

热敏灸联合微针刀治疗卒中后肩手综合征 I 期的临床研究^{*}

柯海寅 邱东升[▲] 叶国平 吴秋燕 刘珈均

摘要 目的:观察热敏灸联合微针刀松解治疗卒中后肩手综合征 I 期的临床效果。**方法:**选取 66 例卒中后肩手综合征 I 期患者,随机分为观察组(热敏灸联合微针刀组)、对照组(微针刀组),每组各 33 例,对照组采用微针刀治疗,观察组在对照组基础上增加热敏灸治疗,微针刀每 3 d 治疗 1 次,热敏灸每日治疗 1 次,两组均以 1 w 为 1 个疗程,4 个疗程后,根据疼痛视觉模拟评分法(VAS)、Fugl-Meyer 运动功能评价法(FMA)及改良的 Barthel 指数评价法(MBI)来对两组治疗效果进行评价。**结果:**治疗后,两组患者的 FMA 和 MBI 评分均较治疗前明显增加($P<0.05$),VAS 评分显著降低($P<0.05$);观察组临床疗效优于对照组($P<0.05$)。**结论:**热敏灸联合微针刀松解对卒中后肩手综合征 I 期有减轻上肢疼痛,改善上肢运动功能的作用,且疗效优于单用微针刀治疗。

关键词 卒中;肩手综合征;热敏灸;微针刀

卒中患者恢复期常伴随半身不遂、言语不利等各种功能障碍,部分患者还会合并肩手综合征。肩手综合征(shoulder-hand syndrome, SHS)常见症状有肩、手关节活动度受限,手部肿胀伴疼痛,后期可出现关节挛缩畸形和肌肉萎缩等表现^[1]。早期及时干预,可避免造成肩手畸形和上肢功能障碍。微针刀通过对人体浅层部位的滑膜、筋膜、鞘膜等进行松解,减轻周围软组织痉挛、粘连,能有效缓解上肢疼痛及水肿,恢复上肢运动功能^[2],但对于肩关节冷痛及肿胀症状,疗效欠佳。热敏灸源于传统艾灸,是选择热敏化腧穴施以充足灸量,通过激发透热、扩热、传热等热敏灸感,气至病所,从而提高疗效的新灸法^[3]。笔者探讨热敏灸联合微针刀松解疗法对卒中后 SHS(I 期)的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 7 月—2022 年 6 月就诊于厦门市中医院针灸科、神经内科的 SHS(I 期)住院

患者 66 例,采用随机数字表法,将其分为观察组(热敏灸联合微针刀组)和对照组(微针刀组),每组各 33 例。观察组男女患者分别为 20 例、13 例;发病时间在 11 d 至 48 d 内,平均患病时间为(30.94±9.24) d;年龄范围为 44 岁至 74 岁,平均年龄为(58.19±8.15)岁。对照组男女患者分别为 21 例、12 例;发病时间在 12 d 至 46 d 内,平均患病时间为(30.53±9.13) d;年龄范围为 44 岁至 73 岁,平均年龄为(60.59±8.87)岁。对比两组患者的性别、患病时间、年龄,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 卒中的诊断标准参照《中国各类主要脑血管病诊断要点 2019》^[4]制定:一侧肢体偏瘫;头颅 CT 或 MRI 发现对应责任病灶。SHS 的诊断标准参照《脑卒中康复医疗》^[5]制定:卒中患者患侧肩、肘、腕、手指肿痛伴活动受限,局部无外伤、感染。SHS(I 期)表现为患手突然红肿热痛,明显运动受限,持续 3~6 个月。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医内科学》^[6]制定:突发一侧肢体无力麻木,言语含糊不清,甚则神志不清,或兼见眩晕、头痛、行走不稳、吞咽困难、饮水呛咳。

1.3 纳入标准 ①年龄 40 至 80 岁,性别不限;②符

^{*}基金项目 福建省自然科学基金面上项目(No.2023J011635)

