

# 针刺联合推拿疗法治疗脑卒中后肩手综合征 I 期的临床观察

牛文杰 解涛

青岛市即墨区中医医院 青岛即墨 266200

**摘要:** 目的: 分析脑卒中后肩手综合征 I 期患者采用针刺联合推拿疗法治疗的临床效果。方法: 将采取前瞻性研究方式收集 78 例脑卒中后肩手综合征 I 期患者作为研究对象, 患者均在 2023 年 3 月至 2024 年 3 月接受治疗, 分组方式随机, 分为对照组 (采取常规康复训练, 39 例) 与观察组 (在对症组的基础上给予针刺联合推拿疗法, 39 例), 两组患者均连续治疗 3 周。比较治疗后患者的临床成效; 比较两组患者治疗前后肩部视觉模拟疼痛 (VAS) 评分、活动障碍、运动功能、生活质量变化情况。结果: 对照组患者临床疗效为 74.36%, 观察组患者的临床疗效为 92.31%, 观察组明显较高 ( $P < 0.05$ ); 在治疗前两组患者外展、屈曲、内旋、外旋 VAS 评分, 肩手综合征评估量表 (SHSS)、FugL-Meyer 量表 (FMA)、简明生活质量评价量表 (SF-36) 评分经比较无统计学差异 ( $P > 0.05$ ), 治疗后两组患者外展、屈曲、内旋、外旋 VAS 评分, SHSS 评分均降低, 且观察组低于对照组, FMA、SF-36 评分均升高, 且观察组高于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 针刺联合推拿疗法治疗具有良好的临床疗效, 能有效缓解患者疼痛状况, 改善患者活动障碍, 促进上肢运动功能及生活质量的提升。

**关键词:** 脑卒中后肩手综合征; 急性期; 针刺; 推拿

脑卒中后肩手综合征常是脑卒中患者常见并发症, 发病率为 12.5%~74.1%<sup>[1]</sup>。脑卒中后肩手综合征患者主要表现为浮肿、疼痛及肩关节脱位、肩部运动功能障碍等, 可分为急性期 (I 期)、营养障碍期 (II 期)、萎缩期 (III 期)<sup>[2]</sup>。早期治疗能够避免脑卒中后肩手综合征向 II 期、III 期发展, 可预防肌肉萎缩、关节畸形、残疾的发生, 有利于加快患者的康复进程, 提高患者生活质量。目前临床上对脑卒中后肩手综合征 I 期的治疗主要以康复训练为主, 以提高患者上肢运动功能为主要目的, 但单纯康复训练疗效有限<sup>[3]</sup>。针刺、推拿疗法是我国传统中医疗法, 针刺通过刺激特定穴位来调节气血、疏通经络, 推拿疗法通过手法操作来舒筋通络、活血化瘀, 改善局部血液循环, 其作为中医外治法, 具有操作简单、疗效确切等优势, 在脑卒中后肩手综合征 I 期患者的治疗中逐渐发挥作用 [4, 5]。本研究将采取前瞻性研究方式收集 78 例脑卒中后肩手综合征 I 期患者作为研究对象, 旨在分析脑卒中后肩手综合征 I 期患者采用针刺联合推拿疗法治疗的临床效果, 现报道如下。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

采取前瞻性研究方式收集 78 例脑卒中后肩手综合征 I 期患者作为研究对象, 患者均在 2023 年 3 月至 2024 年 3 月

接受治疗, 分组方式随机, 分为对照组与观察组, 每组患者均为 39 例。对照组患者中年龄 56~78 岁, 平均 ( $62.47 \pm 5.43$ ) 岁; 其中男性 22 例, 女性 17 例; 患病时长 2~10 周, 平均 ( $5.34 \pm 2.17$ ) 周。观察组患者中年龄 58~79 岁, 平均 ( $63.11 \pm 5.94$ ) 岁; 其中男性 20 例, 女性 19 例; 患病时长 2~12 周, 平均 ( $5.87 \pm 2.44$ ) 周。两组患者一般资料经比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 可比。研究对象在入组前了解试验内容, 自愿参加。

