

膏肓穴刺血联合越婢加术汤治疗脑卒中后复杂性区域疼痛综合征 I 型的疗效观察*

傅海群¹ 宋丰军¹ 叶必宏¹ 蒋 越² 朱文宗^{1△}

(1. 浙江中医药大学附属温州市中医院, 浙江 温州 325000; 2. 温州医科大学附属第一医院, 浙江 温州 325000)

中图分类号: R743.9 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2023)10-1786-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2023.10.022

【摘要】 目的 观察膏肓穴刺血联合越婢加术汤治疗脑卒中后区域疼痛综合征 I 型(CRPS I)的临床疗效。**方法** 将76例患者采用随机数字表法分为治疗组与对照组。对照组采用膏肓放血, 治疗组采用膏肓穴刺血联合越婢加术汤治疗, 共治疗28 d。在治疗前、治疗后第28天, 对患者进行复杂性区域疼痛综合征严重程度(CSS)评分、手指周径测量、视觉模拟量表(VAS)评分; 在第1天、第28天治疗前后进行肩关节活动度的评价。**结果** 治疗后两组CSS评分均显著降低($P < 0.01$), 组间差异有统计学意义($P < 0.01$); 健患侧手指周径之差, 两组均有显著降低($P < 0.01$), 且治疗组优于对照组($P < 0.01$)。治疗组VAS评分较治疗前显著降低($P < 0.05$); 第1天治疗前后两组肩关节活动度(外展、上举、后伸)较前均有改善($P < 0.01$); 治疗第28天前, 治疗组肩关节活动度(外展、上举、后伸)优于对照组($P < 0.05$)。**结论** 膏肓放血联合越婢加术汤能有效缓解复杂性区域CRPS I, 包括减轻患肢手部肿胀、肩部疼痛, 缓解复杂性区域疼痛综合征严重程度, 膏肓放血能即刻改善患者肩关节活动度, 且联合越婢加术汤有更明显的远期疗效。

【关键词】 脑卒中 复杂性区域疼痛综合征 I 型 膏肓穴 越婢加术汤

Clinical Observation on BI 43 Acupoint Bloodletting Combined with Yuebi Jiazhu Decoction for Complex Regional Pain Syndrome Type I after Stroke Fu Haiqun, Song Fengjun, Ye Bihong, Jiang Yu, Zhu Wenzong. Zhejiang Chinese Medical University, Wenzhou 325000, China.

【Abstract】 Objective: To observe the clinical efficacy of Yuebi Jiazhu Decoction combined with BI 43 acupoint bloodletting in treating complex regional pain syndrome type I (CRPSI) after stroke. **Methods:** A total of 76 patients were included and randomly divided into the treatment group and the control group. The treatment group was treated with BI 43 acupoint bloodletting combined with Yuebi Jiazhu Decoction, and the control group was treated with the BI 43 acupoint bloodletting only, for a total of 28 days. Before and 28 days after treatment, finger circumference measurement, VAS, and CSS were performed to evaluate the therapeutic effect. Before and after 1 day and 28 days of treatment, the shoulder range of motion (SROM) was evaluated. **Results:** The CSS was significantly lower in both groups after treatment ($P < 0.01$), and there were significant differences between the two groups ($P < 0.01$); the difference of the circumference of the finger on the healthy side was significantly decreased in both groups ($P < 0.01$) and the treatment group was better than that of the control group ($P < 0.01$); the VAS score of the treatment group was significantly lower than that before treatment ($P < 0.01$). On the first day after treatment, the SROM (abductor, lift, extension) in the two groups was improved compared with before treatment ($P < 0.01$). On the 28th day of treatment, the SROM (abduction, lift, extension) in the treatment group was better than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** BI 43 acupoint bloodletting combined with Yuebi Jiazhu Decoction can effectively relieve the symptoms of CRPS I, including reducing the hand swelling, shoulder pain, and alleviating the severity of CRPSI. Blind bloodletting can immediately improve the patient's SROM, and its combination with Yuebi Jiazhu Decoction has a more obvious long-term effect.