[▲]通信作者 邱东升,男,主任医师,硕士研究生导师。研究方向:神经、运动系统疾病的针灸防治和康复研究。E-mail:1311187345@qq.com

• 作者单位 厦门市中医院(福建 厦门 361015)

合中西医诊断标准;③患者或家属自愿签署知情同意书者。

1.4 排除标准 ①有严重痴呆、认知障碍或精神病史,无法正常交流,不能配合治疗者;②艾灸部位皮肤有破损或炎症者;③可逆性神经功能缺损和生命征不平稳者;④合并严重风湿免疫系统疾病、结核及神经根型颈椎病导致的上肢功能障碍者。

1.5 剔除和脱落标准 ①同时使用其他治疗手段,影响疗效评估者;②治疗期间出现严重不良事件,不能继续治疗者;③自行退出、失访或死亡者;④不能完整补充资料,依从性较差,无法判断疗效者^[7]。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组 所有患者均由同一组医师给予微针刀松解治疗。一次性针具选用邦德医疗器械公司生产的微针刀(乐灸牌,规格为 0.35 mm×40 mm)。患者健侧卧位,治疗医师选取患侧肩、肘、腕关节周围的压痛点作为进针点,消毒好施术部位后铺巾。治疗医师右手持微针刀快速透皮,刀口平行于肌纤维方向,缓慢进针至病变组织处,行纵向和横向小幅度松解各 3~5 次,按压针口出针,以防出血,术后观察 30 min,治疗部位 1 d 内不可沾水。每 3 d 治疗 1 次,每周治疗 2 次,共治疗 4 w。

1.6.2 观察组 在对照组基础上增加热敏灸治疗。取穴方法:参考《热敏灸实用读本》^[8],选取百会、风池、肩井、手三里、外关、合谷等穴位附近进行穴位热敏探查,嘱患者细心、凝神感受灸感,一旦出现透热、扩热、传热等敏化反应,及时告知,标记热敏穴位。操作手法:艾热距离体表约 3 cm,以传统腧穴定位为中心,采用回旋灸约 1 min,以局部皮肤温热为度,为了调动经气,促进穴位敏化更快出现,在患肢施行 2 min 的雀啄灸,紧接着施行循经往返灸以更好地诱发经气感传,最后在敏化穴施行温和悬灸以达到开通经络、发动感传,最终气至病所。百会穴和风池穴采用单点温和灸,热感可深透至颅内,部分自觉灸感沿督脉向后或向前传导;手三里感传可向上直达头部,如未上至头部者,可在感传所达部位再放置一点燃的艾条,接力使感传到达头部为止。施灸时间每次 40 min 左右,以灸感消失为度。灸具:选用湖北李时珍中药饮片有限公司的蕲艾牌清艾条。注意事项:施灸时患者应采取可持续治疗时长的舒适体位,完全暴露施灸部位;热敏灸操作时应注意不时询问患者热感强度,避免烫伤;注意及时抖落艾灰,防止艾灰掉落灼伤患者

或烧坏衣物;施灸结束后 2 h 之内不宜洗澡,注意保暖,避风寒;热敏灸结束后,须彻底熄灭艾火,防止复燃引起火灾;过饥、过饱以及疲劳或酒醉状态均不宜施灸。每日治疗 1 次,每周治疗 6 次,共治疗 4 w。

1.7 观察指标 分别在治疗前、治疗 4 w 后由专业的医师进行观察指标评定,评估者不参与随机分组及治疗过程。(1)视觉模拟评分法(VAS)评分^[9]:根据患者自主表述,疼痛程度以 0~10 分进行表示,分数越大,表示疼痛程度越重。(2)Fugl-Meyer 运动功能评定量表(FMA)评分^[10]:对患肢的运动功能如分离运动、协调性、腱反射及手功能等内容进行评价,共计 66 分,分值越大,表示患肢运动功能越好。(3)改良的 Barthel 指数评定量表(MBI)评分^[11]:对患者穿脱衣服、刷牙洗脸等日常生活技能进行评定,总分为 100 分,分值越大,表示日常生活自理能力越好。(4)安全性指标:每 2 w 检查三大常规、肝肾功能及心电图,记录不良事件。

