

## 加味黄芪桂枝五物汤联合醒脑开窍针刺法治疗脑卒中后 肩手综合症的临床观察

万福铭, 周淼焱, 李唯臻, 丁淑强\*

(天津中医药大学 第一附属医院, 天津 300193)

**[摘要]** 目的:观察加味黄芪桂枝五物汤联合醒脑开窍针刺法治疗脑卒中后肩手综合征(SHS)的临床疗效及对神经源性炎症介质和血液流变学指标的影响。方法:将148例患者随机按数字表法分为对照组和观察组各74例。两组口服双氯芬酸钠缓释片,75 min/次,1次/d,连续2~4周;肿胀明显,口服醋酸泼尼松片,10 min/次,1次/d,连续1~2周。并采用醒脑开窍针刺法,1次/d,6次/周;对照组口服脑心通胶囊,4粒/次,3次/d,观察组内服加味黄芪桂枝五物汤,1剂/d。两组疗程均为连续治疗4周。进行对治疗前后肩手综合征评估量表(SHSS)评分,记录疼痛、肿胀消失时间;进行治疗前后Fugl-Meyer功能量表上肢部分评分(U-FMA),日常生活活动能力(ADL)评分和气虚血瘀证评分;检测治疗前后降钙素基因相关肽(CGRP),P物质(SP),缓激肽(BK)水平和血液流变学指标。结果:观察组患者的临床疗效优于对照组( $Z=2.106, P<0.05$ );观察组SHSS量表的感觉、自主神经、运动3个维度评分和SHSS总分均低于对照组( $P<0.01$ );观察组疼痛、肿胀消失时间均短于对照组( $P<0.01$ );观察组患者U-FMA,ADL评分均高于对照组( $P<0.01$ ),气虚血瘀证评分低于对照组( $P<0.01$ );观察组CGRP水平高于对照组( $P<0.01$ ),SP和BK水平均低于对照组( $P<0.01$ );观察组的全血黏度(高切、低切)、血浆黏度、纤维蛋白原和血小板聚集率等均低于对照组( $P<0.05$ )。结论:在西医常规治疗的基础上,内服加味黄芪桂枝五物汤配合醒脑开窍针刺疗法可减轻SHS严重程度和中医临床证候,缩短病程,改善上肢运动功能,并可抑制神经源性炎症反应,改善血液流变性,提高患者的日常生活活动能力和临床疗效。

**[关键词]** 肩手综合征;缺血性脑卒中;加味黄芪桂枝五物汤;醒脑开窍针法;神经源性炎症因子;血液流变学

**[中图分类号]** R246;R49;R493 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2020)12-0133-06

**[doi]** 10.13422/j.cnki.syfjx.2020234

**[网络出版地址]** <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20191126.1205.003.html>

**[网络出版日期]** 2019-11-26 13:57

### Clinical Efficacy of Jiwei Huangqi Guizhi Wuwutang Combined with Xingnao Kaiqiao Acupuncture on Shoulder-hand Syndrome

WAN Fu-ming, ZHOU Miao-yan, LI Wei-zhen, DING Shu-qiang\*

(The First Affiliated Hospital of Tianjin Medical University, Tianjin 300193, China)

**[Abstract]** **Objective:** To observe the clinical efficacy of Jiwei Huangqi Guizhi Wuwutang combined with Xingnao Kaiqiao acupuncture on shoulder-hand syndrome (SHS), and its effect on neurogenic inflammatory factors and hemorheology. **Method:** One hundred and forty-eight patients were randomly divided into control group and observation group (74 cases). Both groups' patients got rehabilitation measures, such as diclofenac sodium sustained release tablets for two to four weeks, 75 min/time, 1 time/day, and patients with apparent swelling got prednisone acetate tablets for one to two weeks, 10 min/time, 1 time/day. And patients in control group got Xingnao Kaiqiao acupuncture, 1 time/day, 6 times/week. Control grouporal Naoxintong capsule 4 tablets/time, 3 times/day, patients in observation group were added with Jiwei Huangqi Guizhi