【Key words】 Stroke; CRPS I; BI 43 acupoint; Yuebi Jiazhu Decoction

复杂性区域疼痛综合征(CRPS)是脑卒中、骨折、及手术创伤后发生在患侧肢体的有关复杂性疼痛的疾

病, 临床症状主要为患侧痛觉异常、水肿、皮温皮色改变、运动功能障碍及营养状态的改变, 与感觉、运动、自主神经、皮肤和骨骼的异常有关^[1]。在我国, 脑卒中后CRPSI发病率为12%~74.1%^[2], 国外发病率为1.5%~61%^[3], 并且大多数症状都在肢体瘫痪后、受到创伤1个月内出现^[4]。脑卒中后CRPSI患者出现的主要症状

* 基金项目: 浙江省自然科学基金一般项目(LY18H270001); 温州市科技局基础性科研项目(Y20211094); 温州市科技局基础性医疗卫生科技项目(Y20180212)

△通信作者(电子邮箱: gldkingzwz@126.com)

是患肢肩部的疼痛及手部的肿胀。手部持续的肿胀会引起纤维重建或纤维弹性愈合,最终导致肢体疼痛、僵硬及手功能的丧失^[5-6]。分析近年国内外相关文献,中医疗法在治疗卒中后CRPS I上已经显示出独特的优势。本研究在康复等基础治疗上采取膏肓穴刺血联合越婢加术汤治疗卒中后CRPS I,取得良好效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准:脑卒中诊断标准参考国际疾病分类(第十一版)(ICD-11);脑卒中后CRPS I诊断标准符合布达佩斯诊断标准^[7-8];中医诊断标准依照《中医病证诊断疗效标准》^[9]关于“中风”的诊断标准。纳入标准:符合上述中西医诊断标准;生命体征平稳,具有一定理解沟通能力;中风病程在2周至6个月,且为首次发病,肩痛、手肿胀病程在3个月内;签署知情同意书。排除标准:脑卒中由于其他疾病导致肩关节疼痛及运动障碍者;存在由于外伤、感染、周围血管病所致手部或上肢肿胀者;有感觉障碍、认知障碍及失语症患者;未能完成治疗者。剔除标准:入组后发现不符合纳入标准、符合排除标准者;依从性差未按照研究要求实施治疗方案者。脱落标准:受试者的依从性差,连续2 d以上未治疗;观察中死亡、失访者;发生严重不良反应、不良事件者。

1.2 临床资料 选取2020年6月至2022年6月笔者所在医院治疗的76例脑卒中后CRPS I患者。按照随机数字表法,将患者按照1:1分为观察组与对照组各38例。治疗组因治疗依从性差脱落2例,因剔除标准排除1例,对照组因治疗依从性差脱落3例,最终两组各35例,其中男性36例,女性34例;年龄43~83岁,平均约65.14岁;脑卒中的病程3~90 d,平均约41.43 d。两组性别、年龄、病程等临床资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本项目经温州市中医院伦理委员会审查批准,批件号:WTCM-KT-2021048。

1.3 治疗方法 对照组采用膏肓取穴刺络放血联合普通针刺:患者平坐床上,屈膝抵胸,前臂交叉,双手扶于膝上,低头,面额抵于手背,使两肩胛骨充分张开,在平第4胸椎棘突下膏肓穴区域,肩胛骨内侧缘骨缝处按压,觉胸肋间困痛,传至手臂,即为取穴处。刺络放血:用三棱针点刺3次,深度约4~5 mm,用3号火罐拔罐放血,2 min后取下,血量约2~4 mL。每隔3 d治疗1次,共治疗28 d。普通针刺:取患侧肩髃、肩髃、臑会、曲池、手三里、外关、合谷、梁丘、血海、足三里、阴陵泉、阳陵泉、三阴交、太冲。(参考全国高等中医药院校规划教材《针灸治疗学》)患者仰卧位,选用0.30 mm×40 mm一次性无菌针灸针,行常规针刺,肩髃-臑会、手三里-外关、血海-三阴交、梁丘-足三里连接G6805-2A低频

