

针刀浅刺加火罐治疗脑卒中后肩手综合征临床疗效观察

袁建斌 高红红

(尉氏福利康复医院 湖北 武汉 430070)

【摘要】目的: 探索针刀浅刺加火罐治疗脑卒中后肩手综合征的临床效果。方法: 选取2019年7月~2021年7月间于我院确诊的肩手综合征I期患者78例作为研究对象, 用电脑随机分组模式将患者随机分为A组和B组, A组40例, 行针刀浅刺加火罐治疗, B组38例, 行普通针刺治疗, 比较两组FMA评分、手部肿胀情况以及VAS评分。结果: A组FMA评分、手部肿胀情况以及VAS评分均优于B组。结论: 针刀浅刺加火罐治疗脑卒中后肩手综合征的临床效果显著, 适合在脑卒中后肩手综合征临床治疗中推广应用。

【关键词】针刀浅刺; 火罐治疗; 肩手综合征

Clinical observation on the treatment of post-stroke shoulder-hand syndrome by shallow needling with acupuncture and cupping

Jianbin Yuan Honghong Gao

(Weishi Welfare Rehabilitation Hospital, Wuhan, Hubei, 430070)

[Abstract] Objective To explore the clinical effect of shallow needling with acupuncture and cupping in the treatment of post-stroke shoulder-hand syndrome. Methods Seventy-eight patients with shoulder-hand syndrome stage I diagnosed in our hospital between July 2019 and July 2021 were selected as the research subjects, and the patients were randomly divided into group A and group B by computer randomization mode, and group A with 40 cases, received acupuncture and cupping therapy, 38 cases in group B received ordinary acupuncture, and compared the FMA score, hand swelling and VAS score between the two groups. Results The FMA score, hand swelling and VAS score of group A were better than those of group B. Conclusion The clinical effect of acupuncture and cupping in the treatment of post-stroke shoulder-hand syndrome is significant, and it is suitable for popularization and application in the clinical treatment of post-stroke shoulder-hand syndrome.

[Key words] Acupuncture and shallow needling; Cupping therapy; Shoulder-hand syndrome

肩手综合征又称反射性交感神经营养不良综合征, 是脑卒中后偏瘫常见并发症之一, 一般会在脑卒中后的1~3月之内发生, 发生肩手综合征的患者会出现明显的偏瘫侧手部浮肿、疼痛及偏瘫侧肩部疼痛等症状, 并伴随上肢运动功能障碍、皮温改变。在发生肩手综合征后, 如果不对患者进行及时治疗, 偏瘫患者的康复进程将会受到影响, 同时还有几率引起偏瘫侧肩关节和手指永久畸形, 对患者的生活状况和生命质量带来严重影响^[1]。为了及时且有效解决脑卒中后患者并发的肩手综合征, 采用了针刀浅刺加火罐结合康复训练的治疗方案, 并取得了显著的临床疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取在尉氏福利康复医院康复医学科住院部2019年7月~2021年7月间的肩手综合征I期患者78例, 使用电脑按照就诊顺序进行编号, 并按照随机数字表将患者随机分为A组和B组, A组40例, B组38例。A组出血性脑卒中患者17例, 缺血性脑卒中患者23例; 男性22例, 女性18例; 年龄区间46岁~66岁;

病程1~6月。B组出血性脑卒中患者15例, 缺血性脑卒中患者23例; 男性21例, 女性17例; 年龄区间43岁~65岁; 病程1~6月。两组性别、年龄、病程及卒中性质方面比较无显著性差异($P > 0.05$), 选取患者均符合《中国脑血管疾病防治指南》诊断标准及中国康复研究中心制定的肩手综合征诊断要点, 两组存在可比性。

诊断标准

脑卒中诊断标准: 符合中华医学会神经病学分会

【2016版中国脑血管疾病诊治指南与共识】中脑出血及脑梗死的诊断标准, 且经头颅CT检查证实。

肩手综合征诊断标准: 参照中国康复研究中心制定的肩手综合征诊断要点: 偏瘫侧肩部疼痛、活动受限、常伴有皮肤潮红、皮温增高, 可伴有肘、腕、手指疼痛、活动受限; 局部无外伤、感染的证据, 也无周围血管病的证据。

