

- [12] 赵静, 王季良. 针刺治疗顽固性周围性面瘫眼睑闭合不全的疗效观察[J]. 中华针灸电子杂志, 2018, 7(3): 100-103.
- [13] ZHANG R, WU T, WANG R, et al. Compare the efficacy of acupuncture with drugs in the treatment of Bell's palsy: a systematic review and meta-analysis of RCTs [J]. Medicine (Baltimore), 2019, 98(19): e15566.
- [14] 孙忠人, 刘昱秀, 吴建丽, 等. 近十年针灸及相关疗法治疗顽固性面瘫的研究概述[J]. 中国中医急症, 2020, 29(12): 2234-2237.
- [15] 陈栋, 刘美琼, 刘红波. 透刺法配合穴位按摩法治疗周围性面瘫45例临床疗效分析[J]. 新中医, 2016, 48(7): 47-48.
- [16] 王波, 谭春风, 徐琼, 等. 太阳透地仓、颊车治疗周围性面瘫的临床研究及对面神经传导功能的影响[J]. 上海针灸杂志, 2020, 39(11): 1385-1390.
- [17] 黄晓媛, 李崖雪, 孙申田. 不同电针波形在面瘫后遗症中的应用[J]. 针灸临床杂志, 2007, 23(10): 19-20.
- [18] 张建斌, 王玲玲, 胡玲, 等. 艾灸温通作用的理论探讨[J]. 中国针灸, 2011, 31(1): 51-54.
- [19] 蔡玉梅, 郑继范, 黄文燕. 麦粒灸的临床应用和实验研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2008, 24(9): 61-62.
- [20] 王冬冬, 李博, 查永梅. 张庆萍教授针灸治疗周围性面瘫临床经验撷英[J]. 中国针灸, 2021, 41(3): 313-315.
- [21] 蔡加, 曾繁华. 热敏灸迎香、风池治疗过敏性鼻炎的临床研究[J]. 赣南医学院学报, 2014, 34(6): 942-943.
- [22] 马淑惠, 冯毅, 刘赫, 等. 温和灸人迎穴对缺血性脑血管病脑血流量的作用[J]. 北京中医药大学学报, 1998, 21(3): 68-69.
- [22] 冯闪闪, 孙朝军, 郭蕴萍, 等. 针刺人迎穴对缺血性脑卒中伴原发性高血压患者血压的影响[J]. 中国针灸, 2019, 39(11): 1160-1163.
- [23] 朱现民, 郑婕, 王世威. 古代凶险要穴人迎新用探析[J]. 中国针灸, 2014, 34(4): 367-371.

【责任编辑：宋威】

毛刺法结合肩周封闭术治疗脑卒中肩手综合征 I 期的临床观察

陈丹萍, 刘爱群, 洪铭范, 黄拯, 余青云
(广东药科大学附属第一医院神经内科, 广东广州 510080)

摘要:【目的】观察毛刺法结合肩周封闭术治疗脑卒中肩手综合征 I 期的临床疗效。【方法】将 40 例脑卒中后肩手综合征 I 期患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 20 例。2 组患者均给予脑卒中常规药物治疗和基础康复治疗。对照组在常规处理的基础上, 给予肩周封闭术治疗。治疗组在对照组治疗的基础上, 给予手背部毛刺法治疗。2 周为 1 个疗程, 共治疗 1 个疗程。治疗 2 周后, 评价 2 组临床疗效, 观察 2 组患者治疗前后疼痛视觉模拟量表 (VAS) 评分与手肿胀程度的变化情况, 以及手部交感神经皮肤反应 (SSR) 的情况。比较 2 组患者治疗前后 Fugl-Meyer 手功能量表的变化情况, 并评价 2 组不良反应的发生情况。【结果】(1) 治疗后, 2 组患者的 VAS 评分、手肿胀程度、SSR 波幅均明显改善 ($P < 0.05$), 且治疗组在改善 VAS 评分、手肿胀程度、SSR 波幅方面均明显优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。(2) 治疗后, 2 组患者的 Fugl-Meyer 手功能量表评分明显改善 ($P < 0.05$), 治疗组在改善 Fugl-Meyer 手功能量表评分方面稍优于对照组, 但与对照组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。(3) 治疗组总有效率为 95.00% (19/20), 对照组为 85.00% (17/20)。治疗组疗效稍优于对照组, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组显效率为 85.00% (17/20), 对照组为 15.00% (3/20)。治疗组显效率明显高于对照组, 差异有统计学意义。