电子脉冲治疗仪选连续波,频率1 Hz,强度以看到手轻度背屈,患者无不适感为度。每次留针30 min。每日1次,持续5 d休息2 d,共治疗28 d。同时行西医基础治疗及康复训练。治疗组在对照组基础上加中药治疗。使用温州市中医院统一采购颗粒剂(来源于江阴天江药业有限公司),生麻黄8 g,石膏20 g,白术9 g,炙甘草5 g,生姜10 g,大枣10 g。嘱患者加入300 mL开水冲服,分早午餐后30 min各1次,共观察治疗28 d。

1.4 观察指标 1)采用指环测量工具将双侧五根手指最粗周径测出,取平均数,再计算出健患侧手指周径的差值,作为观察手肿胀的指标。2)采用视觉模拟量表(VAS)作为在本项研究用于肩部疼痛的评估,0~10分表示疼痛程度。3)复杂区域性疼痛综合征严重程度评分(CSS)提供了CRPS体征和症状的连续型定量指标。具体包括患者自述症状8项和观察到的临床体征9项。将17项得分求和作为严重程度评分。4)使用通用量角器测量肩关节活动度,被动活动肩关节,记录外展、上举、后伸的活动度,出现疼痛停止,取平均值,每1°记1分。在第1天、第28天当日治疗前后分别进行肩关节活动度(SROM)的评价。

1.5 统计学处理 应用SPSS20.0统计软件。符合正态分布的计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,对非正态分布的变量资料使用中位数,四分位数间距[M(IQR)]进行统计描述;对符合正态分布的计量资料运用 t 检验;对不符合正态分布的计量资料的比较运用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后手指周径差值、VAS评分及CSS评分比较 见表1。治疗28 d后,两组手指周径差值有显著降低($P<0.01$),治疗组低于对照组($P<0.01$)。治疗28 d后,治疗组VAS评分较治疗前显著降低($P<0.01$),对照组无显著改善($P>0.05$)。治疗后两组CSS评分均较治疗前降低($P<0.01$),治疗组低于对照组($P<0.01$)。

表1 两组治疗前后手指周径差值、VAS评估及CSS评估比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	手指周径差值(mm)	VAS(分)	CSS(分)
治疗组 (n=35)	治疗前	33.06±2.06	4.71±1.81	13.86±1.44
	治疗后	18.44±9.64 ^{***△△}	4.20±1.69 ^{***△△}	7.86±2.94 ^{***△△}
对照组 (n=35)	治疗前	33.16±11.03	4.54±1.62	13.66±1.35
	治疗后	29.88±10.44 ^{**}	4.57±1.70	11.54±2.62 ^{**}

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$,^{△△} $P<0.01$ 。

2.2 两组第1天、第28天两时间点治疗前后SROM比较 见表2。第1天治疗前两组肩关节活动度(外展、上举、后伸)之间差异无统计学意义($P>0.05$),第1天

治疗后两组组肩关节活动度(外展、上举、后伸)较前均有改善($P<0.01$)。治疗第28天前,两组肩关节活动度(外展、上举、后伸)之间差异有统计学意义($P<0.05$)。

