

温经通络散联合作业疗法治疗脑卒中后肩痛临床研究

韩作献

浙江中医药大学附属金华中医院康复治疗部, 浙江 金华 321000

〔摘要〕 目的: 观察温经通络散联合作业疗法治疗脑卒中后肩痛的临床疗效。方法: 回顾性分析 62 例脑卒中后肩痛患者资料, 根据不同治疗方式将其分为对照组与观察组各 31 例。对照组给予作业疗法干预, 观察组在对照组基础上加用温经通络散治疗。比较 2 组临床疗效、不良反应发生率, 以及治疗前后中医证候评分、疼痛视觉模拟评分法 (VAS) 评分、Fugl-Meyer 运动功能评定量表 (FMA) 评分、改良 Barthel 指数 (MBI) 评分、肩关节活动度。结果: 观察组总有效率为 93.54%, 对照组为 80.64%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组肩痛、半身不遂、神识昏蒙、气短乏力、肢体瘫软、舌淡暗等中医证候评分均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 且观察组各项中医证候评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组疼痛 VAS 评分较治疗前降低, FMA、MBI 评分均较治疗前升高 ($P < 0.05$), 且观察组上述 3 项评分改善均优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组肩关节前屈、后伸、外展、内旋、外旋活动度均较治疗前增大 ($P < 0.05$), 且观察组上述各项肩关节活动度均大于对照组 ($P < 0.05$)。观察组不良反应发生率为 6.45%, 对照组为 19.35%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 温经通络散联合作业疗法治疗脑卒中后肩痛可提高疗效, 有利于减轻疼痛, 改善中医证候、上肢运动功能及肩关节功能, 提高患者日常生活能力, 减少不良反应。

〔关键词〕 脑卒中; 肩痛; 温经通络散; 作业疗法; Fugl-Meyer 运动功能评定量表

〔中图分类号〕 R743.3 **〔文献标志码〕** A **〔文章编号〕** 0256-7415 (2023) 12-0030-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2023.12.007

Clinical Study on Wenjing Tongluo Powder Combined with Occupational Therapy for Shoulder Pain After Stroke

HAN Zuoxian

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of Wenjing Tongluo Powder combined with occupational therapy for shoulder pain after stroke. **Methods:** The data of 62 cases of patients with shoulder pain after stroke were given retrospective analysis and divided into the control group and the observation group according to different treatment methods, with 31 cases in each group. The control group was intervened with occupational therapy, and the observation group was additionally treated with Wenjing Tongluo Powder based on the treatment of the control group. The traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, Visual Analogue Scale (VAS) scores, Fugl-Meyer Assessment (FMA) scores, Modified Barthel Index (MBI) and shoulder joint mobility before and after treatment, and the clinical effects and incidence of adverse reactions were compared between the two groups. **Results:** The total effective rate was 93.54% in the observation group and 80.64% in the control group, the difference being significant ($P < 0.05$). After treatment, the TCM syndrome scores including shoulder pain, hemiplegia, mental confusion,

〔收稿日期〕 2022-04-07

〔修回日期〕 2023-02-23

〔作者简介〕 韩作献 (1984-), 男, 主管技师, E-mail: Mmw3297@163.com。

short breath and fatigue, limb paralysis, and pale and dingy tongue in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the TCM syndrome scores in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, VAS scores in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), the scores of FMA and MBI were increased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the improvement of the above three scores in the observation group were better than that in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the shoulder joint mobility including anteflexion, posterior extension, abduction, inward rotation, and outward rotation in the two groups was increased when compared with that before treatment ($P < 0.05$), and the above shoulder joint mobility in the observation group was larger than that in the control group ($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions was 6.45% in the observation group and 19.35% in the control group, the difference being significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** Wenjing Tongluo Powder combined with occupational therapy for shoulder pain after stroke can improve the curative effect and help to relieve pain, improve TCM syndromes, upper limb motor function, shoulder joint function, and abilities of daily living, and reduce adverse reactions.