收稿日期: 2021-07-16

作者简介: 陈丹萍 (1987-), 女, 主管技师; E-mail: 342582636@qq.com

通讯作者: 余青云 (1967-), 女, 主任医师; E-mail: yqy8591@126.com

基金项目: 广东省重点学科科研资助项目 (编号: 2019-GDXK-0012); 广东省研究生示范课程建设项目 (编号: 2018SFKC26)

义($P < 0.05$)。(4)2组患者的不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。【结论】毛刺法结合肩周封闭术治疗脑卒中肩手综合征 I 期, 能明显改善患者疼痛、肿胀等症状, 改善交感神经皮肤反应, 疗效显著。

关键词: 毛刺法; 脑卒中; 肩手综合征; 肿胀; 皮肤交感反应; 肩周封闭术

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2022)03-0574-07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2022.03.019

Clinical Observation on Shallow Needling Combined with Periarthritis Closure Therapy in the Treatment of Stage I Shoulder-hand Syndrome after Stroke

CHEN Dan-Ping, LIU Ai-Qun, HONG Ming-Fan,
HUANG Zheng, YU Qing-Yun

(Dept. of Neurology, The First Hospital Affiliated to Guangdong Pharmaceutical University, Guangzhou 510080 Guangdong, China)

Abstract: Objective To observe the clinical efficacy of shallow needling combined after periarthritis closure therapy in the treatment of stage I shoulder-hand syndrome after stroke. **Methods** Forty patients of stage I shoulder-hand syndrome after stroke were randomly divided into treatment group and control group, with 20 patients in each group. Patients in both groups were given conventional drug therapy and basic rehabilitation therapy for stroke. The control group was treated with periarthritis closure therapy on the basis of conventional treatment, and the treatment group was treated with shallow needling at hand back on the basis of the control group, two weeks as a course of treatment and lasting one course. After 2 weeks of treatment, the clinical efficacy of the two groups was evaluated, and the changes of Visual Analogue Scale (VAS) score and hand swelling degree, as well as the sympathetic skin reaction (SSR) of hands were observed before and after treatment. The changes of Fugl-Meyer hand function scale were compared between the two groups before and after treatment, and the incidence of adverse reactions in the two groups was evaluated. **Results** (1) After treatment, VAS score, hand swelling degree and SSR amplitude in the two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the improvement of VAS score, hand swelling degree and SSR amplitude in the treatment group was significantly superior to that in the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (2) After treatment, the scores of Fugl-Meyer hand function scale in both groups were significantly improved ($P < 0.05$). The improvement of score of Fugl-Meyer hand function scale in the treatment group was slightly superior to that in the control group, but there was no statistically significant difference ($P > 0.05$). (3) The total effective rate was 95.00% (19/20) in the treatment group and 85.00% (17/20) in the control group. The therapeutic effect of the treatment group was slightly superior to that of the control group, but there was no statistically significant difference ($P > 0.05$). The marked effective rate was 85.00% (17/20) in the treatment group and 15.00% (3/20) in the control group. The marked effective rate of the treatment group was higher than that of the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (4) There was no statistical significance in the incidence of adverse reactions between two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** The shallow needling therapy combined with periarthritis closure therapy has significant effect in treating stage I shoulder-hand syndrome after stroke by improving the symptoms of pain, swelling and sympathetic nerve skin reaction.