1.8 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[12]制定,采用疗效指数(%)评估疗效。疗效指数=(治疗前 VAS 评分-治疗后 VAS 评分)÷治疗前 VAS 评分×100%。治愈:患肢基本无疼痛,水肿完全消退,上肢功能恢复,疗效指数≥90%。显效:患肢肿痛大部分缓解,手功能大部分恢复,60%≤疗效指数<90%。有效:患肢肿痛稍改善,手功能部分恢复,25%≤疗效指数<60%。无效:患肢肿痛无明显改善,疗效指数<25%。

1.9 统计学分析 数据分析应用统计软件 SPSS 22.0,以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)标记计量资料,所得数据符合正态分布时,采用 *t* 检验;不符合正态分布时,采用秩和检验;采用 χ^2 检验对计数资料进行分析。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

共有 64 例患者完成研究,2 例未完成(其中对照组脱落 1 例,观察组剔除 1 例)。

2.1 两组患者治疗前后 VAS、MBI、FMA 评分比较 治疗 4 w 后两组患者 VAS 评分均较治疗前降低,FMA 评分、MBI 评分均较治疗前增高($P < 0.05$),且观察组与对照组之间差异明显($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者临床疗效比较 治疗后,对照组总有效率为 81.25%,观察组总有效率为 93.75%。观察组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者 VAS、FMA、MBI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	VAS	FMA	MBI
观察组 (n=32)	治疗前	7.19±1.00	30.69±7.54	33.75±7.30
	治疗后	2.84±1.65 ^{*△}	50.75±6.73 ^{*△}	66.72±13.11 ^{*△}
对照组 (n=32)	治疗前	7.31±0.86	24.88±8.39	34.69±5.38
	治疗后	3.38±1.66 [*]	42.78±7.78 [*]	55.00±12.21 [*]

注:与本组治疗前相比,^{*}P<0.05;与对照组治疗后相比,[△]P<0.05

表 2 两组患者治疗 4 w 后临床疗效比较 [例(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	32	5(15.63)	11(34.38)	14(43.85)	2(6.25)	30(93.75) [△]
对照组	32	2(6.25)	8(25.00)	16(50.00)	6(18.75)	26(81.25)

注:与对照组相比,[△]P<0.05

2.3 两组安全性评估 所有纳入病例均未出现心电图异常及肝肾功能损伤。对照组患者出现皮下血肿 1 例;观察组患者出现皮肤红斑 1 例,经对症处理后好转,均未影响后续治疗。

3 讨论

近年来,我国脑卒中的发病人数逐年增多,卒中后肩手综合征也随之增多。该病症属于中医学“肩痹”范畴,常伴随有“痿证”特点。《医方考》谓:“中风之久,语言蹇涩,半身不遂,手足拘挛……痿痹不仁。”卒中偏瘫,经脉阻滞,日久出现手足拘挛。本病的发生根本在于阳气亏虚,推动无力而致经脉不通、荣气不达,不通则痛,津液外溢则肿,故肢体痿软、拘挛和疼痛^[13]。

现代医学认为中枢损伤引起患侧交感神经兴奋,或血管发生痉挛性反应使偏瘫侧肢体微循环障碍,是患肢发生肿胀疼痛、皮温升高、感觉异常等的原因^[14]。患侧肩关节半脱位,关节周围肌肉萎缩,患侧上肢屈肌肌张力增高导致的局部组织损伤是主要危险因素^[15]。SHS 根据临床进展可分为三期^[16]: I 期表现为患手突然红肿热痛,明显运动受限,持续 3~6 个月; II 期表现为难以忍受的疼痛,水肿减轻,皮肤肌肉明显萎缩,持续 3~6 个月; III 期表现为水肿及疼痛完全消失,形成畸形手,患手完全失用。肩手综合征 I 期若能积极治疗大多可以治愈;而 II 期、III 期因出现大量肌肉萎缩、关节活动度减小,甚至发生肢体挛缩,故治疗效果差,最终可丧失手功能。因此,早期对本病进行治疗可减轻水肿和疼痛,避免其进一步发展,故应尽早开始进行治疗。