**[收稿日期]** 20191022(003)

**[基金项目]** 国家中医药管理局国家中医临床研究基地业务建设科研专项(JDZX2015026)

**[第一作者]** 万福铭,主治医师,从事脑血管病及其后遗症的临床研究,E-mail:1468905188@qq.com

**[通信作者]** \*丁淑强,主任医师,从事脑血管病以及后遗症的临床研究,E-mail:jmxfxf@163.com

Wuwutang, 1 dose/day. The courses of treatment were 4 weeks. Before and after treatment, shoulder hand syndrome scale (SHSS), the upper extremities of the Fugl-meyer movement assessment (U-FMA), ability of daily life activities (ADL), Qi deficiency and blood stasis syndrome and clinical efficacy were scored, disappearing time of pain and swelling were recorded, and levels of calcitonin gene related peptide (CGRP), substance P (SP), bradykinin (BK) and hemorheology were detected. **Result:** The clinical efficacy in observation group was better than that in control group ( $Z=2.106, P<0.05$ ). And scores of sensory, autonomic, motion according to SHSS scale and the total scale of SHSS were all lower than those in control group ( $P<0.01$ ). Disappearing time of pain and swelling were shorten than those in control group ( $P<0.01$ ). After treatment, scores of U-FMA and ADL were higher than those in control group ( $P<0.01$ ), while score of syndrome of Qi deficiency and blood stasis was lower than that in control group ( $P<0.01$ ). And level CGRP was higher than that in control group ( $P<0.01$ ), and levels of SP and BK were lower than those in control group ( $P<0.01$ ). After treatment, whole blood viscosity (high cut, low cut), plasma viscosity, fibrinogen and platelet aggregation rate were all lower than those in control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** In addition to the conventional western medicine therapy, Jiwei Huangqi Guizhi Wuwutang combined with Xingnao Kaiqiao acupuncture can reduce the severity of SHS and clinical syndromes of traditional Chinese medicine, shorten the course of disease, improve the motor function of upper limbs, inhibit the neurogenic inflammatory reaction, and improve the blood flow, the ability of daily life and the clinical efficacy of patients.

**[Key words]** shoulder hand syndrome; ischemic stroke; Jiwei Huangqi Guizhi Wuwutang; acupuncture treatment of Xingnao Kaiqiao; neurogenic inflammatory factors; hemorheology

肩手综合征(SHS)是脑卒中常见并发症之一,发生率为10%~75%不等,多见于中风后1~3个月内,与患肢交感神经系统功能障碍有关,表现为疼痛、感觉异常、运动失调及营养障碍等,严重影响了患者偏瘫肢体功能的康复和生活质量,但本病病因和机制还不十分明确,现代医学以康复锻炼及对症处理为主,目前临床并无特异性的康复治疗措施,仅有20%的SHS患者能够恢复以前的日常生活活动,因此提高脑卒中后SHS患者的康复效果具有重要临床意义,SHS成为脑卒中后患者康复关注的热点之一<sup>[1-2]</sup>。

根据SHS的表现,可归为中医中风后的“偏枯”“痹症”等范畴,多因中风后正气不足,气虚血瘀,经脉闭阻,血不行则为水,脉络阻滞,则为痛为肿,日久肢体痿废不用<sup>[3]</sup>。中医治疗SHS的手段丰富,包括中药汤剂、针灸、拔罐、推拿、埋线、熏蒸、涂擦等,且往往是多种疗法综合使用,不良反应较小、安全简便、作用温和等特点,具有西医不可取代的优势<sup>[4]</sup>。醒脑开窍针刺法为石学敏院士所创,是治疗中风病的有效方法,李唯溱等<sup>[5]</sup>临床观察显示该针刺法可有效减轻SHS患者疼痛,改善手部肿胀和运动功能,提高活动能力。黄芪桂枝五物汤出自《金匮要略》,具有可调和营卫,益气温经,和血通痹之功,现代药理研究显示具有抗炎、镇痛,调节免疫