Keywords: shallow needling; stroke; shoulder-hand syndrome; swelling; skin sympathetic response; periarthritis closure therapy

肩手综合征(shoulder-hand syndrome, SHS)也称为反射性交感神经营养不良(reflex sympathetic

dystrophy, RSD), 多继发于脑卒中、心肌梗塞、上肢外伤等疾病。目前, 本病的发病机制尚不清

楚,在脑卒中患者中SHS较为常见,本病常因患者手部水肿及关节疼痛而影响患者康复的主动性,成为卒中后残疾的重要原因之一^[1]。因此,脑卒中后并发SHS在早期寻找有效的治疗方法,能够促进患者主动进行功能锻炼,这是目前亟待解决的难点。有报道显示,肩周封闭术治疗本病显效快但易复发^[2]。本研究采用毛刺法结合肩周封闭术治疗脑卒中肩手综合征I期患者,取得显著疗效,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组

选取2020年5月至2021年4月在广东药科大学附属第一医院神经内科收治的40例明确诊断为SHS I期的患者为研究对象。按随机数字表将患者随机分为治疗组和对照组,每组各20例。本研究获医院伦理委员会审议通过。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014》^[3]以及《中国脑出血诊治指南2014》^[4]中有关脑梗死和脑出血的诊断标准拟定。

1.2.2 中医诊断标准

参照国家中医药管理局脑病急症科研协作组制订的《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[5]中有关中风的诊断标准拟定。中风病证候的诊断标准参照1994年国家中医药管理局脑病急症科研协作组起草制定的《中风病辨证诊断标准(试行)》^[6]拟定。肩手综合征的诊断标准参照中华医学会神经病学分会神经康复学组等制定的《中国脑卒中康复治疗指南(2011完全版)》^[7]中有关肩手综合征的诊断标准拟定。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准;②生命体征稳定,临床症状、体征无进行性加重;③年龄在35~85岁之间,且病程小于3个月;④自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准

①患有严重合并症或并发症的患者,如心、肝、肺、肾系统疾病,血液系统疾病的患者;②患有严重的精神障碍、意识障碍或语言障碍,不能配合治疗的患者;③危重症的患者;④由于深静脉血栓、骨折术后、局部创伤或过敏所导

致局限性水肿的患者;⑤由于输液所导致水肿的患者。

1.5 剔除标准

①不符合纳入标准而误入者;②研究资料不齐全而影响疗效判定者;③未按研究方案要求服药者;④治疗过程中病情突然恶化或新发其他疾病者。

1.6 治疗方法

1.6.1 常规处理

2组患者均给予脑卒中常规药物治疗和基础康复治疗。包括控制基础病,如高血压、糖尿病、高脂血症等,对症治疗和防治其它并发症,适当加强营养。同时,给予健康宣教,嘱患者日常低脂、低糖、低盐饮食,保持心情舒畅,鼓励患者增强战胜疾病的信心,注意患者良肢体位的摆放等。基础康复治疗包括良肢位摆放和主被动训练。良肢位摆放:患者休息时患肢手腕背屈并抬高至与心脏平面成30度、肢体远端较近端高、近端较心脏平面高。主被动训练:以Bobath技术为理论指导,对肩关节、肘关节、腕关节及指间关节进行挤压,促进本体感觉的恢复。进行主被动关节活动度锻炼及肌力锻炼,鼓励患者主动运动,双手行Bobath握手上举训练。康复治疗每周5次,2周为1个疗程,共治疗1个疗程。

1.6.2 对照组

在常规处理的基础上,给予肩周封闭术治疗。具体方法如下:将倍他米松注射液7 mg与2%盐酸利多卡因注射液3 mL混匀,常规酒精消毒后,注射入局部肱二头肌长头肌肌腱、冈上肌肌腱压痛点或痛点处。肱二头肌长头肌肌腱阻滞方法:将针尖刺入肱二头肌长头肌肌腱2~3 cm后,改变方向向喙突注入药品约2 mL。冈上肌肌腱阻滞方法:将针尖刺入冈上肌肌腱1~2 cm处,注入药品约2 mL。痛点阻滞方法^[8]:寻找肩关节周围最酸痛点进针达筋膜层后,注入药品2~4 mL。每次治疗时,根据患者的病情适当选取2~3个治疗部位,分别注入药品约4 mL,每位患者治疗1次。

1.6.3 治疗组

在对照组治疗的基础上,给予手背部毛刺法治疗。具体操作如下:患者取仰卧位,患手掌朝下自然放松于身体一侧,消毒手背部、腕部及前臂外侧皮肤。选用环球牌一次性无菌针灸针(苏

