

# 针刺 + 康复技术治疗中风后肩关节半脱位的效果分析

李 维

云南省第三人民医院 云南昆明 650000

**〔摘要〕** 目的 探讨针刺+康复技术治疗中风后肩关节半脱位的效果。方法 选取我院 2018 年 5 月—2019 年 6 月在我院就诊的 65 例中风后肩关节半脱位患者作为调查对象,运用随机抽签法将其分为观察组和对照组,对照组 32 例患者进行康复治疗,观察组 33 例患者进行针刺+康复技术治疗,观察两组的临床效果。结果 治疗后,观察组的疼痛评分为(18.15±4.32),对照组的疼痛评分为(25.34±2.16),对照组肩关节活动功能评分为(14.23±1.87),观察组的疼痛评分低于对照组( $P<0.05$ );观察组的肩关节活动功能评分为(20.15±2.45),观察组肩关节活动程度高于对照组( $P<0.05$ )。结论 针刺+康复技术治疗中风后肩关节半脱位的效果十分显著,值得临床应用和推广。

**〔关键词〕** 中风; 肩关节半脱位; 针刺+康复技术治疗

**〔中图分类号〕** R274.9 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2019) 08-087-02

中风具有较高的死亡率和致残率。肩关节半脱位在中风患者的高达 80% 以上的人数,肩关节半脱位成为中风患者常发的并发症之一,对患者的上肢康复形成阻碍,严重影响了患者的生活质量。其临床表现为,患者上肢偏瘫侧部位活动困难,功能受到限制,不能进行自主生活,使患者产生费用综合征。对患者的生活健康造成危害,若不及时治疗,会对患者的生命造成危害<sup>[1]</sup>。为了提高对给症状的治疗效果,本文通过分析针刺+康复技术治疗中风后肩关节半脱位的效果,现将结果报道如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取我院 2018 年 5 月—2019 年 6 月在我院就诊的 65 例中风后肩关节半脱位患者作为调查对象,运用随机抽签法将其分为观察组和对照组,对照组 32 例患者进行康复治疗,观察组 33 例患者进行针刺+康复技术治疗;观察组男 17 例,女 16 例,年龄 44~68 岁,平均年龄为(55.2±8.9)岁,左侧偏瘫有 8 例,右侧偏瘫有 7 例,脑出血和脑梗死分别有 9 例,其病程在 1~6 月,平均病程为(2.9±1.7)个月;对照组男女各 16 例,年龄 45~69 岁,平均年龄为(56.2±7.8)岁,左侧偏瘫有 9 例,右侧偏瘫有 10 例,脑出血有 5 例和脑梗死有 8 例,其病程在 2~7 月,平均病程为(3.8±1.6)个月;两组患者在年龄、性别、病例和病程上均无明显差异( $P>0.05$ )。

### 1.2 方法

对照组进行康复治疗,医务人员要保持患者在床上的体位,首先要保持患者痉挛体位,患者在平卧时,为防患者肩部悬空,在患者的背部和肩部进行垫上垫子,是患者的肢体不能下坠,要对患者的肩胛骨进行活动,鼓励患者进行耸肩运动,让患者的肩关节进行伸曲,每天进行 30 分钟,一个月为一疗程<sup>[2]</sup>。另外,对患者进行被动伸展运动,医生要用手固定患者的肱骨近端,另一手固定腕关节,使患者肩关节外旋,其旋转范围在 90° 以内。也可以对患者进行肩关节控制训练,让患者坐在治疗台上,使其双手放在球上不动,医生帮助患者进行调整姿势,让患者的胛骨外展,上肢进行前伸,双肩平行,保持 10 秒。医生要与患者进行交流,吸引患者的注意力,若患者控制困难时,医生可帮助患者进行固定。

对观察组进行针刺+康复技术治疗,在对照组的基础

上对患者进行针刺,对患者头针采用分区丛刺长留针间断行针法。对患者头部进行取穴。运用于氏头部腧穴分区法对患者进行取穴,头针行刺后,对患者进行体针。其用针规格为 0.40mm×50mm 毫针,医务人员要对其进行消毒,使患者的皮肤和针体夹角成 15°,深入 40mm 到帽状腱膜。然后进行捻转,速度为每分钟 200 次,每根针捻转 1 分钟,留针 6 小时。之后在进行 30 分钟捻转一次的速度,两次后,进行 2 小时捻转一次,出针后结束。体针则需要医务人员对患者的肩关节附近的穴位进行针刺,医务人员要采用平补平泻法,每次行针 10 分钟,留针 20 分钟。