**纳入标准:** 患者均符合《中国脑卒中康复治疗指南 (2011 完全版)》<sup>[6]</sup> 中的相关诊断标准; 完善临床检查确诊为脑卒中; 患者病情平稳, 能配合康复治疗。排除标准: 卒中前其他原因导致的肩部活动障碍; 治疗期间病情恶化导致无法继续参与研究者; 合并恶性肿瘤; 可逆性神经功能受损; 中途退出研究者。研究经院内医学伦理委员会审核批准。

### 1.2 方法

两组患者均进行营养脑神经、抗血小板聚集、纠正水电解质紊乱和酸碱失衡等治疗。

对照组患者采取康复训练: ①组建康复小组: 小组成员需具备神经科临床和专业康复知识, 负责对患者进行全面评估, 并制定个体化综合治疗措施及各阶段的康复方案, 基于患者的年龄、性别、疾病类型、身体状况等多维度信息,

量身定制康复方案。②健康宣教: 对患者进行健康宣教, 让患者充分了解脑卒中后肩手综合征 I 期的症状表现, 治疗的重要性, 并耐心解答患者提出的问题。同时制作健康手册向患者讲解饮食、运动、用药等注意事项, 帮助患者保持健康生活方式。③主动肢体功能训练: 根据患者的病情进展情况制定主动肢体康复训练计划, 患者取坐位, 双手交叉放在胸前, 然后缓慢抬起一侧上肢, 再缓慢放下, 交替进行, 患者取仰卧位, 双手交叉抱胸前, 双腿屈曲, 然后向患侧翻身, 根据患者病情程度、运动耐力为患者制定个体化运动时间、频率等。④被动训练: 被动活动可以包括前屈、后伸、外展、内收等方向的运动, 每个方向重复 10 次, 每天 3 次; 从近端关节开始, 逐渐过渡到远端关节, 先活动肘关节, 再活动腕关节和手指。在活动某一关节时, 近端关节要充分固定以防止替代运动。

观察组患者在对照组基础上采用针刺联合推拿疗法治疗: ①针刺: 选患者阿是、肩井、肩髃、肩贞、缺盆、天宗、曲池外关、合谷等穴位, 对传统毫针 (0.3 mm × 40 mm) 进行消毒处理后刺入患者皮肤, 将深度控制在 1 寸左右, 间歇捻针, 留针 10~15 min, 1 次/d。②推拿: 操作者在患者患侧施行揉捏放松, 用点穴法由轻到重, 并按经络走向分别施术于肩髃、肩髃、曲池、外关、合谷、阿是穴等穴位, 以轻刺刺激为主, 不宜过强刺激, 约 3 ~ 5 min, 手法要注意轻柔, 用力循序渐进, 1 次/d, 每次约 30 min。

两组患者均进行为期 3 周的治疗。

### 1.3 观察指标

①比较两组患者治疗效果, 疗效评定标准参照《中国脑卒中康复治疗指南 (2011 完全版)》, 其中显效: 患者治疗后肩部疼痛症状及活动障碍现象明显改善, 活动无受限; 有效: 患者治疗后肩部疼痛症状及活动障碍现象有所改善,

活动部分受限; 无效: 患者治疗后疼痛患者不明显, 肩部活动明显受限。有效率 = 1 - 无效率。②比较两组患者治疗前后肩部视觉模拟疼痛 (VAS) 评分变化情况, 主要包括肩部外展、屈曲、内旋、外旋, VAS 评分总分 10 分, 分值越高说明疼痛越剧烈。③比较两组患者治疗前后活动障碍、运动功能、生活质量变化情况; 活动障碍采取肩手综合征评估量表 (SHSS) 评分进行评估, 分值范围 0~14 分, 得分越低越好; 上肢运动功能采取 FugL-Meyer 量表 (FMA), 分值范围 0~66 分, 得分越高越好; 采取简明生活质量评价量表 (SF-36) 评估患者生活质量, 总分值为 100 分, 得分越高越好。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 统计学软件进行分析, 计量资料以均数加减标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 采用 t 检验; 计数资料用例 (百分比) 表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2. 结果