肩手综合征分期标准: I期(早期): 肩部疼痛、活动受限, 同侧手部肿胀、可出现发红、皮温升高, 手指屈曲多受限, 被动屈曲时疼痛加剧; II期(营养障碍期): 肩、手疼痛, 肿胀减轻或消失, 皮肤萎缩,

手指活动日趋受限,皮温降低,手部小肌肉萎缩;III期(末期或后遗症期):肩、手的皮肤和肌肉明显萎缩,关节活动度永久丧失,手指完全挛缩、畸形僵直。

纳入标准:①符合脑卒中诊断,且经过头颅CT检查证实;②符合肩手综合征I期诊断;③年龄在40~70岁之间者;④病程<8个月,且首次发病伴发肩手综合征。

排除标准:①合并有较严重心、肝、肾并发症;②合并风湿、类风湿性关节炎,骨骼疾病所致的上肢运动障碍以及疼痛;③不能耐受针刀或普通针刺治疗者;④有出血倾向,凝血功能差的患者,糖尿病患者血糖控制不佳者;⑤认知障碍,影响康复测评的患者。

1.2 治疗方法

分为A、B两组,两组患者均给予常规内科治疗,包括内科综合支持治疗,稳定血压、血糖等,参照中华医学会神经病学分会【2016版中国脑血管疾病诊治指南与共识】。A组为治疗组,采用针刀浅刺加拔火罐配合康复训练;B组为对照组,采用普通针刺加康复训练。观察两周后进行康复评定与疗效评估。

A组行针刀浅刺加火罐配合康复训练。患者取端坐位,暴露偏瘫侧肩部,术者以拇指触压偏瘫侧肩周,找出皮下结节或最痛点即浅筋膜粘连或肥厚点4~6个,用标记笔做好标记;常规皮肤消毒,术者戴无菌手套,右手持0.4*40型号小针刀从定点处进针约4~8mm(根据患者皮下脂肪厚度决定),有突破感提示深度达浅筋膜层,沿肌纤维走向纵疏3~4刀,松懈浅筋膜;出针刀后压迫止血。术后随即于定位处拔火罐10min,起罐后擦净出血,再次消毒针眼;嘱患者术后72h忌沾水、受凉。针刀浅刺加火罐治疗每周2次,共治疗4次。康复训练:保持正确的良肢位:避免长时间偏瘫侧上肢下垂。患者仰卧位时,偏瘫侧肩胛骨下方垫适当软垫、肘关节伸展、腕关节轻微背伸、手指伸展;坐位时,偏瘫侧上肢放于轮椅前餐板或以非偏瘫侧手托偏瘫侧手掌侧面,使偏瘫侧腕关节处于微背伸,掌指关节和指间关节处于伸展状态。功能锻炼:根据患者身体机能,取仰卧位或坐位,在治疗师帮助下,患者采用Bobath握手,肘关节伸展,在无痛范围内最大程度做肩关节前屈辅助主动运动,尽可能维持并扩大持肩关节活动范围。治疗师辅助主动肩前屈每日上、下午各一次,每次3组,每组重复做10次肩关节前屈动作,每组之间休息3分钟;患者在非患侧手带动下,采用Bobath握手,肘关节伸展,在无痛范围内缓慢地做最大程度肩关节主动功辅助主动运动,尽可能保持肩关节全范围活动,该动作每日早、中、晚各一次,每次3组,每组重复做10次;偏瘫侧上肢负重训练:患者端坐位,偏瘫侧手置于偏瘫侧股骨大转子外侧10cm处,家属辅助保持偏瘫侧肘伸展、

腕背伸、手指伸展,嘱患者重心往偏瘫侧倾斜,在无痛程度下让偏瘫侧上肢负重。偏瘫侧上肢负重训练每次3min,每日5~6次,负重训练可对偏瘫侧关节进行挤压,反射性引起关节伸肌收缩。功能锻炼时,尽可能让患者做主动运动,即使手完全瘫痪,也应结合有主动功能的肌肉进行锻炼。主动运动能刺激肌肉活动。肌肉收缩为减轻水肿提供了良好的泵的作用。