### 1.3 观察指标

观察两组治疗前后疼痛制度评分,分值越高则疼痛度越强。观察两组肩关节活动功能评分,评分越高,则活动性越强。

### 1.4 统计学方法

统计分析资料一般运用 PSS23.0 统计学软件处理数据。数值变量数据采用( $\bar{x}\pm s$ )表示,采取 t 检验;无序分类数据以百分比率(%)表示,采取 $\chi^2$ 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组疼痛程度进行对比

观察组的疼痛评分低于对照组( $P<0.05$ )。如表 1:

**表 1: 两组治疗前后疼痛制度评分对比( $\bar{x}\pm s$ , 分)**

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	33	32.12±5.68	18.15±4.32
对照组	32	32.14±5.26	25.34±2.16
t		0.015	6.009
P		0.494	0.000

### 2.2 对比两组肩关节活动功能程度

治疗后,观察组的肩关节活动功能评分为(20.15±2.45)分,对照组肩关节活动功能评分为(14.23±1.87)分,观察组肩关节活动程度高于对照组( $t=10.926$ , $P<0.05$ )。

## 3 讨论

针刺+康复技术治疗是一种有效的方法,受到广大医务人员的认可,成为大多数中风后肩关节半脱患者治疗的首选方法。将针刺与康复技术相结合,能够有效的提高患者的治

(下转第 89 页)

表 3: 两组干预前后尿酸 (UA) 及 C 反应蛋白 (CRP) 指标变化情况比较

组别	例数	CRP (mg/L)		UA (umol/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	29.85±14.85	20.35±2.25	513.65±105.35	490.25±55.50
研究组	40	30.20±15.60	15.75±1.75	520.45±122.15	412.65±83.40
t		1.7823	4.8923	1.8923	12.892
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

急性痛风性关节炎属于因为机体长期嘌呤代谢以及尿酸排泄障碍而导致的疾病类型。如果患者没有得到及时有效的治疗,将形成高尿酸血症以及急性关节炎,难以痊愈,且反复发作,进而形成痛风石沉积,造成慢性关节炎以及关节畸形。严重情况下,将并发肾衰竭以及动脉粥样硬化等严重疾病,导致患者冠心病脑血管意外发生率明显上升<sup>[3]</sup>。本研究中,研究组接受中药口服及外敷治疗。所选用的口服通舒方,具有清热利湿、活血止痛之功效。组方中,黄柏可燥湿清热,苍术可健脾燥湿;威灵仙可祛风湿、通经络,镇痛抗炎;独活可祛风胜湿;土茯苓可解毒除湿、通利关节;络石藤可凉血消肿,抑制酶黄嘌呤氧化酶;山慈姑可清热解毒;薏苡仁可健脾清热、镇痛降温;车前子可清热利尿;丹参可活血通经、清心止痛;川牛膝可补肝肾、强筋骨。诸药合用,可清热利湿、活血止痛<sup>[4]</sup>。所选用的外敷组方中,大黄和黄板,可去热通下,清热解毒,消除肿痛;姜黄可散风活血,止痛;天花粉可清热消肿;冰片和薄荷可刺激皮肤,清凉局部,消炎止痛。诸药合剂,可调整血脉。在执行上述治疗方案中,患者需禁止摄入内脏、海鲜、豆制品以及啤酒等高嘌呤类食物,加强锻炼,控制食量<sup>[5]</sup>。本研究中,对照组均接受美洛昔康片治疗,研究组均接受中药治疗。研究组总有效率明显超过对照组。

两组干预后疼痛评分及尿酸、红细胞沉降率及 C 反应蛋白指标均明显下降,研究组显著低于对照组。两组治疗期间均未发生血、尿、便常规以及肝肾功异常。这证明了针对急性痛风性关节炎患者应用中药治疗,的科学性有效性和安全性。该方法具有极大的推广应用价值。

[参考文献]