### 2.1 临床疗效

对照组患者临床疗效为 74.36%, 观察组患者的临床疗效为 92.31%, 观察组明显较高 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	39	15(38.46)	14(35.90)	10(25.64)	29(74.36)
观察组	39	20(51.28)	16(41.03)	3(7.69)	36(92.31)
$\chi^2$ 值					4.523
P 值					0.033

### 2.2 疼痛情况

治疗后两组患者外展、屈曲、内旋、外旋 VAS 评分均降低, 且观察组低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患者 VAS 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	外展		屈曲		内旋		外旋	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	39	7.61 ± 1.57	4.35 ± 0.44	7.61 ± 1.38	4.56 ± 0.79	7.37 ± 0.21	4.54 ± 0.23	7.47 ± 0.62	4.12 ± 0.57
观察组	39	7.54 ± 1.61	2.42 ± 0.47	7.82 ± 1.53	2.62 ± 0.46	7.45 ± 0.19	2.66 ± 0.38	7.39 ± 0.45	2.35 ± 0.47
t 值		0.524	18.721	0.636	13.253	1.764	26.432	0.652	14.926
P 值		0.602	<0.001	0.526	<0.001	0.082	<0.001	0.516	<0.001

### 2.3 活动障碍、运动功能、生活质量

治疗后两组患者 SHSS 评分均降低, 且观察组低于对照

组, FMA、SF-36 评分均升高, 且观察组高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 3。

表 3 两组患者活动障碍、运动功能、生活质量评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	SHSS		FMA		SF-36	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	39	8.47 ± 1.29	4.89 ± 0.52	25.92 ± 2.79	31.42 ± 3.26	69.73 ± 3.89	74.62 ± 4.33
观察组	39	8.39 ± 1.48	3.76 ± 0.29	24.69 ± 2.81	37.89 ± 3.58	69.46 ± 3.95	82.58 ± 4.21
t 值		0.254	11.852	1.940	8.345	0.304	8.231
P 值		0.800	<0.001	0.056	<0.001	0.762	<0.001

### 3. 讨论

脑卒中是一种常见脑血管疾病,脑卒中患者常发生卒中后肩手综合征,发病机制复杂,可能涉及感神经反射性营养不良、血管功能障碍、肌肉功能障碍、炎症和自身免疫功能等<sup>[7]</sup>。患者发病后神经损伤,交感神经系统、血管运动自主调节功能受到影响,影响患侧肢体的血液循环和神经功能,导致血管通透性增加,血液回流受阻,从而引起患肢血容量增多和水肿<sup>[8]</sup>。脑卒中后肩手综合征 I 期阶段若未能及时进行有效治疗,可能会导致症状加重,甚至出现不可逆的挛缩,严重影响患者生活质量,因此早期治疗对改善患者预后具有重要意义<sup>[9]</sup>。康复训练是治疗脑卒中后肩手综合征的重要手段,但康复效果受到患者心理因素、生理因素、环境因素等多方面的影响。