表2 两组第1天、第28天治疗前后肩关节活动度比较($^{\circ}$, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	肩关节外展活动度		肩关节上举活动度		肩关节后伸活动度	
		第1天	第28天	第1天	第28天	第1天	第28天
治疗组 ($n=35$)	治疗前	48.17 $\pm$ 12.01	60.63 $\pm$ 10.51 ^Δ	74.23 $\pm$ 10.22	112.91 $\pm$ 15.14 ^Δ	21.14 $\pm$ 3.81	28.91 $\pm$ 3.42 ^Δ
	治疗后	59.77 $\pm$ 10.78 [*]	63.37 $\pm$ 10.22	111.71 $\pm$ 16.29 [*]	112.20 $\pm$ 15.21	26.83 $\pm$ 3.43 [*]	32.86 $\pm$ 3.12
对照组 ($n=35$)	治疗前	47.57 $\pm$ 12.53	54.09 $\pm$ 10.69	78.84 $\pm$ 8.15	100.91 $\pm$ 11.69	23.11 $\pm$ 12.15	22.80 $\pm$ 3.32
	治疗后	59.91 $\pm$ 18.55 [*]	56.11 $\pm$ 10.63	111.74 $\pm$ 13.24 [*]	111.80 $\pm$ 13.14	26.11 $\pm$ 3.61 [*]	27.77 $\pm$ 2.97

注:与本组第1天治疗前比较,^{*} $P<0.01$;与对照组第28天治疗前比较,^Δ $P<0.01$ 。

2.3 安全性评价 两组期间未见病情恶化、肝肾功能等实验室指标的恶化等不良事件发生,包括由于麻黄不良反应出现的头晕、恶心等。

3 讨论

脑卒中后CRPS I亦称偏瘫后肩-手综合征,其疼痛与交感神经介导性密切相关^[10]。由于其病理机制尚不明确,目前西医主要通过两方面进行治疗,一是针对缓解患者疼痛、水肿进行对症治疗;二是根据CRPS I的可能的相关发病原因进行治疗。目前治疗CRPS I的方法各样,如口服非甾体消炎药、阻断星状神经节、局部封闭、向心性缠绕、康复训练、针灸及中药等,尤其是中医药结合康复疗法在治疗CRPS I中占有重要的地位。

CRPS I主要表现为肩部的剧烈疼痛,手部的潮红、肿胀及活动障碍,属于中医学“痹证”范畴。《素问·痹论》篇有言“所谓痹者,各以其时,重感于风寒湿之气也”,说明了外感邪气而致痹病。然而,正是因为正气不足,卫外不固,腠理疏松,才致外邪乘虚而入。正如,《济生方·痹》中“皆因体虚,腠理空疏,受风湿气而成痹也”。中风后偏瘫肢体由于气血运行凝滞、津液难以输布而产生肢体濡养不足,导致脉络空虚,无力抵御,六淫邪气无一不侵,而风寒湿三气最易侵袭、留滞于经脉,内外合邪,合而成痹,导致肩部疼痛。又因手部的潮红、肿胀,将其归为热痹。热痹形成或因体质化热,或复感热邪,或因郁而化热,导致湿与热邪缠绵凝滞而致手部肿胀、发热。

湿性重浊凝滞,夹风、夹热后更难以去除,临床以清热通络治疗效果不佳,且单用寒凉更损阳气^[11]。《金匱要略·痉湿喝病脉证治第二》曰“风湿相搏,一身尽疼痛,法当汗出而解……盖发其汗,汗大出者,但风气去,湿气在,是故不愈也。若治风湿者,发其汗,但微微似欲汗出者,风湿俱去也”。湿性黏腻,难以骤除,若峻发其汗,则风去湿在,故当微微发汗,使风湿俱去^[12]。遂治风湿热痹者,立足微汗祛湿法,使阳气缓缓蒸腾而不

致骤泄,经脉气血营卫畅通^[13],辅以清热、利湿,奏疏风胜湿,清热通络之法,则可使邪去正安。

越婢加术汤由麻黄六两、石膏半斤、甘草二两、生姜三两、白术四两、大枣15枚组成。麻黄为治水要药,既能发越肌肤营卫中水气、使湿邪从汗而解,又能利水消肿,使水液从下而走;石膏辛寒清泻邪热,石膏与麻黄相用,既能使邪热得清,又能制麻黄之峻,达到微发其汗的作用。白术不仅能健脾化湿,亦主风寒湿痹。《本经》记载“术,味苦温,主风寒湿痹”。由此,麻黄、石膏、白术三味药合用,则麻、石共具退热之功,麻、术相协可奏通痹除湿之效,且石膏可制麻黄过汗之弊,三药相辅相成、相得益彰。生姜、大枣、甘草健脾益气,固护中焦,使驱邪有助,不伤正气。由此,则表里两清,风湿俱去。