州医疗用品厂有限公司,规格:0.3 mm×13 mm),局部以八邪穴为起始,每间隔1寸进一针,针刺围绕手背水肿部位进行并加刺外关、手三里及曲池等穴,针尖均朝向肘关节方向浅刺^[9]。治疗部位给予国仁牌特定电磁波治疗器(TDP型,重庆市国人医疗器械有限公司产品)照射,照射距离为30 cm,照射时间为30 min,留针30 min后出针。每天治疗1次,以水肿明显消退为标准,一般治疗3~5 d。

1.7 观察指标

1.7.1 疼痛程度评估

采用疼痛视觉模拟量表(Visual Analogue Scale, VAS)评分来评估2组患者腕关节的疼痛情况。医师使用一条长约10 cm的游动标尺,一面标有10个刻度,两端分别为“0”分端和“10”分端,0分表示无痛,10分代表难以忍受的最剧烈的疼痛。将直尺上有刻度一面背向患者,请患者在直尺上标出代表自己疼痛程度的位置,医师根据患者标出的位置做出评分。所有患者由同一医师完成评估。

1.7.2 肿胀程度评估

采用患侧与健侧手的容积差(单位:mL)方法进行评定。将容积为2 000 mL的量筒装满水,嘱患者将手置于水平面以下,并没及腕横纹处,取出手,用100 mL量筒测量排出水的体积即是手的体积^[10]。于治疗前及最后一次治疗后2 h测量,分别测量双手的体积,以患手与健手的体积差计为手肿胀程度。

1.7.3 皮肤交感神经反应评估

采用手部交感神经皮肤反应(sympathetic skin response, SSR)进行评定。所有SSR检查均由同一位医师完成,采用丹麦生产的KEYPOIUT40H肌电图/诱发电位仪进行双上肢SSR潜伏期(SL)及其动作电位波幅(SA)检测。检测均在安静、室温为25℃的房间中进行。

1.7.4 上肢功能恢复情况评估

采用Fugl-Meyer手功能量表进行评估,统一由同一位治疗师完成评定。患者取坐位,项目包括反射活动,上肢屈肌、伸肌协同运动,伴协同运动的活动,分离活动,腕稳定性,腕关节、手指活动,协同能力与速度等。总分66分,分数越高,则代表功能越好。

1.7.5 不良反应

观察2组患者治疗期间不良反应的发生情况,并作比较。

1.8 疗效判定标准

参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[11]采用尼莫地平法。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。痊愈:95%≤疗效指数≤100%;显效:70%≤疗效指数<95%;有效:30%≤疗效指数<70%;无效:疗效指数<30%。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.9 统计方法

采用SPSS 23.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料采用率或构成比表示,组间比较采用卡方检验;等级资料组间比较采用Ridit分析。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较

治疗组20例患者中,男10例,女10例;年龄35~84岁,平均(68.2±12.1)岁;病程21~50 d,平均(33.6±9.95)d。对照组20例患者中,男11例,女9例;年龄37~85岁,平均(66.6±11.2)岁;病程12~52 d,平均(32.8±11.26)d。2组患者的性别、年龄、病程等一般情况比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),表明2组患者的基线特征基本一致,具有可比性。

2.2 2组患者治疗前后VAS评分比较

表1结果显示:治疗前,2组患者VAS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者的VAS评分明显改善($P < 0.05$),且治疗组在改善VAS评分方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 2组患者治疗前后手肿胀程度比较

表2结果显示:治疗前,2组患者手肿胀程度比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者的手肿胀程度明显改善($P < 0.05$),且治疗组在改善手肿胀程度方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组脑卒中肩手综合征Ⅰ期患者治疗前后VAS评分比较

Table 1 Comparison of VAS scores in the two groups of stroke patients with stage I shoulder-hand syndrome before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数/例	治疗前	治疗后
治疗组	20	6.55 ± 1.50	1.15 ± 1.14 ^{①②}
对照组	20	6.15 ± 1.50	3.10 ± 1.33 ^①
<i>t</i> 值		0.759	5.650
<i>P</i> 值		0.404	0.000

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

表2 2组脑卒中肩手综合征Ⅰ期患者治疗前后手肿胀程度比较

Table 2 Comparison of hand swelling degrees in two groups of patients with stage I shoulder-hand syndrome after stroke before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, mL)