B组行普通针刺配合康复训练。①取偏瘫侧肩井、天宗、肩髃、曲池、内关、阿是穴等穴位;②常规肢体消毒,采用单手插入法进针,完成进针得气后留针20min,拔针后压迫止血,每周针刺5次。康复训练内容与A组相同。

1.3 观察指标

①功能评定。运用Fugl-Meyer评定法进行治疗前后评定,接受治疗患者按照33个项目进行活动能力展示,根据活动情况为每个项目打分,项目分数在0~2分间,满分为66分,得分越高,说明患者上肢功能恢复越好;②手部肿胀评定。运用量筒浸水法进行治疗前后评定,接受治疗患者将患侧手垂直放入容器中,容器中盛水至满,将患侧手的腕横纹与水平面平行,在水停止溢出后取出手,对容器中剩余的水量进行测量,根据溢出水量和剩余水量间差值计算手体积,测量工作进行3次左右,取平均值以减少误差,完成后以同样方式测量患者健手,根据患者健手与患手的体积差评定患者的手部肿胀情况;③疼痛评定。运用VAS评分法进行治疗前后评定,接受治疗患者在0~10的刻度直线上划线,根据患者划线评定患者疼痛情况,评分越高说明患者痛感越剧烈。

1.4 统计方法

以SPSS软件为本次研究的统计工具,选择软件版本为22.0版本,组间的比较资料用 \pm 表示,用t检验, $P < 0.05$ 表明差异有统计学意义。

2 结果

A组FMA评分、手部肿胀情况以及VAS评分均优于B组,具体结果如表1所示。

3 讨论

肩手综合征是影响脑卒中后上肢功能恢复的主要因素之一,其临床表现主要为肩痛、肩及腕关节活动受限,手部浮肿疼痛。其发病机制尚不明确,可能与不良肢体位使患侧腕关节长时间处于过度掌屈位、周围性损伤、交感神经功能紊乱、神经源性炎症、中枢神经系统重塑性改变等因素相关。

脑卒中后肩手综合征患者因为惧怕疼痛,在治疗过程中会主观化地减少偏瘫侧上肢功能训练,个别患者甚至会对偏瘫侧上肢进行制动,并用非偏瘫侧手进行过度保护,这会阻碍到上肢运动功能的恢复,形成恶性循环,加重患者的痛苦^[2]。长期过度的疼痛,还

表 1 两组 FMA 评分、手部肿胀情况以及 VAS 评分治疗前后比较 (x ± s)

组别	n	FMA 评分 (分)		手部肿胀 (mL)		VAS (分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	40	13.58 ± 9.17	43.36 ± 12.58 ^{△▽}	174.2 ± 15.4	80.4 ± 10.7 ^{△▽}	6.82 ± 1.24	1.38 ± 0.75 ^{△▽}
B 组	38	14.14 ± 9.98	35.25 ± 13.71 [△]	169.0 ± 11.3	128.4 ± 6.0 [△]	7.03 ± 1.66	2.96 ± 1.21 [△]

注：组间比较，▽ P < 0.05；组内比较，△ P < 0.05

会导致心理问题，如焦虑、抑郁等，更进一步影响患者康复。肩手综合征根据其临床表现分为 III 期，I 期为急性期，患者患侧手突然出现浮肿，并且很快出现运动范围明显受限，可伴偏瘫侧手颜色改变，呈橘红或紫色，特别是当手处于下垂状态时。浮肿手表面有微热感和潮湿感。第 I 期可持续 3 ~ 6 个月，如果能进行早期有效治疗，可以阻止病程，从而加速患者上肢功能恢复。如不及时治疗，将会转入 II、III 期，而 III 期是不可逆的终末阶段，偏瘫侧手可能完全丧失肌理功能，成为终身残疾^[3]。目前，国内外对肩手综合征尚无特异性治疗方案，临床主要对症处理，包括药物治疗、物理治疗、局部封闭、针灸推拿等。因此，深入研究肩手综合征的治疗方法，寻找更好的治疗方案，对于减轻患者症状，促进偏瘫侧上肢功能恢复，提高患者生活质量有重要的意义。