中医认为,脑卒中后肩手综合征属“经筋病”“痹证”等范畴,患者中风后机体气血失调、阴阳失衡、气血瘀滞、脉络闭阻是脑卒中后肩手综合征的主要病因,以痹阻脉道,气血运行不畅为主要病机,由此患者会出现疼痛、肿胀、活动受限等症状<sup>[10]</sup>。阿是穴是以肩周压痛点为针灸部位,为必取之穴,针刺可能通过刺激特定穴位,发挥祛风清热,活络消肿之功效,同时针刺影响神经系统的传导和调节,能够显著改善患者的疼痛程度和肿胀情况,从而为上肢功能的恢复创造有利条件。多项研究表明,针刺治疗可以显著降低患者的疼痛程度,电针头穴治疗能够即刻改善肩部功能,并且在疼痛症状的改善上优于常规针刺,温针灸外关穴配合常规针刺及康复训练也显示出显著的疼痛缓解效果<sup>[11, 12]</sup>。推拿通过行气血、通经络,能够调节人体的经络系统,改善气血流动,从而缓解疼痛和促进肢体功能的恢复。推拿手法通过挤压和摆动类手法,提升患侧肌肉血液和淋巴的循环,推进局部组织炎性物质的吸收,减轻炎症反应,同时推拿通过刺激特定穴位和经络,可以达到调气活血、舒筋活络的效果,从而缓解疼痛和改善肢体功能。在治疗中,应以通畅经络,

松解粘连,理筋解肌,解除痉挛为主要治疗原则。本研究结果显示:观察组患者临床疗效及 FMA、SF-36 评分均高于对照组,外展、屈曲、内旋、外旋 VAS 评分,SHSS 评分均低于对照组,说明针刺联合推拿疗法治疗具有良好的临床疗效,能有效缓解患者疼痛状况,改善患者活动障碍,促进上肢运动功能及生活质量的提升。

综上所述,及早对脑卒中后肩手综合征 I 期患者进行有效的治疗能缓解患者疾病的进展,有利于促进患者的康复,降低致残率,采用针刺联合推拿疗法治疗具有良好的临床疗效,能有效缓解患者疼痛状况,改善患者活动障碍,促进上肢运动功能及生活质量的提升,在对患者的治疗中,此种治疗方式可进行推广。

### 参考文献:

- [1] 王楠,匡乃峰,王琰,等.淋巴引流结合星状神经节阻滞治疗脑卒中后肩手综合征 I 期疗效分析[J].中国康复医学杂志,2020,35(7):873-875.
- [2] 肖亚辉,谭洁.电针结合运动想象疗法治疗脑卒中后肩手综合征 I 期的临床观察[J].湖南中医药大学学报,2024,44(2):314-319.
- [3] 王立超,林毅,张培鑫.温通三焦穴位埋线联合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征 I 期的效果[J].上海医药,2020,41(8):59-62.
- [4] 林琴,蒋晶晶,黄桂榕.分经辨证针刺结合毫火针治疗脑卒中后肩手综合征 I 期的临床效果[J].中国当代医药,2022,29(14):18-21.
- [5] 冯银豪,罗建.推拿治疗脑卒中后肩手综合征研究进展[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(41):65-66.
- [6] 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.

[7] 王国琴, 彭拥军, 王楠. 温针经筋刺法联合 Bobath 康复手法治疗脑卒中后肩手综合征 I 期临床观察 [J]. 广州中医药大学学报, 2024,41(9):2253-2258.

[8] 雷迈, 梁红, 覃家铭, 等. 京族医学特色技术联合肌内效贴扎技术治疗脑卒中后肩手综合征 I 期的临床观察 [J]. 中国民间疗法, 2023,31(13):80-83.

[9] 王晓旭, 高杨阳, 赵玉茜, 等. 火针联合中药离子导入治疗脑卒中后肩手综合征 I 期的疗效观察 [J]. 中医药导报, 2023,29(11):84-88.

[10] 陆顺庠, 姚红, 王晓文. 傍针刺联合中药熏蒸治

疗脑卒中后肩手综合征 I 期的临床观察 [J]. 中国民间疗法, 2024,32(16):34-37.

[11] 何永强, 马铁明, 许允发, 等. 电针头穴治疗脑卒中后肩手综合征 I 期的即刻效应研究和多功能磁共振成像研究 [J]. 中华中医药学刊, 2022,40(1):161-164.

[12] 张可, 钟乐. 温针灸外关穴治疗脑卒中后肩手综合征 I 期临床观察 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2023,21(6):137-139.

**基金项目:**

青岛市中医药科技项目 (2022-zyym35)