

近五年中医外治法治疗脑卒中后肩手综合征的临床研究进展

于静文¹, 陈晨^{2*}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第二医院, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2024年5月28日; 录用日期: 2024年7月2日; 发布日期: 2024年7月12日

摘要

脑卒中后SHS, 导致患者丧失了部分劳动和自理能力, 这极大地妨碍了患者的日常生活。因此, 寻找合适的治疗手段, 对于增强患者的自我照顾能力及提升其生活质量, 显得极为关键。通过查阅近5年国内有关脑卒中后SHS的文献报道, 中医外治法如针刺、灸法、穴位埋线、穴位注射等不仅疗效显著, 而且安全性高, 值得进一步深入研究。

关键词

脑卒中, 肩手综合征, 中医外治法, 综述

Progress of Clinical Research on the Treatment of Post-Stroke Shoulder-Hand Syndrome with External Treatments of Traditional Chinese Medicine in the Past Five Years

Jingwen Yu¹, Chen Chen^{2*}

¹Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²The Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: May 28th, 2024; accepted: Jul. 2nd, 2024; published: Jul. 12th, 2024

*通讯作者。

文章引用: 于静文, 陈晨. 近五年中医外治法治疗脑卒中后肩手综合征的临床研究进展[J]. 中医学, 2024, 13(7): 1443-1448. DOI: 10.12677/tcm.2024.137219

Abstract

Post-stroke SHS, which results in the loss of some of the patient's labor and self-care abilities, greatly hinders the patient's daily life. Therefore, finding appropriate treatment is extremely crucial to enhance patients' self-care ability and improve their quality of life. By reviewing the literature on post-stroke SHS in China in the past 5 years, external treatments of Chinese medicine, such as acupuncture, moxibustion, acupoint burrowing, and acupoint injection, are not only effective but also safe, and deserve further in-depth study.

Keywords

Stroke, Shoulder-Hand Syndrome, External Treatments of Traditional Chinese Medicine, Review

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

肩手综合征(Shoulder-Hand Syndrome, SHS), 又名复杂区域疼痛综合征(Complex Regional Pain Syndrome, CRPS), 是脑卒中患者常见的并发症之一, 约占脑卒中患者的 70% [1], 临床以患者患侧出现手、腕部、肩关节水肿、疼痛、运动功能障碍等为主要表现[2]。方法多样化、安全无副作用且简便廉效的中医外治法, 对不同阶段、不同程度的肩手综合征患者采取不同的选穴方案, 取得了较好的临床疗效[3] [4]。本文对近五年关于中医外治法治疗脑卒中后肩手综合征进行以下归类。

2. 针刺疗法

2.1. 揶针

揶针, 也称为皮内针或埋针, 是一种传统的中医治疗方法。它通过将特制的小型针具固定在皮肤表面或皮下的特定穴位上, 以实现长时间留针的效果。皮内针由《灵枢·官针》[5]中“十二刺法”之“浮刺法”发展而来, 以通过刺激人体体表以达到治疗的目的。陈静霞等[6]将 80 例脑卒中后 SHS 早期患者, 随机分为对照组和治疗组两组, 对照组选取普通针刺肩髃、天宗、外关、肩髃、合谷、曲池、中渚、阿是穴等穴位, 联合关节松动术进行治疗。治疗组则采取揶针埋针于相同穴位, 联合关节松动术进行治疗。治疗后, 治疗组疼痛视觉模拟量表(VAS)评分降低程度高于对照组, 简化 Fugl-Meyer 上肢运动功能量表(FMA)评分增加程度高于对照组。治疗组有效率为 95.00%, 高于对照组 80.00%。

2.2. 鍤针

鍤针, 针尖设计为钝圆且微微尖锐, 形状类似于黍粟, 长度通常为 3.5 寸(约合 10.16 厘米)。主要用于对经脉进行按摩和穴位的按压, 不穿透皮肤, 而有导气和血、扶正祛邪功效。《灵枢·九针十二原》[5]: “鍤针者, 锋如黍粟之锐, 主按脉勿陷, 以致其气”。《灵枢·九针论》[5]: “鍤针, 取法于黍粟之锐, 长 3.5 寸, 主按脉取气, 令邪出”。《灵枢·官针》[5]: “病在脉, 少气当补之者, 取以鍤针于井荣分输”。王淑荣等[7]将 60 例脑卒中后 SHS 患者用随机数字法, 分为对照组和治疗组两组, 对照组常规针刺地仓、肩髃、颊车、肩髃、手三里、曲池、外关、髌关、合谷、血海、悬钟等穴位, 治疗组选

取腧针点穴肩髃、肩贞、肩外俞、肩中俞、合谷、曲池等穴位结合肩三针治疗方法。治疗后, 治疗组 VAS 评分降低程度高于对照组, FMA 评分增加程度高于对照组。治疗组有效率为 96.67%, 高于对照组 80.00%。