采用在膏肓穴放血是源于在《救伤秘旨·轻重损伤按穴治法》中记载^[14]“膏肓腧穴,足太阳膀胱经……此穴平素负重肩挑,俱不能伤。倘或受伤,手臂不能举动,如脱样。须用膏药二张”,说明自古有以膏肓穴治疗肩痹证的渊源。并且在临床实践中发现在膏肓穴刺络放血能即刻改善患者肩关节活动度。刺络放血即“去宛陈莖”法在针灸临床中的应用。去宛陈莖首见于《素问·汤液醪醴论篇》“平治于权衡,去宛陈莖,微动四极,温衣缪刺其处,以复其形”。去宛陈莖的目的就是恢复人体的形气平衡。《素问·至真要大论》谓“疏其气血,令其调达,而致和平”,阐明了气血调达对于人体的影响。刺血法在临床上有其独特的优势,例如在病久结于脏腑时可通过在背俞穴刺血来达到驱邪外出的目的,又因其能直接在病灶所在部位或经络循行部位直接施治,既能祛除局部有形之邪,又能条畅局部气机,达到形气皆治的目的。

从解剖上讲,膏肓穴下为斜方肌筋膜、斜方肌、菱形肌。并且分布着第二、三胸神经后支的内侧皮支,外侧支及肩胛背神经^[15]。在膏肓处放血不仅直接刺激到斜方肌、菱形肌及其相关的筋膜,还对肩胛背神经支配的肩胛提肌产生良性刺激。有研究^[16]提到,背区皮肤通过许多结缔组织纤维束与深筋膜相连,布有丰富的穿动脉和皮神经,胸背区来自肋间后动脉、肩胛背动脉和旋肩胛动脉等的分支,刮痧出痧导致穿动脉的分支扩张破裂,能产生延缓的良性刺激。而刮痧与刺络放血都会使局部血管破裂,起到相似的物理刺激作用。

本研究表明在膏肓腧刺血联合越婢加术汤对CRPS患者具有良好疗效,在改善患肢水肿、肩关节活动度、减轻疼痛方面效果显著,为患者后期肢体功能康复提供支持。

参考文献

- [1] VELDMAN PHJM, REYNEN HM, ARNTZ IE, et al. Signs

- and symptoms of reflex sympathetic dystrophy: prospective study of 829 patients [J]. *Lancet*, 1993, 342 (8878): 1012-1016.
- [2] 张皓. 肩-手综合征[J]. *中国康复理论与实践*, 2002, 8(1): 62-63.
- [3] CACCHIO A, DE B E, DE B V, et al. Mirror therapy in complex regional pain syndrome type 1 of the upper limb in stroke patients [J]. *Neurorehabilitation & Neural Repair*, 2009, 23(8): 792.
- [4] GOEBEL A, BARKER CH, L.TURNER-STOKES. Complex regional pain syndrome in adults (2nd edn) (2018) [Online]. [cited 2018 February 11].
- [5] VILLECO JP. Edema: a silent but important factor [J]. *Journal of Hand Therapy Official Journal of the American Society of Hand Therapists*, 2012, 25(2): 153-162.
- [6] KUPPENS SP, PIJLMAN H C, HITTERS M W, et al. Prevention and treatment of hand oedema after stroke [J]. *Disability & Rehabilitation*, 2014, 36(11): 900-906.
- [7] HARDEN RN. Complex regional pain syndrome: treatment guidelines [J]. *Mayo Clinic Proceedings*, 2006: 1-11.
- [8] HARDEN RN, BRUEHL S, STANTON-HICKS M, et al. Proposed new diagnostic criteria for complex regional pain syndrome [J]. *Pain Medicine*, 2007, 8(4): 326-331.
- [9] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准: ZY/T001.1-94 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [10] 赵国栋. 复杂性区域疼痛综合征 [J]. *现代医院*, 2004, 4(11): 4-6.
- [11] 曹贵民. 王朝宏教授运用越婢加术汤治疗慢性风湿性关节炎的经验 [J]. *陕西中医函授*, 1996, 16(4): 4-6.
- [12] 何任. 金匱要略校注 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 15.
- [13] 李玉来, 李娜, 白平, 等. 赵凯教授治疗风湿热痹临证经验 [J]. *亚太传统医药*, 2022, 18(2): 164-167.
- [14] 清·赵廷海. 救伤秘旨 [M]. 北京: 中国书店, 1993: 48-49.
- [15] 刘立安. 针刺结合主灸膏肓穴治疗神经根型颈椎病临床疗效观察 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2014.
- [16] 余汝堂, 楼新法, 唐茂林, 等. 躯干背区刮痧的血管解剖学研究 [J]. *温州医学院学报*, 2008, 50(2): 151-153.