Keywords: Stroke; Shoulder pain; Wenjing Tongluo Powder; Occupational therapy; Fugl–Meyer Assessment

脑卒中为神经内科常见疾病,而肩痛为脑卒中后常见并发症,发生率达16%~72%,临床表现为肩痛、肢体麻木、烧灼样疼痛、肩关节活动受限等,易使患者出现情绪障碍,影响脑卒中康复进程,失于治疗易导致残疾^[1]。临床治疗本病以康复训练为主,以减轻疼痛、肿胀,恢复肩关节活动度。作业疗法通过针对性作业活动,对功能障碍患者行训练,促使其生活、劳动能力恢复^[2]。中医学认为,脑卒中后肩痛归属于中风偏枯、经筋病等范畴,多辨证为风阳挟痰、瘀阻脑窍证;其发病多因机体气血阴阳失调,正气不足,致肌肤、筋脉、关节失养,引起半身不遂等症状。既往研究表明,温经通络汤治疗中风后偏瘫、肩痛可取得较好疗效^[3]。本研究回顾性分析了温经通络散联合作业疗法治疗脑卒中后肩痛的临床疗效,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 脑卒中参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[4]中相关诊断标准。脑出血:体力活动或情绪激动时发病;伴反复呕吐、头痛、血压升高;病情进展迅速,常出现意识障碍、偏瘫等神经系统症状。脑梗死:多数无前驱症状,急骤发病;意识清楚或短暂性意识障碍;颈动脉和(或)椎-基底动脉系

统症状。脑卒中后肩痛参照《脑卒中的康复医疗》中相关诊断标准。症见偏瘫后患侧肩关节疼痛,主动、被动活动时疼痛。

1.2 辨证标准 符合《中风病诊断和疗效评定标准(试行)》^[5]中中风、肩痹气虚血瘀型辨证标准。主症:肩痛,半身不遂,神识昏蒙;次症:气短乏力,肢体瘫软,眩晕耳鸣;舌脉:舌质淡暗、苔薄白,脉弦紧。

1.3 纳入标准 符合脑卒中后肩痛的诊断标准及气虚血瘀型辨证标准;单侧肩部疼痛;病程0.5~6个月。

1.4 排除标准 存在意识障碍、严重认知障碍者;完全性失语,或听力障碍者;合并心肌梗死、严重肺功能不全、肝肾功能障碍者;一般情况较差,无法耐受本方案治疗者;依从性差,患者或其家属不愿配合治疗者。

1.5 一般资料 回顾性分析2019年10月—2021年10月浙江中医药大学附属金华中医院收治的62例脑卒中后肩痛临床资料,根据不同治疗方式分为对照组与观察组各31例。对照组男19例,女12例;年龄45~73岁,平均(55.13±5.35)岁;肩痛病程2~5个月,平均(2.64±0.54)个月;病变类型:脑出血13例,脑梗死18例。观察组男18例,女13例;

年龄 45~74 岁, 平均(55.16±5.36)岁; 肩痛病程 2~6 个月, 平均(2.63±0.53)个月; 病变类型: 脑出血 12 例, 脑梗死 19 例。2 组一般资料比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予作业疗法治疗。根据患者运动功能障碍水平制定, 确保其能耐受疼痛。局部按揉患肩, 放松肩胛骨; 缓慢行肩关节屈曲, 患侧上肢上举、水平外展, 肘关节屈曲、伸展, 腕关节背伸的被动、主动辅助运动。治疗活动包括擦拭训练、上肢套圈训练、滚筒训练。每天治疗 30 min, 10 d 为 1 个疗程, 共治疗 4 个疗程。