2.3. 锋针

锋针, 现代发展为三棱针, 《灵枢·九针论》[5]: “锋针, 取法于絮针。箝其身, 锋其末, 长一寸六分, 主痛热出血”。又《灵枢·九针十二原》[5]: “锋针者, 刃三隅, 以发痼疾”。其针体呈圆柱状, 针尖锋利, 且针身三面均配有刃口。张斯雅等[8]将对照组采取普通针刺, 治疗组则在对照组的基础上采取刺血疗法, 选取患侧手部井穴, 使用三棱针点刺放血, 出血在 3 至 5 滴。普通针刺取肩髃、肩贞、合谷等穴位。治疗组有效率高于对照组, 疗效更佳。杨森等[9]将患者随机分为 3 组, 3 组均进行基础治疗和康复锻炼, 对照 I 组给予低频冲电刺激疗法; 对照 II 组给予经筋刺血疗法, 寻找结点, 微针刀松解, 排除淤血; 治疗组则为低频冲电刺激疗法结合经筋刺血疗法。共治疗 4 周, 二者结合治疗, 比单一治疗, 临床有效率更高, 治疗更优。

2.4. 铍针

铍针, 也称“铍刀”。《灵枢·九针论》[5]: “铍针, 取法于剑锋, 广二分半, 长四寸, 主大痈脓, 两热争者也”。是形如宝剑, 两面有刃的针具。多用于外科, 以刺破痈疽, 排出脓血。近现代可发展为小针刀。刘夏等[10]纳入共 113 例患者, 常规组 56 例, 综合组 57 例, 两组均予以小针刀, 常规组给予常规康复训练, 综合组给予综合康复训练, 两组的 VAS 评分治疗前高于治疗后, 综合组优于常规组。

2.5. 毫针

针刺为中医特色疗法, 毫针为治疗本病的常规方法。伍海庆等[11]将 128 例脑卒中后肩手综合征 I 期患者随机两组, 对照组给予精细化体位管理联合西药治疗, 治疗组则选取患侧少海、阳池、尺泽、肩髃、腕骨、合谷、肩髃、曲池、足三里、三阴交、丰隆、血海、阿是穴实施针刺联合精细化体位管理。结果: 两组的 VAS 评分治疗前高于治疗后, 治疗组低于对照组; 两组 BI 评分治疗前低于治疗后, 治疗组高于对照组, 治疗组有效率为 98.44%, 高于对照组 84.38%。

2.6. 长针

《灵枢·九针论》[5]: “长针, 取法于綦针, 长七寸, 主取深邪远痹者也”。《灵枢·九针十二原》[5]: “长针者, 锋利身薄, 可以取远痹”。现代所用芒针类此。唐凡等[12]在治疗组使用芒针透刺的方法, 分别将芒针从肩髃、肩髃、肩前穴透刺至臂臑穴, 偏历穴透刺至曲池穴, 合谷穴透刺至后溪穴, 条口透刺至承山穴, 得气后行泻法; 对照组则用 1 寸及 1.5 寸针灸取常规治疗穴位(阿是穴、肩前、肩贞、肩髃等), 同样得气后行泻法, 两组均留针 30 min, 每日 1 次, 一周六次, 治疗 4 周。治疗组较对照组各项评定指标均优, 总有效率 90%, 证明芒针透刺治疗临床疗效显著。植梦霞等[13]将对照组采取常规针刺取穴后刺络拔罐进行治疗, 治疗组采取芒针透刺后, 刺络拔罐。共治疗 12 次, 治疗组总有效率高于对照组, 为 90%, 优于对照组。

2.7. 大针

火针又称“燔针”、“焮针”, 《灵枢·九针十二原》[5]: “九曰大针, 长四寸……尖如挺, 其锋微员, 以写机关之水也”。《灵枢·官针》[5]言: “九曰焮刺, 焮刺者, 刺焮针则取痹也”, 后人将此针具加热至高温后用于治疗, 称火针。《伤寒论》[14]曰: “烧针令其汗”, 借火针之“温”振奋阳气、祛除寒湿、温通经络, 使气血流通以达到止痛消肿的功效。王颖等[15]通过循、按、触等方法, 在患者患

侧寻找阳性结筋点, 通过寻找到的阳性结筋点, 确定其上下左右各一寸为扬刺点, 使用毫火针进行点刺, 两日一次, 共进行 4 周, 治疗后有效率为 93.3%, 其后随访后有效率为 90%, 证明毫火针扬刺法治疗临床疗效显著。

2.8. 电针

研究发现, 电针一方面可以通过刺激患者局部的腧穴来促进局部组织血液循环, 减轻水肿和疼痛; 另一方面, 电针可以降低机体白细胞介素(IL)-6、IL-8 和肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平来抑制机体炎症反应, 发挥镇痛作用[16]。李素丹等[16]将对照组予以上肢康复训练治疗, 治疗组在对照组的基础上加上电针, 取患侧外关、曲池、手三里、肩髃等穴, 电针连接合谷、手三里, 曲池、肩髃这两组, 以患者耐受为度, 调节为疏密波。治疗组在疼痛、活动受限、肢体肿胀等方面缓解程度优于对照组。贾海鹏[17]将对照组和治疗组均予以常规治疗, 对照组日一次口服 100 mg 双氯芬酸钠缓释片, 治疗组予以中药溲渍治疗(活血消肿汤)与电针治疗(患侧取穴肩髃、肩井、支沟、外关等)日一次, 共治疗 21 天。电针结合中药溲渍治疗有效率高于对照组, 效果良好。