微针刀是利用小针刀原理,可以松解患侧肩手部

软组织张力,缓解 SHS 的疼痛症状,同时其还具有传统针灸行气活血、疏通经络的作用,能较好地改善 SHS 部分症状,是临床治疗 SHS 常用的一种方法。但在微针刀治疗本病的过程中,由于存在出血、感染等风险以及存在患者个体差异,部分患者疗效欠佳,疗程较长。热敏灸是选择热敏化穴区,并施以个体化的充足疗程灸量的一种灸疗新技术^[17],具有温补阳气、温化寒湿、温通经络、温养心神等功效。其操作宜遵守“探感定位、辨敏施灸、量因人而异、敏消量足”的原则,一般可根据热敏腧穴的特异性灸感,选取疗效较佳的热敏腧穴(以非热觉、灸感指向或到达病所,灸感强烈的热敏腧穴为首选)进行施灸,从而激发经气感传、促进经气运行,达到气至病所而显著提高疗效,即产生“小刺激大反应”^[18]。热敏灸的治疗时间因病、因人、因穴的不同而不同,其平均施灸时间约为 40 min,以热敏灸感消失为度,即当所有热敏腧穴消敏后,才可判断为该病症的充足疗程灸量。

笔者以热敏灸联合微针刀治疗 SHS 并进行观察,发现其可明显提高疗效,治疗后患者 VAS 评分明显低于对照组,FMA、MBI 评分均显著高于对照组。现代研究表明,热敏灸通过热敏灸感刺激,可改善病变局部微循环,加速代谢废物排出,从而达到缓解疼痛和关节肿胀的目的。同时,热敏灸还可纠正病理状态下的功能紊乱,调控机体各脏器的免疫功能^[19]。艾灸燃烧时产生大量不同波段的红外光谱,可充分吻合病理状态下不同体质和疾病对不同波段红外线的敏化性差异,激活体内神经、免疫等系统,通过对细胞和蛋白质性质的影响而产生各种治疗作用,从而达到治疗疾病的目的^[20]。

综上,热敏灸联合微针刀治疗本病,可加强温补阳气、温化寒湿、温通经络、温养心神之功,契合 SHS 阳气亏虚、经脉不通、荣气不达之关键病机,故能较好地改善患侧肢体功能,改善患者自理能力,且疗效肯定,值得临床推广。由于本研究尚存在热敏腧穴探查效率不高、纳入研究病例较少以及随访缺乏统一评价标准等问题,今后对如何减少探穴时间等问题还需进行进一步的研究。

参考文献

- [1] 岳寿伟,黄晓琳.康复医学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2022:216.
- [2] 钱堃,杨艺,濮晓霞,等.微针刀结合运动疗法治疗脑卒中后肩手综

