending finger caused pain than that with FNA ($P < 0.05$). The finger joint and shoulder joint improvement (the functional scoring increased for 3 points or more) in EA was also better than that of FNA ($P < 0.05$). The total marked effective rate was higher in EA group (75%) than that in FNA (50%, $P < 0.05$). It suggested that EA produced rhythmic muscle contraction which had a “shoulder-hand pump” like action, and is significant in eliminating hand back swelling and preventing atrophy of hand muscles.

Key words electro-acupuncture, apoplexy, hemiplegia, Shoulder-hand Syndrome, Shoulder-hand Pump

肩一手综合征是中风偏瘫常见的并发症, 在中风患者中发生率为 12.5%~70.0%。其典型表现是肩痛, 手背水肿, 手部皮温上升, 活动肩和屈指时相应部位疼痛加重, 肿胀消退后手部肌肉萎缩, 直至挛缩畸形^①, 严重影响偏瘫肢体的康复。我们在治疗中风偏瘫时, 对合并有肩一手综合征的患者采用电针疗法, 并设毫针对照组作对比观察, 现报道如下。

临床资料

病例来源于安徽中医学院和合肥钢铁公司职工医院住院和家庭病床患者, 共 80 例。均按 1986 年中华医学会第 2 次全国脑血管病学

术会议第 3 次修订的“各类脑血管病诊断要点”^② 诊断, 全部病例均经 CT 确诊。随机分为电针组和毫针组。

电针组 40 例, 男性 21 例, 女性 19 例; 年龄 52~81 岁, 平均 60.54 岁; 病程 20~150 天, 平均 55.25 天。CT 显示: 脑梗塞 36 例(基底节 27 例, 额、顶叶 6 例, 顶叶 1 例, 多灶性 2 例); 脑出血 4 例(均在基底节); 伴皮质萎缩 6 例。毫针组 40 例, 男性 25 例, 女性 15 例; 年龄 52~77 岁, 平均 55.89 岁; 病程 30~142 天, 平均 53.06 天。CT 显示: 脑梗塞 37 例(基底节 21 例, 额、顶叶 5 例, 顶叶 8 例, 多灶性 3 例); 脑出血 3 例(均在基底节); 伴皮质萎缩 7 例。两组性

1. 安徽中医学院(合肥 230038); 2. 合肥钢铁公司职工医院

别、年龄、病程和病情相当,具有可比性。

治 疗 方 法

1 体位 患者仰卧,于患侧颞窝下垫枕头使膝关节屈曲45°,上肢取伸展位,掌心向上。

2 选穴 两组皆选取患侧穴位:阿是穴(以痛为腧,多位于肩前部),天泉、尺泽、臂中(奇穴)、内关、伏兔、三阴交、太冲。口舌喎斜或言蹇者加风池(双侧),腕指拘急难伸者加大陵、合谷。

3 针法 直刺并反复提插获取深部组织强针感,且下肢的刺激量以引起足背屈曲为度。(1)毫针组:穴位同上(即患侧8个穴位),留针20 min,留针期间行针2次。(2)电针组:选阿是穴一天泉,尺泽一臂中,采用安徽中医学院和安徽经济技术研究所联合研制的PCE-B型多功能电针仪,在这两组穴位加电脉冲(1 Hz),刺激强度以患肢出现节律性肌肉收缩并产生屈肘和屈指运动为度,刺激时间为20 min。

4 疗程 以上两组皆每天治疗1次,30次为1个疗程,每疗程间休息2天,共治疗2个疗程。

结 果

1 临床疗效标准及结果 按照1987年7月全国中医急症工作会议通过的“中风病中医疗效评定标准”^[3],治疗2个疗程后,电针组40例基本痊愈10例(25.0%),显效20例(50.0%),有效9例(22.5%),无效1例(2.5%),总显效率75.0%,总有效率97.5%。毫针组40例基本痊愈6例(15.0%),显效14例(35.0%),有效16例(40.0%),无效4例(10.0%),总显效率50.0%,总有效率90.0%。两组基本痊愈率经卡方检验, $\chi^2=0.70$, $P>0.05$,无显著性差异。两组总显效率经卡方检验, $\chi^2=4.32$, $P<0.05$,提示电针组的总显效率优于毫针组。

2 对肩、指关节功能积分的影响 按照上述疗效评定标准,治疗2个疗程后,肩关节功

能积分:电针组:增加4分9例(22.5%),增加3分22例(55.0%),增加2分7例(17.5%),增加1分2例(5.0%)。毫针组依次为4例(10.0%)、16例(40.0%)、15例(37.5%)及5例(12.5%)。肩关节功能积分增加3分以上(包括3分)电针组、毫针组分别为31例(77.5%)和20例(50.0%),经卡方检验,有显著性差异($\chi^2=5.4$, $P<0.05$)。指关节功能积分:电针组:增加4分4例(10.0%),增加3分20例(50.0%),增加2分10例(25.0%),增加1分5例(12.5%),增加0分1例(2.5%)。毫针组依次为2例(5.0%)、12例(30.0%)、14例(35.0%)、8例(20.0%)及4例(10.0%)。指关节功能积分增加3分以上(包括3分)电针组、毫针组分别为24例(60.0%)和14例(35.0%),经卡方检验有显著性差异($\chi^2=4.06$, $P<0.05$)。提示电针提高肩、指关节功能积分均优于毫针刺法。

3 对主要临床表现的影响

3.1 对手背水肿的影响 电针组治疗前手背水肿40例,治疗后水肿完全消退37例(92.5%)。毫针组治疗前手背水肿40例,治疗后水肿消退28例(70.0%)。两组手背水肿消退率经卡方检验有显著性差异($\chi^2=5.25$, $P<0.05$)。