功能的作用,改善血液流变性,促进神经修复及抗氧化等多重药理效应<sup>[6]</sup>,马勇等<sup>[7]</sup>观察显示黄芪桂枝五物汤加味联合康复训练可缓解脑卒中后SHS疼痛等症状,改善肢体活动功能。为进一步提高SHS的治疗效果,本研究笔者观察了加味黄芪桂枝五物汤配合醒脑开窍针刺法治疗缺血性脑卒中后SHS的临床疗效。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 共纳入2018年2月至2019年5月天津中医药大学第一附属医院针灸康复科148例患者作为观察对象,根据随机按数字表法分为对照组和观察组各74例。对照组男性42例,女性32例;年龄46~74岁,平均(66.49±7.82)岁;脑卒中病程,3~12周,平均(7.39±0.58)周;美国国立卫生院神经功能缺损(NIHSS)<sup>[8]</sup>评分为(13.45±1.84)分;偏瘫部位有左侧39例,右侧35例;肩手综合征(SHS)分期为I期48例,II期26例;脱落、失访7例,剔除2例,完成65例。观察组男性40例,女性34例;年龄45~75岁,平均(66.13±7.66)岁;脑卒中病程,3~12周,平均(7.65±0.62)周;NIHSS评分<sup>[8]</sup>为(13.57±1.76)分;偏瘫部位有左侧36例,右侧38例;SHS分期为I期50例,II期24例;脱落、失访5例,剔除3例,完成66例。对上述基线资料进行比较,差异无统计学意义,具有可比性。本研究经天

津中医药大学第一附属医院伦理委员审查批准(批号2018TDZYY0214-01)。

**1.2 诊断标准** ①缺血性脑卒中西医诊断标准<sup>[8]</sup>根据病史,临床症状、体征,采用CT或核磁共振成像(MRI)等影像学检查确诊。②SHS诊断标准<sup>[1]</sup>,单侧肩手痛,皮温增加,皮肤潮红及出汗;感觉异常;手指屈曲受限,手部肿胀;无外伤、感染及周围血管病证据。③气虚血瘀证诊断标准,参照《中药新药临床研究指导原则》制定

**1.3 纳入标准** ①经CT或MRI明确诊断为缺血性脑卒中;②临床分期为I期或II期的SHS患者;③符合气虚血瘀证诊断标准;④年龄40~75岁,男女不限;⑤患者生命体征平稳,意识清醒,可配合康复治疗;⑥获得患者签署的知情同意书。

**1.4 排除标准** ①脑出血、脑外伤、脑肿瘤导致的脑卒中;②脑卒中前已经患有肩周炎、颈椎病、关节炎、风湿性关节炎、骨折、颈肩部手术病史者、周围神经损伤等患者;③合并认知障碍、沟通障碍、精神病患者;④脑卒中病情持续恶化或再现新的梗塞,或再次脑梗患者,留有明显后遗症,影响疗效评价者;⑤有晕针史,或对研究已知药物过敏或有禁忌者;⑥合并肝、肾功能严重不全或肿瘤患者。

**1.5 治疗方法** 基础治疗,参见《中国脑卒中康复治疗指南(2011年完全版)》<sup>[1]</sup>治疗方法。两组采用综合康复治疗措施,适度抬高患侧肢体,行肩关节、肘、腕和指间关节被动和主动运动和Bobath握手训练,40 min/次,6次/周;口服双氯芬酸钠缓释片(北京诺华制药有限公司,国药准字H10980297),75 mg/次,1次/d,连续治疗2~4周;肿胀明显,口服醋酸泼尼松片(上海信谊药厂有限公司,国药准字H31020675),10 mg/次,1次/d,连续服用1~2周,并给予改善脑血循环、降压、降糖、调脂等处理。同时采用醒脑开窍针刺法,主穴为内关(双侧)、水沟、三阴交(患侧);配穴为风池、天柱(双侧),肩部取“肩三针”(患侧)、手部取“手三针”(患侧),肘部取尺泽(患侧)、曲池(患侧)。采用苏州医疗器械厂生产的华佗牌0.3 mm×40.0 mm一次性针灸针,三阴交采用补法,其余穴位采用泻法,采用单手快速进针法进针。先刺双侧内关,直刺0.5~1寸,施提插捻转泻法1 min;人中向鼻中隔方向斜刺0.3~0.5寸,施雀啄泻法,以流泪或眼球湿润为度;三阴交沿胫骨内侧面与皮肤呈45°角斜刺1~1.5寸,针尖刺到原三阴交穴的位置上,施提插补法,以患侧下肢抽动3次为度;风池、天柱直刺1寸,捻转补法1 min;肩三针、