(收稿日期 2023-01-06)

清宫汤加味治疗急性病毒性心肌炎(热毒侵心证)的疗效观察

庞娜 陈露 齐晓瑜

(河北省衡水市人民医院, 河北 衡水 053000)

中图分类号: R542.2⁺1 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2023)10-1789-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2023.10.023

【摘要】 目的 观察清宫汤加味治疗急性病毒性心肌炎(AVM)(热毒侵心证)的疗效。方法 将62例患者根据随机数字表法分为两组各31例。对照组根据AVM临床实践指南行常规治疗;观察组在对照组的基础上采取清宫汤加味内服。两组连续治疗14 d。比较两组临床疗效、心功能、心肌损伤指标、氧化应激指标。结果 观察组临床总有效率为90.32%,高于对照组的64.52%($P<0.05$);治疗14 d后,两组左心室射血分数(LVEF)、舒张早期/舒张晚期最大血流速度(E/A)值显著提升,且观察组提升更为明显($P<0.05$);治疗后,两组血清肌钙蛋白I(cTnI)和心型游离脂肪酸结合蛋白(H-FABP)水平显著减少,且观察组减少更为明显($P<0.05$);治疗14 d后,两组血清超氧化物歧化酶(SOD)、谷胱甘肽过氧化物酶(GSH-Px)水平显著增加,且观察组增加更为明显($P<0.05$)。结论 于西医常规治疗基础上予清宫汤加味治疗AVM(热毒侵心证)的疗效明显,有助于患者心功能的改善,减轻心肌损伤,以及发挥抗氧化作用。

【关键词】 病毒性心肌炎 清宫汤 热毒侵心证 心功能

病毒性心肌炎(VMC)是一种由病毒感染所触发的心肌功能损伤,为扩张性心肌病的主因,并且与致命性心律失常及运动中心脏猝死的风险增加联系密切^[1]。因VMC患者的病情演变急骤且其病机复杂,涉及急性心肌损伤及持续性炎症反应,临床上仍缺乏特异的治疗措施。近年虽然随着治疗理念的提升,该病急性期的死亡率大幅减少,但患者的生活质量及远期预后已成为临床面临的医学问题^[2]。现代医学对VMC患者多给予抗病毒、营养心肌以及增强免疫力等对症

措施,可有效杀灭病毒,减轻心肌损害,改善心功能,但上述对症支持治疗措施的整体疗效仍待提升^[3]。近年中西医结合疗法已广泛用于急性病毒性心肌炎(AVM)的治疗中,在抑制病毒复制、增强免疫功能、缓解心肌细胞凋亡等方面具有一定优势^[4]。中医学认为VMC的病机总体属于本虚标实之证,以心气、营阴损耗为本,标实主要表现为温热毒邪侵入,而在急性期以热毒侵心为主要病机,临证宜以清心解毒为主要治法^[5]。清宫汤出自《温病条辨》,其功用为清心解毒、养