组别	例数/例	治疗前	治疗后
治疗组	20	30.21 ± 1.88	8.91 ± 5.17 ^{①②}
对照组	20	30.29 ± 1.92	15.66 ± 4.81 ^①
<i>t</i> 值		-0.127	3.661
<i>P</i> 值		0.899	0.001

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

2.4 2组患者治疗前后SSR波幅比较

表3结果显示: 治疗前, 2组患者SSR波幅比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组患者的SSR波幅明显改善($P < 0.05$), 且治疗组在改善SSR波幅方面明显优于对照组, 差异有统计

表3 2组脑卒中肩手综合征Ⅰ期患者治疗前后手部交感神经皮肤反应(SSR)波幅比较

Table 3 Comparison of amplitude of hand sympathetic nervous system skin response(SSR) in the two groups of patients with stage I shoulder-hand syndrome after stroke before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, mV)

组别	例数/例	治疗前	治疗后
治疗组	20	0.40 ± 0.49	1.48 ± 1.02 ^{①②}
对照组	20	0.47 ± 0.63	0.49 ± 0.86 ^①
<i>t</i> 值		-0.387	3.492
<i>P</i> 值		0.701	0.001

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

学意义($P < 0.05$)。

2.5 2组患者治疗前后Fugl-Meyer手功能量表评分比较

表4结果显示: 治疗前, 2组患者Fugl-Meyer手功能量表评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组患者的Fugl-Meyer手功能量表评分明显改善($P < 0.05$), 治疗组在改善Fugl-Meyer手功能量表评分方面稍优于对照组, 但与对照组比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表4 2组脑卒中肩手综合征Ⅰ期患者治疗前后Fugl-Meyer手功能量表评分比较

Table 4 Comparison of Fugl-Meyer hand function scale in the two groups of stage I shoulder-hand syndrome after stroke before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数/例	治疗前	治疗后
治疗组	20	15.35 ± 10.72	26.15 ± 12.68 ^①
对照组	20	17.80 ± 10.44	24.00 ± 11.66 ^①
<i>t</i> 值		-0.800	4.074
<i>P</i> 值		0.428	0.774

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较

2.6 2组患者临床疗效比较

表5结果显示: 治疗组总有效率为95.00%(19/20), 对照组为85.00%(17/20)。治疗组疗效稍优于对照组, 但差异无统计学意义($P > 0.05$)。

治疗组显效率为85.00%(17/20), 对照组为15.00%(3/20)。治疗组显效率明显高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表5 2组脑卒中肩手综合征Ⅰ期患者临床疗效比较

Table 5 Comparison of clinical efficacy in two groups of stage I shoulder-hand syndrome after stroke before and after treatment [例(%)]

组别	例数/例	显效	有效	无效	总有效
治疗组	20	17(85.00) ^①	2(10.00)	1(5.00)	19(95.00)
对照组	20	3(15.00)	14(70.00)	3(15.00)	17(85.00)

① $P < 0.05$, 与对照组比较

2.7 2组患者不良反应情况比较

治疗期间, 2组患者依从性良好, 均能正常完成治疗。治疗组中有1例缺血性卒中患者出针后针刺部位出血较多, 给予延长棉签按压时间后可停止出血, 考虑与使用药物相关。其他患者均未出现明显不良反应。2组患者的不良反应发生率比

较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

脑卒中后肩手综合征(SHS)多发生在卒中后1~3个月, 也有在发病后第3天发生, 发生率为12.5%~70%^[12]。西方医学对该病研究相对较多, 普遍认为其发病机制有周围性和中枢性病理因素。Pertoldi等^[13]认为, 脑卒中后SHS因神经初级传入纤维周围存在过多的炎症反应及化学递质, 引起中枢超敏化导致交感神经中枢功能紊乱。Yoo等^[14]也认为, 脑卒中后并发复杂性区域疼痛综合征与交感神经有关。将50例卒中后并发肩手综合征急性期患者进行皮肤交感神经检测, 结果提示: 脑卒中后SHS急性期双侧SSR多数表现为交感活动中枢抑制^[15]。