手三针常规针刺,提插捻转泻法1 min;尺泽,屈肘120°,直刺1寸,施提插泻法,以患侧手指抽动3次为度;曲池直刺1寸,提插捻转泻法1 min。得气后留针30 min,期间运针2次每隔10 min行针1次,平补平泻手法,持续1 min,1次/d,6次/周。对照组口服脑心通胶囊(吉林意达药业有限公司,国药准字Z20123066)4粒/次,3次/d。观察组给予加味黄芪桂枝五物汤内服,药物组成有黄芪30~50 g,桂枝10 g,白芍15 g,生姜10 g,大枣10 g<sup>(煎)</sup>,甘草片5 g,丹参15 g,红花5 g,地龙10 g,威灵仙15 g,白芷15 g,八月札15 g,秦艽15 g,羌活15 g,随证加减,肿痛明显者加川芎、延胡索、制没药、制乳香各10 g;感觉异常,偏身麻木,半身不遂者加全蝎2 g,蜂房10 g,土鳖虫10 g;面色晄白,气短乏力,口角流涎,自汗出等气虚之象重者加党参片20 g,熟附子10 g<sup>(先煎)</sup>,麸炒白术20 g;肿痛渐消者加桑寄生30 g,肉桂35 g,熟地黄30 g,山茱萸10 g。1剂/d,采用煎药机统一煎煮2次,分早、晚2次饭后温服。疗程均为连续治疗4周。

#### 1.6 观察指标

**1.6.1 主要疗效指标** ①肩手综合征评估量表(SHSS)评分<sup>[9]</sup>,SHSS分值范围0~14分,分数越高代表损伤程度越严重,其中感觉(疼痛、痛觉过敏,0~5分)、自主神经(远端水肿,0~3分)和运动(肩部外展和肩部外旋,均为0~3分)。于治疗前后各评价1次。②疼痛、肿胀消失时间,疼痛采用视觉模拟评分(VAS)评分,研究者每天记录1次,记录VAS≤1分的时间;每天观察肿胀情况,记录肿胀完消失的时间。

**1.6.2 次要疗效指标** ①上肢运动能力,采用四肢简化Fugl-Meyer功能量表(FMA)评价患侧上肢的运动情况,上肢部分(U-FMA)评分范围0~66分,分数越高表示肢体活动能力越好<sup>[9]</sup>。于治疗前后各评价1次。②日常生活活动能力(ADL),采用Barthel氏(BI)指数,总分0~100分,得分越高表示日常生活活动能力越高,总分0~100分。于治疗前后各评价1次。③气虚血瘀证评分,参照《中药新药临床研究指导原则》,按无、轻、中、重,分别记0,1,2,3分。于治疗前后各评价1次。④降钙素基因相关肽(CGRP),P物质(SP)和缓激肽(BK)采用放射免疫法测定,试剂盒(军事医学科学院,批号分别为20180671,20181052,201811064)。于治疗前后各检测1次。⑤血液流变学指标测定,检测治疗前后全血高切黏度、全血低切黏度、纤维蛋白原、血浆黏

