



· 中西医结合 ·

热敏灸结合 MLDT 对中风后肩手综合征 I 期患者手肿的影响

张娟 (湖南省宁乡市中医医院针灸科康复病区 湖南长沙 410600)

摘要: **目的** 观察热敏灸结合 MLDT 对中风后肩手综合征患者手肿的影响。**方法** 将 60 例患者随机分为 2 组, 治疗组 30 例, 对照组 30 例。2 组均根据病情给予控制血压等药物治疗, 对照组在此基础上采取热敏灸结合常规康复训练, 治疗组在此基础上采取热敏灸结合 MLDT 技术, 治疗疗程为 3 个月, 治疗后观察 2 组患者手肿胀情况以及日常生活活动能力的改善。**结果** 两组患者治疗后患手肿胀的程度均比治疗之前明显降低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 两组之间比较, 治疗组手肿胀恢复较对照组明显 ($P < 0.05$); 差异有非常显著性意义。比较治疗前两组 Barthel 指数积分, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组治疗后 Barthel 指数积分均有提高, 治疗前后比较差异均有统计学意义 (均 $P < 0.01$), 治疗组 Barthel 指数积分的改善优于对照组 ($P < 0.01$)。**结论** 热敏灸结合 MLDT 技术可以较好地改善中风后肩手综合征患者的手肿胀程度, 且疗效较热敏灸结合常规康复训练治疗更佳。

关键词: 热敏灸 MLDT 肩手综合征**中图分类号:** R246.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 02-192-02

肩手综合征是中风后患者比较常见的并发症, 多发生于疾病恢复期, 临床主要表现为患侧的手肿, 肩关节出现胀痛以及活动障碍, 极大地影响了患者的康复治疗进程^[1]。如果没有经过系统地综合治疗, 将会严重影响患者的日常生活能力。本课题组观察热敏灸结合 MLDT 技术对中风后肩手综合征手肿胀的程度的影响, 现将本课题组研究结果汇报如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

在 2017 年 2 月-2017 年 11 月期间, 选取在我院针灸科康复病区门诊及住院治疗的中风后肩手综合征患者 60 例。其中男 31 例, 女 29 例, 年龄 40-79 岁, 平均年龄 64.1 ± 2.9 岁, 随机将上述病例分为治疗组 (30 例) 和对照组 (30 例)。在性别、年龄和病程等方面, 两组患者比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性 (详见表 1)。

表 1: 两组一般资料比较 (例)

分组	例数	年龄 (岁)	病程	性别	
				男	女
对照组	30	64.2 ± 2.91	30.45 ± 6.14	16	14
治疗组	30	64.1 ± 2.87	31.50 ± 5.66	15	15

1.2 诊断标准

中风后肩手综合征的分期诊断标准^[2]参照 1995 年全国第四届脑血管病学术会议通过的标准进行诊断。肩手综合征 I 期: 肩部表现出自发的疼痛, 部分活动后疼痛明显加重, 手部出现肿胀, 运动功能障碍, 患侧手的皮温升高明显, 有时汗出较多; 掌指关节僵直, 大多有压痛, 手指呈屈曲内收; 近端的指间关节出现肿大, 活动受限; 远端的指间关节呈现伸直状, 被动活动因疼痛而受限。肩及手部的 X 线片检查可见局部的骨质脱钙。

1.3 纳入标准

①患者血压、体温等指标平稳者; ②符合中风后肩手综合征 I 期患者的临床诊断标准者; ③年龄在 40-79 岁之间者; ④了解并接受本研究课题的治疗方案, 并且愿意签署知情同意书; ⑤中风病程处于恢复期, 为第一次发病。

1.4 治疗方法

两组患者均予以控制血压、改善循环等对症支持治疗。

对照组处理: (1) 热敏灸治疗: 整个治疗过程遵循探感定位, 辨敏施灸, 量因人异, 敏消量足的十六字原则。(2) 具体操作方法: 用点燃后的艾条在选取的热敏点距离皮肤 3cm 处依次进行穴位的悬灸, 采用温和灸来激发出经气, 通经活络, 等候病人自己感觉到热感透到了深部, 并且沿着经络向周边及远端扩散, 每次灸量以热敏点的敏感消失为宜, 一般大约 30 分钟左右; (2) 常规康复训练主要为运动治疗, 包括良肢位的摆放、关节松动训练、患侧的被动活动、肌力的训练、冷热水交替浸泡、手指向心缠绕、手法点穴等。每天治疗 1 次, 连续

治疗 5 天/每周, 治疗后休息 2 天, 共观察治疗 12 周。

治疗组处理: 热敏灸治疗同前。MLDT (徒手淋巴引流技术) 操作: 肩与上肢放松, 用操作者手掌的大鱼际或全掌放在患者的施术部位向下垂直压, 向下的压力要柔和均匀, 并且方向向淋巴结的方向用力, 以施术者的肩关节作为患者支点, 上臂垂直依靠重力, 以带动前臂和手掌在治疗部位进行具有方向性的移动, 动作要连续具有节奏感, 保持平和自然地呼吸。