中医学认为, 脑卒中后SHS I期表现的症状当属“痹证”的范畴^[16]。脑卒中后SHS I期发于中风后, 其发生当与中风的病因密切相关。古代医家巢元方在《诸病源候论·风偏枯候》中认为: 偏枯者, 由气血偏虚……邪气独留, 则成偏枯。可见中风先由气血亏虚而致。加之脑卒中后患者因肌力不足、平衡障碍等原因导致长时间卧床, 耗伤气血, 气血渐亏导致筋脉失养, 不荣则痛; 气血亏虚推动无力, 则容易酿成或痰浊、或瘀血、或水饮, 或三者互结而致经脉运行不畅, 不通而有“腕重急, 肩痛不能举”等与本病肩、腕等疼痛及活动不利相符合的临床表现。《灵枢·百病始生》记载: “凝血蕴里而不散, 津液涩渗, 着而不去……而积皆成已矣。” 气血亏虚而致瘀血、痰浊等引起局部经脉、水道不通, 津液运行不畅, 水停局部, 渗出脉外而成肿胀。脑卒中后SHS I期中疼痛与肿胀共同的病机为气血亏虚, 内生痰浊、瘀血、水饮而致气血运行不畅, 气血瘀滞、脉络痹阻而成。

毛刺法是中医“皮部”理论的应用, 《灵枢·官针》曰: “毛刺者, 刺浮痹于皮肤也。” 明确了毛刺法可用于治疗邪气较浅的疾病。而人体皮部是十二经脉气血散布体表的部位, 通过经络系统与机体脏腑系统紧密联系。研究认为, 通过刺激皮部, 可使经气从皮部、孙脉、络脉、经脉感传至脏腑, 从而也可以治疗脏腑疾病。有研究^[17]认为, 毛刺法是一种偏补的刺法, 不仅具有疏表散

邪的作用, 还可以调和营卫、化痰宣痹, 建议整体调理选用远端皮部进行, 局部症状选用局部皮部^[18]。目前, 毛刺法广泛应用于皮肤疾病、中风、月经不调、皮神经炎等, 均有较好的临床疗效^[19]。《素问·痹论》记载: 荣卫之气亦令人痹乎……不与风寒湿气合, 故不为痹。可见痹证的产生先由营卫气虚而致。结合本病症状产生的病因病机, 故其针刺治法不应局限于病位深浅, 仍应重视调节营卫之气。人体皮部均有营卫之气分布, 可通过调节营卫达到调节全身气血的目的。毛刺法浅刺在皮下组织, 可以激发皮部的营卫之气, 契合本病病机。《标幽赋》曰: “阴阳气血, 多少为最……太阳少气多血……气多血少者, 少阳之分, 气盛血多者, 阳明之位。” 三阳经相配穴, 可补气生血、荣养筋脉^[20]。因此, 本病在治疗中, 以手背三阳经在皮部分布区域为主, 结合手背部肿胀明显部位进行多针浅刺。本研究所用八邪穴为治疗痹证、手臂肿痛的经验奇穴。《针灸逢源》曰: “八邪八穴……俱治红肿。” 外关穴为手少阳之络穴, 通阳维脉三焦经。阳维脉有联络、维系人体一身阳气之功, 手三里穴属手阳明大肠经, 《针灸大成》曰: “手臂不仁, 肘挛不伸……手足不遂。” 曲池穴为手阳明经合穴, 是阳明经气由此深入而合于脏腑的部位。外关、手三里、曲池三穴合用, 既是经脉所过, 主治所及, 亦是少阳阳明相配, 具有补阳益气、通经活络的作用。

本研究结果显示, 治疗后, 2组患者的VAS评分、手肿胀程度、SSR波幅均明显改善($P < 0.05$), 且治疗组在改善VAS评分、手肿胀程度、SSR波幅方面均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后, 2组患者的Fugl-Meyer手功能量表评分明显改善($P < 0.05$), 治疗组在改善Fugl-Meyer手功能量表评分方面稍优于对照组, 但与对照组比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗组总有效率为95.00%(19/20), 对照组为85.00%(17/20)。治疗组疗效稍优于对照组, 但差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗组显效率为85.00%(17/20), 对照组为15.00%(3/20)。治疗组显效率明显高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组患者的不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结果亦符合毛刺法可“通过孙络、络脉以调脏腑, 通气血而平衡阴阳”从而