3.2 对手部皮温的影响 采用天津星光电子医疗仪器厂生产的626-4型半导体温度计分别测定治疗前后中诸穴皮温的变化,电针组治疗前手部皮温升高(1.0~2.2℃)34例,治疗后恢复正常(-0.3~0.5℃)32例(94.1%)。毫针组治疗前手部皮温升高(1.0~2.1℃)32例,治疗后恢复正常(-0.2~0.5℃)22例(68.8%)。两组手部皮温恢复正常率经卡方检验有显著性差异($\chi^2=5.52$, $P<0.05$)。

3.3 对被动屈指时手痛的影响 电针组治疗前被动屈指时手痛40例,治疗后痛止者37例(92.5%)。毫针组治疗前被动屈指时手痛者40例,治疗后痛止者28例(70.0%)。两组痛止率经卡方检验有显著性差异($\chi^2=5.25$, $P<0.05$)。

以上结果提示电针对肩一手综合征手背水肿、手部皮温升高和被动屈指时手痛的疗效优于毫针刺法。电针对肩痛、被动活动肩关节疼痛加重和肩关节半脱位也有一定疗效,但与毫针组比较无统计学意义。

讨 论

中风偏瘫肩一手综合征病因迄今尚未完全明了。多数学者认为与偏瘫后“肩一手泵”机制受损有关。生理“肩一手泵”机制对促进上肢特别是手背部血液回流是至关重要的。因为手部血液回流主要是通过手背面有良好瓣膜的静脉和淋巴管完成的,而且回流的主要动力是肌肉的收缩活动。中风偏瘫和继发的肩痛可使上肢运动功能显著减弱,造成上肢血液回流机制严重受损,引起某种程度的水肿,这在手背部疏松组织表现最为明显。水肿又造成运动功能的进一步受限^[1]。电针具有明显的镇痛作用,已

被大量临床研究所证实,这有利于肩一手综合征患者尽早主动或被动运动,且通过衡定的电脉冲刺激,产生肌肉节律性收缩,对屈指和屈肘运动有“肩一手泵”样作用,促进了手部血液回流,所以电针治疗中风偏瘫肩一手综合征与毫针刺法相比具有良好的消除手背水肿效应($P < 0.05$),其改善上肢肩和指关节功能亦分别优于毫针刺法($P < 0.05$),这对防止手部肌肉萎缩,减少废用手有重要意义。

参 考 文 献

1. 王茂斌,汪立,贾子善,等. 偏瘫的现代评价与治疗. 第1版. 北京: 华夏出版社, 1990: 226, 229.
2. 中华医学会第二次全国脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点. 中华神经精神杂志 1989; 21(1): 60.
3. 王松龄,刘炳林,申宝娜,等. 中西医结合防治急性脑血管病. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 1993: 497.

(收稿: 1995-04-17 修回: 1995-08-18)

中西医结合治疗耳廓烧伤 108 例

杨运伟 刘建军 胡玉珍

我科于1987年10月~1993年3月采用中西医结合的方法治疗耳廓烧伤108例,疗效满意。

临床资料 本组108例中男84例,女24例;年龄1~74岁;烧伤面积3%~92%;根据三度四分法分度标准(杨之骏,等. 烧伤治疗. 第2版. 上海: 上海科学技术出版社, 1985: 14),浅Ⅱ度68例,深Ⅱ度25例,Ⅲ度15例;烧伤后接受治疗时间为6~72h,平均15h。

治疗方法 用中药纱布贴配合艾条(市售)薰耳。中药处方: 大黄0.5kg 地榆炭0.5kg 五倍子0.5kg 赤石脂0.5kg 炉甘石0.5kg 梅片0.1kg 蜂蜡0.5kg 麻油5kg。制作: 将上药共研成细末,蜂蜡置麻油中加温溶解,滤去杂物,待油微冷后将药粉放入,不断搅拌均匀,冷却后即成油膏。涂于纱布,消毒后即可应用。早期彻底清创,水泡低位剪孔引流,清除游离浮皮和坏死组织,中药纱布贴半暴露,痂下积液随时清理引流;艾条薰耳,每日3次,每次15min,外耳道填塞消毒棉,以防渗液流入耳道,睡眠时注意患侧耳廓悬空,避免受压。

结 果 浅Ⅱ度烧伤均于用药后8~10天,平均9天愈合;25例深Ⅱ度烧伤,20例于用药后19~21天,平均20天愈合,5例并发耳软骨炎;15例Ⅲ度烧伤,5例经扩创植皮26~30天,平均28天愈合,10例并发耳软骨炎;15例并发耳软骨炎者经手术清创植皮,术后7~10天愈合,但均有不同程度的耳廓畸形。

讨 论 耳廓裸露,血管少,皮下组织缺乏,耳软骨位置表浅,易受损伤或继发感染并发耳软骨炎,造成耳廓畸形,需再次整形手术。为了减少或防止耳软骨炎发生,我们用中药纱布贴半暴露(具有收湿敛疮、凉血止血、解毒止痛之功效)配合艾条薰耳(具有温经散寒、止血止痛之功效),促进了局部血液循环,降低了毛细血管通透性,减少了创面渗出,起到抑菌、抗菌和消炎作用。我们体会耳软骨炎的预防比治疗更为重要。在处理头面部烧伤时,勿遗漏耳廓烧伤早期处理,彻底清创,平卧或侧卧避免耳廓受压,深度创面尽量保持痂壳完整,减少继发感染,择期扩创植皮。一旦局部出现红肿、疼痛、脓肿宜早期手术,彻底清创植皮。