MLDT 注意事项: 注意操作的方向, 要顺着淋巴回流的方向施力, 以免出现炎症反应加重, 更加疼痛; 操作中与病人进行及时有效的沟通, 从而有利于患者的主动配合。每天治疗 1 次, 每次约 30 分钟, 连续治疗 5 天/每周, 治疗后休息 2 天, 共观察治疗 12 周。

1.3 观察方法

所有患者均于治疗前及治疗后对患手肿胀程度以及改 Barthel 指数进行评定。

1.5 统计学方法

计量资料以均数 \pm 标准 ($\bar{x} \pm s$) 差表示, 组间比较采用均数 t 检验; 自身比较用配对 t 检验, 计数资料采用卡方检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义, 应用 SPSS 16.0 统计软件。

2 结果

2.1 两组治疗前后肿胀程度的变化

两组手肿胀程度评分治疗前没有统计学意义 ($P > 0.05$)。两组手肿胀程度治疗后均较治疗前的评分有下降, 差异有统计学意义 (均 $P < 0.01$), 且患肢肿胀程度治疗组的改善优于对照组 ($P < 0.01$)。(见表 2)

表 2: 治疗前后两组中风后肩手综合征手肿胀患者手肿胀程度评分比 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

分组	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	30.08 ± 2.13	10.39 ± 1.89 ab
对照组	30	29.11 ± 2.12	15.58 ± 1.01 a

注: 与治疗前比较, $aP < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $bP < 0.01$ 。

2.2 两组治疗前后 Barthel 指数变化

两组 Barthel 指数评分治疗前比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组 Barthel 指数积分治疗后均得到了提高, 治疗前后比较差异均有统计学意义 (均 $P < 0.01$), Barthel 指数积分的改善治疗组优于对照组 ($P < 0.01$)。(见表 3)

表 3: 两组 Barthel 指数变化比较 ($\bar{x} \pm s$, 个)

分组	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	33.08 ± 11.51	55.39 ± 11.89 ab
对照组	30	32.86 ± 10.12	44.58 ± 10.01 a

注: 与治疗前比较, $aP < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $bP < 0.01$ 。

(下转第 195 页)



发率较低,不需要任何抗生素,最关键此种诊疗方法不会出现瘢痕。

2.2 三组患者治疗时长相较

A组患者电离子烧灼时长较短,B组患者的手术治疗治疗时长也较短,C组患者的治疗时长相对较长,三组之间存在较大差异($P < 0.05$,如表2所示)。

组别	n	治疗时长 min	恢复时长 d
A组	15	23.91±11.88	5.38±2.83
B组	18	24.21±12.16	6.91±2.57
C组	27	4.03±1.87	9.85±4.73
t	-	8.962	6.829
p	-	$P < 0.05$	$P < 0.05$

3 讨论

眼睑黄色瘤是细胞的异常增生所导致的,属于脂质的新陈代谢性皮肤病,经常出现在中老年人,此种病情的主要特征就是上眼睑的内眦处发生橘黄色针头大或者豆状的丘疹,边缘性比较凸显,会高出人脸平面。通过近代医学研究发现^[2]由于血液中的胆固醇长期增高,胆固醇过盛,从而使得丰富质地柔软的眼睑出现皮肤新陈代谢情况,此种病情也与遗传相关。对于此种病情的诊疗除去外用的药物无效之外,使用电解、电离子烧灼、传统手术切除以及壮医药线点灸方法进行此种病情的治疗,每一种诊疗方法都存在有利有弊的现象。而壮医药线点灸治疗主要被用于外治,经由患者的脉络传导,该药的治疗成效触及患者皮肤温热部分产生局部的热刺激,调整患者机体促进气血畅通,对患者的体内龙路、火路等穴位进行疏气调理,将患者的体内毒素尽快的排除,从而达到了有效的舒血通气的同时也达到了药物的治疗目的。

在本次研究结果表明多功能电离子手术治疗的原理是:在金属触头靠近人体病灶时,利用触头周围与人体组织间的极小间隙形成的极高的电场强度使气体分子电离,产生高频等离子火焰,瞬间产生2000多摄氏度的高温使组织凝固、炭化、气化而消失,同时由于气化层下还有薄薄的凝固层,可阻止出血保护表层组织,使伤口迅速愈合。电灼烧手术的特点是简便易行、快捷,每次10min左右即可完成,减少