2.2 观察组 在对照组基础上加用温经通络散热敷治疗。处方: 伸筋草 50 g, 艾叶、紫苏叶各 40 g, 枳壳、海桐皮、独活、花椒、白芷各 20 g。将上药加入 2 000 mL 沸水中浸泡 30 min, 水温降低至 40℃~50℃, 热敷肩关节 30 min, 每天 3 次, 10 d 为 1 个疗程, 共治疗 4 个疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②中医证候评分。参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]中标准, 对肩痛、半身不遂、神识昏蒙、气短乏力、肢体瘫软、舌淡暗等症状按无、轻度、中度、重度分别计 0、1、2、3 分, 分数越高症状越严重。③疼痛评分。采用视觉模拟评分法(VAS)评估患肩疼痛程度, 选取长约 10 cm、标有 10 个刻度的游动标尺, 两端分别为 0 分和 10 分, 其中 0 分为无痛, 1~3 分为轻度但不影响生活, 4~6 分为中度, 7~10 分为重度且影响生活^[7]。④运动功能评分。采用 Fugl-Meyer 运动功能评定量表(FMA)^[8]评估上肢运动功能, 包括反射活动、屈伸肌协同、手指活动、腕稳定性、协调能力、速度等 33 项, 总分 66 分, 分数越高上肢运动功能越好。⑤日常生活活动能力评分。采用改良 Barthel 指数(MBI)^[9]评估日常生活活动能力, 包括修饰、穿衣、进食、床椅转移、上下楼梯、平地行走等 10 项, 总分 100 分, 分数越高日常生活活动能力越强。⑥肩关节活动度。采用角度尺测量肩关节前屈、后伸、外展、内旋、外旋活动度。⑦不良反应发生率。包括恶心、皮肤过敏、烫伤、肝肾功能异常等发生情况。

3.2 统计学方法 采用 SPSS24.0 统计学软件分析所

有数据。性别、病变类型、临床疗效、不良反应发生率等计数资料以百分比(%)描述, 采用四格表 χ^2 检验; 年龄、病程、中医证候、疼痛程度、运动功能、生活能力、肩关节活动度等计量资料符合正态分布者以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示, 采用两独立样本 t 检验或配对 t 检验。双侧检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 提示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中风病诊断与疗效评定标准》^[5]和《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]中相关标准拟定。痊愈: 肩痛等症状消失, 可进行日常肩部活动, 中医证候评分减少 $\geq 90\%$; 显效: 肩痛等症状、体征明显改善, 肩关节活动不受限, 中医证候评分减少 70%~89%; 有效: 肩痛等症状减轻, 肩关节活动受限范围减少, 中医证候评分减少 30%~69%; 无效: 肩痛等症状无改善甚至加重, 中医证候积分减少 $<30\%$ 。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。观察组总有效率为 93.54%, 对照组为 80.64%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较						例(%)
组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	31	7(22.58)	12(38.70)	6(19.35)	6(19.35)	25(80.64)
观察组	31	14(45.16)	9(29.03)	6(19.35)	2(6.45)	29(93.54) ^①

注: ①与对照组比较, $P<0.05$

4.3 2 组治疗前后中医证候评分比较 见表 2。治疗前, 2 组肩痛、半身不遂、神识昏蒙、气短乏力、肢体瘫软、舌淡暗等中医证候评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后, 2 组上述各项中医证候评分均较治疗前降低($P<0.05$), 且观察组各项评分均低于对照组($P<0.05$)。

4.4 2 组治疗前后疼痛 VAS、FMA、MBI 评分比较 见表 3。治疗前, 2 组疼痛 VAS、FMA、MBI 评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后, 2 组疼痛 VAS 评分较治疗前降低, FMA、MBI 评分均较治疗前升高($P<0.05$); 且观察组疼痛 VAS 评分低于对照组($P<0.05$), FMA、MBI 评分高于对照组($P<0.05$)。

4.5 2 组治疗前后肩关节活动度比较 见表 4。治疗前, 2 组肩关节前屈、后伸、外展、内旋、外旋活动

度比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组上述各项肩关节活动度均较治疗前增大($P<0.05$),且观察组各项肩关节活动度均大于对照组($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

中医证候	对照组(例数=31)		观察组(例数=31)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
肩痛	2.82±0.43	1.21±0.24 ^①	2.81±0.44	0.52±0.12 ^{①②}
半身不遂	2.24±0.39	1.02±0.20 ^①	2.25±0.37	0.32±0.12 ^{①②}
神识昏蒙	1.84±0.28	0.92±0.15 ^①	1.85±0.27	0.25±0.09 ^{①②}
气短乏力	1.75±0.26	0.69±0.16 ^①	1.74±0.27	0.14±0.08 ^{①②}
肢体瘫软	1.51±0.23	0.49±0.13 ^①	1.50±0.22	0.11±0.03 ^{①②}
舌淡暗	1.11±0.18	0.35±0.10 ^①	1.12±0.19	0.09±0.02 ^{①②}