度等血液流变学指标。

**1.7 疗效标准** 参照《偏瘫的现代评价与治疗》<sup>[10]</sup>结合临床制定,基本治愈为关节肿痛消失,活动基本正常,未见手部肌肉萎缩,SHSS减少>90%;显效为关节肿痛显著减轻,活动轻度受限,手部肌肉轻度萎缩,SHSS减少60%~89%;有效为肿痛减轻,活动明显受限,手部肌肉萎缩,SHSS减少30%~59%;无效为未达到以上有效标准。

**1.8 统计学处理** 所有数据资料采用SPSS 22.0统计分析软件。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,数据进行t检验,等级资料采用秩和检验,计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验,假设检验以 $\alpha=0.05$ (双侧)作为检验水准,均以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者临床疗效比较** 观察组患者的临床疗效优于对照组,组间比较差异有统计学意义( $Z=2.106, P<0.05$ ),见表1。

表1 两组患者临床疗效比较

组别	例数	基本治愈	显效	有效	无效
对照	65	11	22	23	10
观察	66	20	27	14	5

**2.2 两组患者治疗前后SHSS评分比较** 治疗后两组患者SHSS量表的感觉、自主神经、运动3个维度评分和SHSS总分均明显降低( $P<0.01$ );治疗后,观察组SHSS量表3个维度和SHSS总分均低于对照组( $P<0.01$ ),见表2。

表2 两组患者治疗前后SHSS评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	感觉	自主神经	运动	SHSS总分
对照	65	治疗前	3.97±0.48	1.79±0.26	4.57±0.54	10.3±1.4
		治疗后	1.85±0.23 <sup>1)</sup>	0.84±0.15 <sup>1)</sup>	1.99±0.28 <sup>1)</sup>	4.8±0.5 <sup>1)</sup>
观察	66	治疗前	3.95±0.46	1.81±0.29	4.55±0.52	10.3±1.4
		治疗后	1.36±0.21 <sup>1,2)</sup>	0.54±0.12 <sup>1,2)</sup>	1.57±0.24 <sup>1,2)</sup>	3.3±0.4 <sup>1,2)</sup>

注:与本组治疗前比较<sup>1)</sup> $P<0.01$ ;与对照组治疗后比较<sup>2)</sup> $P<0.01$ (表4,5同)。

**2.3 两组患者疼痛、肿胀消失时间比较** 治疗后,观察组患者疼痛、肿胀消失时间均短于对照组( $P<0.01$ ),见表3。

**2.4 两组患者治疗前后U-FMA,ADL和气虚血瘀证评分比较** 治疗后两组患者U-FMA,ADL评分均显著升高( $P<0.01$ ),气虚血瘀证评分明显降低

表3 两组患者疼痛、肿胀消失时间比较( $\bar{x} \pm s$ )

Table 3 Comparison of disappearing time of pain and swelling between two groups before and after treatment ( $\bar{x} \pm s$ ) d

组别	例数	疼痛消失	肿胀消失
对照	65	23.58±2.92	22.59±2.74
观察	66	19.46±2.54 <sup>1)</sup>	18.22±2.08 <sup>1)</sup>

注:与对照组比较<sup>1)</sup> $P<0.01$ 。

( $P<0.01$ ),治疗后观察组患者U-FMA,ADL评分均高于对照组( $P<0.01$ ),气虚血瘀证评分低于对照组( $P<0.01$ ),见表4。

表4 两组患者治疗前后U-FMA,ADL和气虚血瘀证评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

Table 4 Comparison of scores of U-FMA, ADL and syndrome of Qi deficiency and blood stasis between two groups before and after treatment ( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	例数	时间	U-FMA	ADL	气虚血瘀证
对照	65	治疗前	36.83±4.35	44.58±5.69	22.47±3.35
		治疗后	46.69±5.33 <sup>1)</sup>	66.26±7.87 <sup>1)</sup>	11.28±1.74 <sup>1)</sup>
观察	66	治疗前	37.21±4.41	43.95±5.72	22.69±3.14
		治疗后	51.57±6.05 <sup>1,2)</sup>	75.72±8.84 <sup>1,2)</sup>	8.09±1.13 <sup>1,2)</sup>