达到临床疗效。表明毛刺法在脑卒中后SHS I期中对疼痛、肿胀均有较好的效果。

脑神经和脊神经的大量神经末梢形成各种类型的皮肤感受器广泛分布于真皮和皮下组织内。毛刺法通过浅刺刺入皮下组织,推测毛刺法治疗可通过浅层神经末梢反馈至中枢神经,间接地调整大脑的自主神经功能。脑卒中后SHS I期患侧肢体肿胀疼痛等症状是由于交感神经活动障碍引起局部血液循环障碍所致,SSR是交感神经传出纤维释放冲动产生的动作电位,是定量分析交感神经功能的敏感手段。本研究结果亦提示,该治疗方法在SHS疼痛、水肿等方面具有较好疗效的作用机制可能是调节了交感系统,但仍有待进一步研究证实。肢体疼痛肿胀是脑卒中后SHS I期的主要表现,也因为该症状往往导致患者不愿意进行主动运动而使功能康复受到影响。对该病及时有效地处理能加强患者恢复肢体功能的信心,促进患者积极主动进行康复训练,对患者最大限度恢复肢体功能,回归家庭社会具有重大意义。

综上所述,毛刺法结合肩周封闭术治疗脑卒中SHS I期可明显改善患者疼痛、肿胀等症状,临床效果显著,值得在临床进一步推广应用。

参考文献:

- [1] 盛玉琴,吴雪兰.近5年中风后肩手综合征研究进展[J].中医药临床杂志,2016,28(2):282-284.
- [2] 梁月光,孙善斌.中西医结合治疗中风后肩手综合征的研究概况[J].中医药临床杂志,2017,29(8):1358-1360.
- [3] 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.
- [4] 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.中国脑出血诊治指南2014[J].中华神经科杂志,2015,48(6):435-444.
- [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] 国家中医药管理局脑病急症科研组.中风病辨证诊断标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1994,17(3):64-66.
- [7] 中华医学会神经病学分会神经康复学组,中华医学会神经病学分会脑血管病学组,卫生部脑卒中筛查与防治工程委员会办公室,等.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,2012,18(4):301-318.
- [8] 李哲,郭钢花,关晨霞.星状神经节阻滞加肩周阻滞治疗肩手综合征的临床观察[J].中国康复医学杂志,2005,20(6):451-452.
- [9] 石学敏.针灸学[M].北京:中国中医药出版社,2002:216-217.
- [10] 于兑生.运动疗法与作业疗法[M].北京:华夏出版社,2002:233-234.
- [11] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:113.
- [12] 姜道新,马得旅,王楠,等.肩手综合征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.
- [13] PERTOLDI S, DI B P. Shoulder-hand syndrome after stroke. A complex regional pain syndrome [J]. Eura Medicophys, 2005, 41(4): 283-292.
- [14] YOO S D, JUNG S S, KIM H S, et al. Efficacy of ultrasonography guided stellate ganglion blockade in the stroke patients with complex regional pain syndrome [J]. Ann Rehabil Med, 2012, 36(5): 633-639.
- [15] 余青云,刘爱群,洪铭范,等.皮肤交感反应在脑卒中后肩-手综合征急性期的变化[J].实用医学杂志,2014,30(11):1738-1741.
- [16] 黄昭.温针灸对脑卒中后肩手综合征患者上肢功能、患肢肿胀程度及生活质量的影响分析[J].按摩与康复医学,2021,12(12):26-28.
- [17] 李美.毛刺为主的肝肾脾胃养护法干预亚健康失眠的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2016.
- [18] 解越,武连仲.武连仲教授毛刺法浅识[J].中医药信息,2003,20(1):38-39.
- [19] 陈静,白华,赵凯,等.毛刺法的临床应用概况[J].智慧健康,2019,5(14):35-37.
- [20] 谢阳春,熊森林,招敏虹,等.针灸治疗中风后肩手综合征选穴规律分析[J].新中医,2021,53(6):125-130.

【责任编辑:宋威】