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$;②与对照组治疗后比较, $P<0.05$

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

组别	时间	例数	疼痛VAS评分	FMA评分	MBI评分
对照组	治疗前	31	6.93±1.46	21.46±3.43	32.35±5.15
	治疗后	31	3.21±0.46 ^①	27.33±4.36 ^①	48.33±5.86 ^①
观察组	治疗前	31	6.94±1.45	21.47±3.44	32.36±5.14
	治疗后	31	2.04±0.19 ^{①②}	39.07±5.28 ^{①②}	59.19±6.87 ^{①②}

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$;②与对照组治疗后比较, $P<0.05$

表4 2组治疗前后肩关节活动度比较($\bar{x}\pm s$) °

项目	对照组(例数=31)		观察组(例数=31)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
前屈	47.54±5.41	70.25±7.45 ^①	47.56±5.42	82.65±8.36 ^{①②}
后伸	20.43±2.63	27.64±3.16 ^①	20.44±2.64	37.23±3.85 ^{①②}
外展	42.16±4.86	56.45±5.85 ^①	42.17±4.84	75.27±6.83 ^{①②}
内旋	24.53±2.53	34.63±3.83 ^①	24.55±2.52	45.39±4.93 ^{①②}
外旋	30.39±3.84	36.49±4.38 ^①	30.41±3.85	47.48±4.83 ^{①②}

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$;②与对照组治疗后比较, $P<0.05$

4.6 2组不良反应发生率比较 见表5。观察组不良反应发生率为6.45%,对照组为19.35%,2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表5 2组不良反应发生率比较 例(%)

组别	例数	恶心	皮肤过敏	烫伤	肝肾功能异常	总发生
对照组	31	2(6.45)	2(6.45)	1(3.22)	1(3.22)	6(19.35)
观察组	31	1(3.22)	1(3.22)	0	0	2(6.45) ^①

注:①与对照组比较, $P<0.05$

5 讨论

脑卒中后肩痛通常出现在脑卒中后2周至数月间,可持续至恢复期和后遗症期,致残风险高^[10]。脑卒中后肩痛病因与局部压迫、粘连性关节炎、炎症刺激、肩袖撕裂、外周及中枢神经系统活动改变等因素有关^[11]。肩痛导致肩关节活动受阻,影响上肢活动功能及患者日常生活,延缓自主康复功能训练。临床康复治疗以药物、物理疗法、针灸、推拿、作业疗法等为主。作业疗法经不同训练方式,帮助患者进行运动学习及控制,调动患者主动参与性,可有效减轻疼痛,增强肌肉、神经本体反应,提高肩关节活动度、稳定性、运动协调性^[12]。

中医学认为,脑卒中后肩痛归属于中风、痹证、偏瘫肩等范畴,多由风、火、痰、瘀、气、血等相互作用引起。脑卒中病位在脑,涉及肝、肾、脾,患者多因气血亏虚,痰浊内阻,气血瘀滞,上犯脑窍,肩背脉络痹阻,关节失养,不荣则痛。而气虚血瘀型肩痛以气虚为本,血瘀为标,治疗原则为补气助阳、熄风祛痰、活血通络、通痹止痛^[13]。本研究观察组应用温经通络散热敷联合作业疗法进行治疗。温经通络散以伸筋草为君药,可舒筋活络;海桐皮、艾叶、独活、花椒为臣药,可祛湿散寒、通经止痛;紫苏叶为佐药,可解肌发表;枳壳行气化痰、理气宽中为使药。诸药合用,共奏活血化瘀、温通瘀滞、祛风散寒之效,既往应用于治疗关节风湿寒痛、挛筋酸楚等病症疗效肯定^[14]。皮肤有吸收、渗透、分泌、感觉、排泄等功能,温经通络散热敷利用皮肤的生理特性,扩张毛细血管,促进肩部血液循环,加速代谢产物清除。而热敷可将热能、药效共同作用于病灶,从而减轻疼痛、扩大关节活动度。作业疗法通过针对性的作业活动,干预过程循序渐进,可提高患者日常生活自理能力。作业疗法治疗量由小到大,逐步增加肩关节活动度,避免关节粘连;牵拉可提高关节周围组织延展性;通过各康复技术结合发挥协同作用,促进中枢神经系统功能重塑及肩关节功能恢复^[15]。