**2.5 两组患者治疗前后CGRP,SP和BK水平变化情况比较** 治疗后两组患者CGRP水平均有升高( $P<0.01$ ),SP和BK水平均有降低( $P<0.01$ );治疗后,观察组患者CGRP水平高于对照组( $P<0.01$ ),SP和BK水平均低于对照组( $P<0.01$ ),见表5。

表5 两组患者治疗前后CGRP,SP和BK水平变化情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

Table 5 Comparison of changes of CGRP, SP and BK between two groups before and after treatment ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	CGRP/ng·L <sup>-1</sup>	SP/ng·L <sup>-1</sup>	BK/μg·L <sup>-1</sup>
对照	65	治疗前	23.52±3.46	41.81±4.63	8.75±1.23
		治疗后	31.39±4.57 <sup>1)</sup>	33.28±4.03 <sup>1)</sup>	5.69±0.87 <sup>1)</sup>
观察	66	治疗前	23.18±3.28	42.14±4.57	8.69±1.15
		治疗后	35.73±4.91 <sup>1,2)</sup>	29.39±3.68 <sup>1,2)</sup>	4.82±0.62 <sup>1,2)</sup>

**2.6 两组患者治疗前后血液流变学水平变化情况比较** 与治疗前相比较,治疗后两组患者全血黏度(高切、低切)、血浆黏度、纤维蛋白原和血小板聚集率等指标均有降低,比较差异有统计学意义( $P<0.01$ );治疗后,观察组以上血液流变学指标均低于对照组,比较差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表6。

表6 两组患者治疗前后血液流变学水平变化情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

Table 6 Comparison of changes of hemorheology between two groups before and after treatment ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	全血黏度/mPa·s		血浆黏度 /mPa·s	纤维蛋白原 /g·L <sup>-1</sup>	血小板聚集率 /%
			200 s <sup>-1</sup>	30 s <sup>-1</sup>			
对照	65	治疗前	6.37±0.79	12.84±1.56	2.44±0.37	4.14±0.51	61.53±6.59
		治疗后	5.86±0.67 <sup>1)</sup>	10.93±1.26 <sup>1)</sup>	2.04±0.25 <sup>1)</sup>	3.51±0.45 <sup>1)</sup>	52.16±5.35 <sup>1)</sup>
观察	66	治疗前	6.42±0.82	12.86±1.61	2.48±0.35	4.12±0.49	60.94±6.63
		治疗后	5.25±0.64 <sup>1,2)</sup>	9.72±1.07 <sup>1,2)</sup>	1.70±0.19 <sup>1,2)</sup>	3.06±0.36 <sup>1,2)</sup>	46.77±5.46 <sup>1,2)</sup>

注:与本组治疗前比较<sup>1)</sup>P<0.01;与对照组治疗后比较<sup>2)</sup>P<0.05。

### 3 讨论

缺血性脑卒中具有发病率高、致残率高的特点,SHS是主要的并发症之一,仅有20%的患者肢体功能可完全恢复,SHS导致缺血性脑卒中致残的重要因素,临床分为I期(急性期),II期(营养障碍期)和III期(萎缩期),其中I期,II期是治疗的关键时期,如果不及时治疗,最终可发生关节肌肉的挛缩、畸形,形成永久性残疾,因此积极早期诊治具有重要的意义<sup>[2,11]</sup>。现代医学认为SHS发生可能与脑卒中后的交感神经系统功能障碍、神经炎症反应影响、关节结构因素、长期患侧肢体输液及患侧“忽略症”等多种因素有关,但目前仍然未完全明了,临床仍缺乏特异的治疗措施<sup>[2]</sup>。