浅筋膜位于皮下脂肪中，将皮下脂肪分为深、浅两层，向上通过浅层皮支持带将其与皮肤相连；向下通过深层皮支持带与深筋膜相连；浅筋膜及皮下脂肪中穿行有丰富的浅层血管、淋巴管与神经，主要是帮助进行痛觉的传递以及身体的体液循环。当浅层筋膜粘连后，容易出现静脉、淋巴回流变差导致的肢体的水肿和疼痛。

为了提高临床治疗成效，选用针刀浅刺加火罐进行肩手综合征临床治疗，针刀是将中医针刺与西医手术刀结合创造的一种治疗工具，具有毫针对穴位的刺激作用和手术刀切开的作用，用针刀对粘连、肥厚的浅筋膜进行松懈，可快速缓解由于筋膜过度紧张、粘连导致的肢体水肿与疼痛。并且由于有进针深度浅、疼痛小、易操作等优点，最大化的纠正了常规针刀治疗进针深、创伤较大、疼痛较剧、治疗前需先进行局部浸润麻醉等缺点，更容易为患者和家属接受。拔火罐疗法是我国传统的中医疗法，具有逐寒祛湿、疏通经络、祛除淤滞、行气活血、消肿止痛等功能。在本次研究中可见，通过触诊在偏瘫侧肩周确定痛点，持针刀从定点处进针达浅筋膜，松懈粘连浅筋膜；对病变部分进行拔火罐祛除淤滞、行气活血、消肿止痛，两相结合，可以起到更好的治疗效果。采用该方案对脑卒中后肩手综合征患者进行治疗，偏瘫侧上肢疼痛

能迅速得到缓解，这既减轻了患者因疼痛而引起的焦虑、恐惧，又建立了患者康复的信心，为患者康复训练创造了良好的条件。

因为针刀浅刺加火罐减轻了患者痛感，在无痛或少痛的状态下，患者康复训练的效果会进一步增强。良好的体位摆放，有助于肩关节保持正常解剖关系，防止肩关节囊和周围韧带出现继发性损伤，避免肩痛症状发生；合理的康复训练可以改善偏瘫侧肢体的血运，并且通过偏瘫侧肢体肌肉和关节运动向中枢神经系统输入大量本体感觉冲动，促使病灶侧神经元功能重建，神经系统功能重塑，加快患者的恢复；压迫性向心缠绕有助于静脉、淋巴回流，达到消肿止痛效果；冷热水交替浸泡能够刺激血管，促使其交替收缩舒张，进一步缓解水肿症状。从研究结果来看，针刀浅刺加火罐和普通针刺两种治疗方案结合合理康复训练在改善脑卒中后肩手综合征所致的肿胀、疼痛、功能障碍方面均有明显的效果，而比较两组患者的 FMA 评分、手部肿胀情况以及 VAS 评分，接受针刀浅刺加火罐治疗患者的痛感更轻、手部肿胀好转更明显、上肢功能恢复更良好，在临床疗效上显著优于接受普通针刺的患者。综上所述，针刀浅刺加火罐治疗结合康复训练能显著改善脑卒中患者上肢肿胀、疼痛以及功能受限等问题，是治疗脑卒中后肩手综合征的有效方法，具有良好的临床应用价值，值得在脑卒中后肩手综合征临床治疗中推广。

参考文献：

[1] 苏梦, 闫岚, 刘琪, 等. 特色针法结合康复训练治疗中风后肩手综合征临床研究进展 [J]. 国际中医中药杂志, 2021, 43(2): 5

[2] 许明霞. 活血舒筋方熏蒸联合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征的临床观察 [J]. 中国中医药科技 2021, 28(2), 307-309

[3] 韩贵霞, 麦国钊, 易钊浩. 康复护理干预对超声引导下针刀治疗脑卒中后 II 期肩手综合征的疗效观察 [J]. 首都食品与医药, 2020, 027(008): P.125-126

作者简介 (第一作者和通讯作者)：袁建斌，男 (1983.12)，汉，山西省吕梁市，本科，职位 / 职称：康复医学科主任 / 主治医师，研究方向：神经康复。