患者对治疗的恐惧,又可减少手术出血,降低手术难度,术后无需换药,也无需用抗生素,即使有部分复发也可再次手术,效果也比较理想;对于瘤体较大的患者需行多次治疗,以免较大面积的皮肤缺损,机体修复失代偿,引起疤痕愈合。同时也需防止过深的烧灼导致术后瘢痕,对于手术治疗的,医生根据瘤体大小考虑行单纯病灶区切除,周围皮肤皮下分离减张后缝合或联合上睑皮肤松弛矫正术对黄色瘤和眼睑皮肤松弛采用联合手术,使眼睑皮肤张力得到均匀分布,创伤小,一次性完成手术,术后恢复快、外观自然。对黄色瘤较大者手术切除术中注意勿深以免伤及提上睑肌^[3]。A组患者电离子烧灼手术时长相较B组整体相对较短,C组患者的手术时长却最长。壮医药线点灸的方法手术时长较短,可以在有限时间内取得有效的治疗成效。A组的电离子烧灼诊疗手段使用之后病发率较高,与此同时,此种方法还会造成脸部出现瘢痕;B组传统手术切割方法通常用于发病时间较长,并且瘤体过大的现象;使用手术治疗也极易出现术后复发的情况。C组通过壮医药线点灸的诊疗方法可以通过外治的诊疗手段,在人体穴位上进行外部刺激,从而疏通经络,能够增强人体抗病能力的同时,还能够点灸之后不会出现瘢痕现象。有学者统计^[3]此种方法可以治疗除眼睑黄色瘤之外的多种疾病。据相关报道^{[4]-[5]},壮医药线点灸极具操作性,简单性价比高,用时较短,疗效也好,复发率极低,不会留有瘢痕,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 邓林,陈平,刘必来,等.手术切除联合CO₂电离子治疗眼睑黄色瘤的美容效果观察[J].中国美容医学,2016,25(11):50-52.
- [2] 林柳燕,郝小波.壮医药线为主治疗眼病的特色与体会[J].中医外治杂志,2013,22(1):63-64.
- [3] 徐为海.手术切除与电离子综合治疗仪治疗眼睑黄色瘤的术后满意度分析[J].临床眼科杂志,2011,19(6):564-565.
- [4] 袁进学,宋世君.眼睑黄色瘤54例治疗效果观察[J].宁夏医科大学学报,2013,35(5):587-588.
- [5] 刘红.眼睑黄色瘤患者术后口服伐他汀的临床观察[J].医药论坛杂志,2012(2):64-66.

(上接第192页)

3 讨论

现代研究认为^[3],肩手综合征的发生主要是因为交感神经系统功能出现障碍所致,从而进一步的增强了患侧肢体的交感神经的兴奋性和其血管的痉挛反应,局部的组织进而出现了营养的障碍,从而引起中风后患侧手部出现肿胀。因此,中风后肩手综合征患者的手肿胀是较为常见的症状,如果失治误治,极易出现上肢的肌肉萎缩,关节挛缩,从而造成手的废用。因此早期有效消除患手的肿胀对于手功能的恢复有着积极的作用。目前,针对卒中后肩手综合征,现代医学尚没有特效的治疗办法,临床一般采用非甾体类消炎药,甚至激素等药物治疗。但由于药物副作用明显,并且临床注意事项以及禁忌证较多,限制了其临床应用热敏灸治疗肩手综合征,疗效已得到临床研究所证实。徒手淋巴引流技术(MLDT)是基于淋巴系统的解剖结构,在患者皮肤上沿着淋巴回流的方向发力的一种轻微的手法治疗技术。这种技术特点是用轻,直接作用于淋巴循环障碍的组织,增加血液动力学,从而增加淋巴管与淋巴结的重吸收功能,有利于血液和淋巴液的回流,

达到消除肿胀的目的。徒手淋巴引流康复治疗中风后肩手综合征手肿胀,不仅可以最大限度的减少肿胀,而且可以尽可能的提高患者日常生活能力及肢体功能活动,使得患者更好的回归家庭,并最终回归社会。本研究结果证实:热敏灸结合MLDT治疗组治疗后Barthel指数积分的改善、肿胀程度的减退优于对照组($P < 0.01$)。

在本次研究中发现热敏灸结合MLDT对中风后肩手综合征患者的治疗可以较好的缓解中风后肩手综合征患者手部肿胀程度,并且在卒中后肩手综合征患者日常生活自理能力的改善方面优于对照组,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 薛立文,李群,孙敬青.透刺配合电针治疗中风后肩手综合征的临床观察[J].中国针灸,2007,27(7):491-493.
- [2] 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.
- [3] 杨代和.卒中后肩-手综合征治疗相关研究的进展[J].现代中西医结合杂志,2008,17(1):150-151.

(上接第193页)

能够起到良好的治疗效果,还能够有效改善患者的血糖水平,有利于促进患者的恢复,具有良好的临床推广价值。

参考文献

- [1] 宋君,何关义.参芪方剂加减治疗2型糖尿病大血管病变临床研究[J].内蒙古中医药,2014,(18):4-5.
- [2] 高斌,白淑英,李淑华,等.参芪汤对糖尿病大鼠视网膜血管形态改变的作用[J].中国中医药科技,2006,(3):159-160.

[3] 臧东静.基于结构化中医医院病历数据的老年糖尿病病证结合诊疗规律探讨[D].中国中医科学院,2014.

[4] 魏旭东.参芪复方加减对2型糖尿病大血管病变患者CRP、TNF- α 影响的临床研究[D].成都中医药大学,2013.

[5] 孙朦朦.基于糖尿病结构化中医医院病历数据的糖尿病周围神经病变病证结合诊疗规律探讨[D].中国中医科学院,2013.

[6] 袁静.基于结构化中医医院病历数据的糖尿病下肢动脉硬化闭塞症病证结合诊疗规律探讨[D].中国中医科学院,2015.