中医认为中风多见年中老年人群,患者气阴渐衰,脏腑功能减退,气虚不能运血,血液运行不畅,停滞为瘀,脉道凝滞,阻塞不通,肢体偏枯不遂、疼痛;而营卫气虚,易感风寒湿邪,客于脉络,加重气血阻滞;气虚津液不能输布,聚为痰浊、水湿,阻滞脉络,水液泛滥肌肤故为肿胀;气血亏虚或血瘀血日久,不通或不荣肌肉、筋脉、关节失于失养,日久则筋脉拘挛、萎缩<sup>[9,12]</sup>。如《黄帝内经·灵枢》所言:“虚邪偏客身半,其入深内居营卫,营卫稍衰,则真气去,邪气独留,发为偏枯”,指出了本病乃本虚标实的病机特点,乃真气亏虚,营卫气血不和,邪气留于脉络,阻滞不畅所致<sup>[9]</sup>。

针刺是中医治疗SHS的重要措施之一,具有活血化瘀、疏通经络,整体调和气血、协调阴阳功能,系统评价证明针刺疗法治疗肩手综合征有效、安全措施<sup>[13]</sup>。醒脑开窍针刺以调神、开窍启闭立法,可扩张局部血管,改善血流动力学,提高对神经保护性物质的表达,广泛用于缺血性脑卒中各期及并发症的治疗,较传统针刺有更好疗效<sup>[14]</sup>。

为提高SHS的治疗效果,本研究笔者针对其气虚血瘀的病机特点,在醒脑开窍针刺的基础上采用加味黄芪桂枝五物汤内服,方中重用黄芪益气

中,补气生血,助气运血,桂枝散寒温经通痹,生姜疏风散寒,白芍养血和营而通血痹,大枣、甘草片养血益气和营、调和营卫,丹参、红花活血通经、祛瘀止痛,地龙通经活络、搜风止痉,秦艽祛风除湿,和血舒筋,威灵仙祛风除湿、通络止痛、散结消肿,羌活、白芷祛风、除湿、止痛,八月札理气止痛消肿。全方共奏益气温经,祛风除湿,化瘀通络,消肿止痛之功。所加入药物中丹参含丹参酮、隐丹参酮、迷迭香酸、丹参素、丹酚酸等活性成分,具有改善微循环、保护神经细胞作用等作用<sup>[15]</sup>。红花含有黄酮、亚精胺、木脂素,具有改善脑缺血再灌注损伤,抗氧化应激损伤,改善微循环等多种效应<sup>[16]</sup>。地龙具有镇痛、抗凝血、抗血栓、增强免疫等作用<sup>[17]</sup>。秦艽和威灵仙均有抗炎、镇痛、镇静作用<sup>[8]</sup>。

SHSS是评价SHS严重程度的专用量表,本组资料显示治疗后SHSS量表感觉、自主神经、运动3个维度评分和SHSS总分均低于对照组,U-FMA,ADL评分均高于对照组,气虚血瘀证评分低于对照组,观察组患者疼痛、肿胀消失时间均短于对照组,观察组患者的临床疗效优于对照组,以上结果表明了内服加味黄芪桂枝五物汤配合醒脑开窍针刺疗法可明显减轻SHS严重程度,缩短疼痛和肿胀的病程,改善上肢运动功能,减轻中医临床证候,提高患者的日常生活活动能力和临床疗效。

CGRP是一种活性多肽,能舒张血管,调节血液循环,调节血黏度,调节汗腺,改善肢体淋巴回流,缓解患肢痉挛,研究显示CGRP与SHS患者的理性疼痛、肿胀、交感皮肤反应和肌肉痉挛等多种临床表现密切相关,故调节CGRP有利于患者症状改善,也是治疗效果和预后评估的依据<sup>[18]</sup>。BK是一种炎症介导因子,在介导炎症性疼痛方面具有重要作用,对感觉神经具有增敏效应,可启动炎症信号通道,激活痛觉感受器,从而引起疼痛<sup>[19]</sup>。SP主要存在于感觉神经纤维中,是启动神经源性炎症反应的重要介质,可在脊髓传递伤害性信息,是疼痛产