[1] 梁建亮,余俊文,郑宝林,等. 伤科黄水治疗急性痛风性关节炎的疗效及安全性评估 [J]. 中国中医急症, 2019, 28(01):122-124.  
 [2] 黄晓璐. 秋水仙碱片内服联合氟比洛芬巴布膏外敷治疗急性痛风性关节炎的临床疗效及安全性 [J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(36):29-30.  
 [3] 孙欣健. 退癍消肿汤联合洛索洛芬钠片治疗急性痛风性关节炎的临床疗效及安全性 [J]. 中医临床研究, 2018, 10(33):74-75.  
 [4] 袁乐平. 中药治疗急性痛风性关节炎的临床疗效及安全性 [J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(18):109-110.  
 [5] 招淑珠,郭紫石,于清宏,等. 地塞米松棕榈酸酯注射液治疗急性痛风性关节炎的临床疗效和安全性研究 [J]. 新医学, 2018, 49(11):821-827.

(上接第 86 页)

以在小便不利、失眠、肩背酸痛、心悸、痰多咳嗽等症治疗中发挥着重要作用。甘草性平、味甘,对咳嗽气喘、脾胃虚弱、中气不足等症有着良好疗效,现代药理学发现其成分中含有三萜类化合物甘草酸、黄酮类化合物甘草黄酮,以及盐皮质激素样、糖皮质激素样,所有有着抗炎作用<sup>[3]</sup>。诸药合用补而不峻、温而不燥。

此次研究中,加用四君子汤的试验组,与仅进行常规内科治疗的常规组相比较治疗有效率更高,分别为 94.59% 和 78.38%,复发率更低,分别为 5.41% 和 24.32%,差异呈统计学意义 (P < 0.05)。另外,两组患者不良反应率无明显差异,试验组为 8.11%,常规组为 10.81%,无统计学意义 (P > 0.05)。由此可见,四君子汤的应用对脾胃气虚证有着良好

的疗效,能有效改善食欲消减、排便困难、精神萎靡、气短体乏等症状,促进机体恢复,同时还能降低复发率,不会增加用药不良反应。

总而言之,中医内科疾病脾胃气虚证患者应用四君子汤治疗效果显著,不仅能快速改善病症,还能减少复发,确保用药安全性,临床值得大范围推广应用。

[参考文献]

[1] 齐农科,王红卫. 四君子汤治疗脾胃气虚证的疗效探究 [J]. 中国实用医药, 2017, 12(15):90-91.  
 [2] 龚诚. 四君子汤联合西药治疗脾胃气虚证 78 例临床观察 [J]. 云南中医中药杂志, 2017, 38(4):56-57.  
 [3] 梁华,王燕,李奇玮,等. 四君子汤补脾益气的主要有效成分与系统生物学刍议 [J]. 中医药学报, 2017, 45(6):96-99.

(上接第 87 页)

疗效果。另外,针刺+康复技术治疗能够提高患者的生活质量,对患者的康复有着巨大的帮助,能够减少患者异常情况的法身个,降低患者并发症的发生率<sup>[3]</sup>。

通过本次调查,发现观察组的疼痛评分低于对照组 (P<0.05),这使源于针刺+康复技术治疗能够有效的对中风后肩关节半脱位患者进行治疗,中国两种治疗方法的结合,提高患者的疗效,增加患者的治疗效果,最终降低患者的疼痛感。观察组肩关节活动程度高于对照组 (P<0.05),这主要源于针刺+康复技术治疗通过特有的真此方法,提高患者

的回复速度,让患者肩关节能够快速恢复并正常运动。

综上所述,针刺+康复技术治疗中风后肩关节半脱位的效果十分显著,值得临床应用和推广。

[参考文献]

[1] 李新华. 针刺联合康复技术治疗中风后肩关节半脱位的临床研究 [J]. 中外医学研究, 2015, 13(36):9-12.  
 [2] 韦继流,邓良军. 针刺结合康复技术治疗中风偏瘫 42 例 [J]. 中国民族民间医药, 2016, 25(20):87-88.  
 [3] 周英玲. 针刺疗法配合康复运动治疗中风偏瘫后肩关节痛与功能障碍的临床体会 [J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(15):128-128.