- 合征临床研究[J]. 新中医, 2022, 54(5): 210-213.
- [3] 谢丁一, 陈彦奇, 李巧林, 等. 陈日新热敏灸临床安全操作经验[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(4): 1869-1871.
- [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. 中国各类主要脑血管病诊断要点 2019[J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(9): 710-715.
- [5] 王茂斌, 高谦, 高霞. 脑卒中康复医疗[J]. 继续医学教育, 2007, 21(15): 4-9.
- [6] 张伯礼, 吴勉华. 中医内科学[M]. 4 版. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 129.
- [7] 陈飞宇, 刘小平, 包烨华, 等. 基于主客配穴的针刺对脑卒中后肩痛及上肢运动功能障碍的影响及相关性分析[J]. 中国康复医学杂志, 2019, 34(7): 808-812.
- [8] 陈日新, 陈明人, 康明非. 热敏灸实用读本[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 95-98.
- [9] 罗道珊, 张琪, 黄宇轩. 刃针结合龙氏手法改善神经根型颈椎病 VAS 疼痛评分的临床观察[J]. 北京中医药, 2016, 35(7): 687-689.
- [10] 桑德春, 纪树荣, 张缨, 等. Fugl-Meyer 量表在社区脑卒中康复疗效评定中的应用[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(3): 264-265.
- [11] 张建宏, 范建中, 彭楠, 等. 综合康复治疗脑卒中后肩手综合症的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2005, 27(9): 537-540.
- [12] 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: 36-37.
- [13] 章荣, 周蜜娟. 综合疗法治疗卒中后肩手综合征疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(6): 545-546.
- [14] 刘元梅. 康复干预联合补阳还五汤治疗肩手综合征的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2013, 35(9): 737-739.
- [15] BRAUS D F, KRAUSS J K, STROB E U. The shoulder-hand syndrome after stroke: a prospective clinical-trial [J]. Aful Neruol, 1994, 3(6): 728-733.
- [16] 张通, 赵军, 李雪萍, 等. 中国脑血管病临床管理指南(第 2 版)(节选): 第 8 章 脑血管病康复管理[J]. 中国卒中杂志, 2023, 18(9): 1036-1048.
- [17] 陈日新, 康明非. 腧穴热敏化及其临床意义[J]. 中医杂志, 2006, 47(12): 905-906.
- [18] 陈日新, 康明非. 腧穴热敏化的临床应用[J]. 中国针灸, 2007, 27(3): 199-202.
- [19] 王磊, 李学武, 张莉. 艾灸疗法作用机理国内外研究进展[J]. 中国针灸, 2001, 21(9): 56-59.
- [20] 谢秀俊, 姜伟强, 陈日新. 热敏灸疗法研究现状及展望[J]. 浙江中西医结合杂志, 2021, 31(8): 785-788.

(收稿日期: 2023-09-08)

(本文编辑: 金冠羽)

(上接第 23 页)

- 2017: 87.
- [2] 罗莉, 黄浩洋, 李玉莹, 等. 郭志华从“阴火”论治心悸[J]. 中医药临床杂志, 2021, 33(2): 258-260.
- [3] 杨适名, 曾卫军, 金鹏. 快速性心律失常中医药治疗的现状及进展[J]. 中医药学报, 2004, 32(2): 67-69.
- [4] 常燕, 李成, 仲东生, 等. 从李东垣“阴火论”辨治室性期前收缩[J]. 北京中医药, 2021, 40(12): 1355-1357.
- [5] 曾庆萍, 姜钧文. 基于阴火理论论治补中益气汤联合倍他乐克治疗快速性心律失常的临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2019, 40(10): 27-29.
- [6] 冯瑞雪, 张紫微, 张再康. 李东垣“阴火论”学术思想探讨[J]. 北京中医药大学学报, 2015, 38(4): 225-227.
- [7] 杨雪. 甘温除热法本义探讨及方药分析[J]. 光明中医, 2013, 28(12): 2660-2662.
- [8] 赵心华, 鲍计章, 倪红梅, 等. 从《黄帝内经》探析李东垣“阴火”理论[J]. 中医杂志, 2016, 57(11): 979-981.
- [9] 郑庆浩, 侯舒成. 试论李东垣脾胃学说特点[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(10): 134-135.
- [10] 叶招娣, 孙倩倩, 刘中勇. 基于阴火理论探讨冠心病的治疗思路[J]. 中医药通报, 2022, 21(1): 22-25.
- [11] 谢人明, 冯英菊, 刘小平, 等. 补中益气丸的心血管作用及耐缺氧作用[J]. 中药药理与临床, 1991(6): 9-10.
- [12] 孔祥琳, 吕琴, 李运伦, 等. 黄芪甲苷对心脑血管疾病的现代药理作用研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(2): 218-223.
- [13] 范存伟, 李珍. 补中益气汤主要药物的新药理作用[J]. 医药产业资讯, 2005, 2(15): 117-128.
- [14] 冯文林, 伍海涛. 白术治疗肠道疾病的作用机制探讨[J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(1): 125-127.

(收稿日期: 2022-06-25)

(本文编辑: 黄明愉)