本研究结果显示,治疗后观察组总有效率高于对照组,中医证候评分低于对照组。提示温经通络散联合作业疗法治疗脑卒中后肩痛可提高临床疗效,有效减轻患者中医证候。治疗后观察组疼痛VAS评分低于对照组,FMA、MBI评分高于对照

组。提示温经通络散联合作业疗法治疗脑卒中后肩痛,可有效缓解疼痛、改善上肢运动功能及日常生活能力。治疗后观察组肩关节前屈、后伸、外展、内旋、外旋活动度均大于对照组。提示温经通络散联合作业疗法治疗利于改善患者的肩关节活动度。治疗过程中观察组不良反应发生率低于对照组,提示联合疗法安全性较高,值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] SOUZA I G, SOUZA R F, BARBOSA F D S, et al. Protocols used by occupational therapists on shoulder pain after stroke: systematic review and meta-analysis[J]. *Occup Ther Int*, 2021, 3(5): 8811721.
- [2] ILA B, JFB C, CJA B, et al. Rehabilitation of the upper arm early after stroke: Video games versus conventional rehabilitation. A randomized controlled trial- Science Direct[J]. *Ann Phys Rehabil Med*, 2020, 63(3): 173-180.
- [3] 张莉, 朱成栋, 张颖. 温经通络汤联合帕罗西汀治疗中风后偏瘫肩痛临床疗效观察[J]. *现代养生*, 2021, 21(20): 46-48.
- [4] 王新德. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. *中华神经科杂志*, 1996, 29(6): 379-380.
- [5] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. *北京中医药大学学报*, 1996, 19(1): 55-56.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 99-104.
- [7] 曾锴, 苏小玲, 俞栩喆. 超声透入化痰通络汤治疗缺血性脑卒中后肩痛 I 期临床研究[J]. *新中医*, 2021, 53(22): 89-92.
- [8] MADHOUN H Y, TAN B, FENG Y, et al. Task-based mirror therapy enhances the upper limb motor function in subacute stroke patients: a randomized control trial[J]. *Eur J Phys Rehabil Med*, 2020, 56(3): 265-271.
- [9] 王赛华, 施加加, 孙莹, 等. 简体版改良 Barthel 指数在脑卒中恢复期中的信度与效度研究[J]. *中国康复*, 2020, 35(4): 179-182.
- [10] 张玉倩, 马燕红. 脑卒中后肩痛患者肩胛骨动力障碍的研究进展[J]. *中国康复医学杂志*, 2020, 35(4): 498-501.
- [11] 张世正, 陈新新, 黄建平, 等. 颈段夹脊穴温针灸结合体针治疗脑卒中后肩痛的临床疗效观察[J]. *中国现代医生*, 2021, 59(36): 133-137.
- [12] 张俊堃, 尹瑞雪, 范建中. 电针联合新 Bobath 技术治疗脑卒中后肩痛疗效观察[J]. *海南医学*, 2022, 33(1): 39-42.
- [13] 朱云红, 曲宪双, 闫鏐, 等. 大接经法与常规体针治疗法对脑卒中后肩痛治疗效果、神经功能、肩关节活动度等指标影响对比研究[J]. *中华中医药学刊*, 2022, 40(2): 202-205.
- [14] 黄昆, 古园, 唐箫. 温经通络散熨烫疗法结合中药封包治疗膝骨关节炎疗效观察[J]. *中国伤残医学*, 2019, 27(12): 34-35.
- [15] 邢春燕, 柏建中, 黄云兰, 等. 互动式头针结合作业疗法治疗脑卒中后偏瘫肩痛[J]. *中医学报*, 2019, 34(8): 1788-1791.

(责任编辑: 冯天保, 邓乔丹)