生和调控的重要速激肽物质<sup>[9]</sup>。本组资料显示治疗后观察组患者 CGRP 水平高于对照组, SP 和 BK 水平均低于对照组, 提示了加味黄芪桂枝五物汤可通过调节 CGRP, SP 和 BK 水平, 从而起到减轻神经源性炎症反应, 起到改善疼痛、肿胀等临床症状的效果。本研究还显示治疗后观察组的全血黏度(高切、低切)、血浆黏度、纤维蛋白原和血小板聚集率等均低于对照组, 提示了加味黄芪桂枝五物汤可改善血液流变学指标, 改善微循环, 从而有利于神经功能的恢复。

综上, 在西医常规治疗的基础上, 加味黄芪桂枝五物汤内服配合醒脑开窍针刺疗法可减轻 SHS 严重程度和中医临床证候, 缩短病程, 改善上肢运动功能, 并可抑制神经源性炎症反应, 改善血液流变, 提高了患者的日常生活活动能力和临床疗效。

#### [参考文献]

[1] 中华医学会神经病学分会神经康复学组. 中国脑卒中康复治疗指南(2011完全版)[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 4(4): 55-76.

[2] 姜道新, 马得旅, 王楠, 等. 肩手综合症的流行病学及病因病机研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(1): 47-49.

[3] 孟凡颖, 温进. 温针灸外关穴治疗脑卒中后肩手综合征I期的临床观察[J]. 针刺研究, 2014, 39(3): 228-231, 251.

[4] 吴丹, 邓建华, 文佳. 中风后肩手综合症的中医药治疗进展[J]. 中医临床研究, 2018, 10(36): 26-28.

[5] 李唯臻, 杜元灏, 韩月宇. 醒脑开窍针法配合上肢关节围刺治疗肩手综合征临床观察[J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24(7): 981-982, 989.

[6] 李冀, 孙新雨, 毕珺辉. 黄芪桂枝五物汤的临床应用及实验研究进展[J]. 中医药学报, 2014, 42(5): 108-111.

[7] 马勇, 王华伟, 杨盼盼, 等. 黄芪桂枝五物汤联合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征80例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(4): 76-78.

[8] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4): 246-257.

[9] 王天磊, 刘建浩, 郑杨杨, 等. 加味补阳还五汤联合头针对气虚血瘀证脑卒中后单侧空间忽略的疗效观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24(13): 196-201.

[10] 王茂斌. 偏瘫的现代评价与治疗[M]. 北京: 华夏出版社, 1990: 226-231.

[11] 张晓莉, 唐朝正, 贾杰. 中西医治疗脑卒中后肩手综合征现状分析[J]. 中国康复医学杂志, 2015, 30(3): 294-298.

[12] 王瑞红, 何亚楠, 黄涛. 针刺联合艾灸治疗缺血性中风后肩手综合征临床研究[J]. 中医学报, 2017, 32(7): 1329-1332.

[13] 林卉, 马铁明. 针灸疗法治疗肩手综合征疗效的Meta分析[J]. 针刺研究, 2012, 37(1): 77-82.

[14] 赵亚伟. 醒脑开窍针刺法治疗中风病研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(8): 907-910.

[15] 姜雪, 史磊. 丹参活性成分及药理作用研究进展[J]. 药学研究, 2017, 36(3): 166-169.

[16] 邵礼梅, 许世伟, 苏玉娟. 红花药物分析、化学成分及现代药理研究进展[J]. 中医药信息, 2017, 34(2): 123-125.

[17] 黄庆, 李志武, 马志国, 等. 地龙的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24(13): 220-226.

[18] CAVIEDESBUCHELI J, RIOSOSORIO N, REYROJAS M, et al. Substance P and calcitonin gene-related peptide expression in human periodontal ligament after root canal preparation with reciproc blue, WaveOne Gold, XP EndoShaper and hand files [J]. Int Endodon J, 2018, 51(12): 1358-1366.

[19] MARZETTI E, RABINI A, PICCININI G, et al. Neurocognitive therapeutic exercise improves pain and function in patients with shoulder impingement syndrome: a single-blind randomized controlled clinical trial [J]. Eur J Phys Rehabil Med, 2014, 50(3): 255-264.

[责任编辑 何希荣]