3. 灸法

“针所不为, 灸之所及”, 在卒中后 SHS 的治疗中, 灸法是一种广泛应用且效果显著的传统中医治疗手段。它通过使用具有高热能的灸条或灸器, 对皮肤进行温热刺激, 从而深入作用于深层肌肉组织[18]。这种温热刺激有助于促进血液循环, 消散血瘀, 同时还能减轻水肿、缓解肌肉痉挛, 并对改善整体体质起到积极作用。田兴等[19]将对照组治疗组均给予常规治疗药物、护理及针刺, 对照组采取对非经络非经穴区域进行假温和灸, 治疗组则在病变经络进行温和灸。两组每次均灸 20 min, 每日一次, 每周 5 次, 共治疗 6 周。治疗组总有效率高于对照组, 为 79.5%, 证明温和灸临床疗效显著。柯海寅等[20]将由同一组医师对对照组和治疗组的患者进行微针刀松解治疗, 治疗组再加上热敏灸(取百会、风池、肩井等穴位)治疗, 每日一次, 每周 6 次, 共治疗 4 周。治疗组较对照组总有效率高, 为 93.75%, 证明热敏灸能明显提高疗效。李雪等[21]将患者分为三组, 三组均进行常规治疗及护理, A 组进行中医定向透药治疗, 20 min 每次, 每周 5 次, 进行 2 周; B 组采取雷火灸(取穴: 肩髃、肩髃、肩井、阿是穴等), 每周 5 次, 进行 2 周; C 组则为中医定向透药结合雷火灸, 频次相同。C 组疗效优于 A 组、B 组。两者结合疗效更明显。

4. 穴位埋线

穴位埋线是一种复合性治疗方法, 融多种疗法、多效应于一体, 具有起效快、无毒副作用等优点。侯永超等[22]运用系统评价和 Meta 分析, 纳入 10 篇文献, 结果表明, 穴位埋线对早期脑卒中后 SHS 患者治疗有效。王立超等[23]将对照组治疗组均采取基础治疗和常规康复治疗, 治疗组选取患侧外关、腕骨、曲池、肩井、阳池等穴进行穴位埋线, 10 日操作 1 次, 共操作 2 次, 对照组则与治疗组取穴相同, 进行常规针刺, 日一次, 每周 5 次, 1 疗程共 10 次。治疗组有效率为 94.44%, 高于对照组, 疗效明显。

5. 穴位注射

穴位注射, 亦称为水针疗法, 是一种在中医治疗中应用的特定技术。这种方法涉及在人体的经络、特定的腧穴、压痛点, 或皮下反应物的位置上, 注射适量的药物溶液, 以此达到治疗各种疾病的目的。张召等[24]在两组均给予强的松、双氯芬酸缓释胶囊、依降钙素注射液加康复训练, 在治疗组另加针刺(留针 30 分钟, 每日一次)及穴位注射(每日取两穴位, 注射 1 至 2 ml 丹参注射液, 每 3 日一次), 治疗 30 日后, 治疗组各项评定指标均优于对照组, 总有效率为 95.35%, 证明针灸结合穴位注射治疗临床疗效显著。胡乐乐等[25]将对照组采取常规功能训练, 治疗组在对照组的基础上, 采用穴位注射(丹参注射液)结合针

刺(肩贞、曲池、足三里、阿是穴等), 治疗 1 月后, 治疗组总有效率高于对照组, 为 98.04%, 效果优于对照组。黄鹏等[26]将对照组采取针刺治疗加康复训练, 治疗组则在对照组的基础上加穴位注射, 治疗组效果明显优于对照组。

6. 小结

现代医学治疗本病以物理康复疗法结合抗炎镇痛药物为主, 停止药物干预后病情往往反复或加重, 难以达到预期, 且物理疗法存在治疗周期长、见效慢、设备成本高无法普及、效果不明显等弊端, 手术治疗过程中存在的风险较大, 适用性低且价格高、术后护理过程繁琐。中医外治法相对安全, 成本较低, 减少了口服药物所致的肝肾功能损害。SHS 在中医学中一般属于“痹症”, “偏瘫肩”范畴。古籍中可见相关论述, 如《针灸甲乙经》[27]曰: “偏枯, 臂腕发痛……肩肘中痛, 难屈伸, 手不可举重, 腕疾”。《针灸大成》[28]云: “中风腕酸, 不能屈伸, 指痛不能握物”。《素问·痹论》[29]言: “痹……在于脉则血凝而不流”。《医宗必读》[30]曰: “脉痹即热痹也, 脏腑移热, 复遇外邪……, 皮肤色变”。本病主要的病因病机为由于个体体质的内在虚弱, 导致外邪容易侵入身体, 形成一种虚实夹杂的病理状态。

中医外治法治疗中风后肩手综合征确实提供了一种新的治疗方法, 且具有方便快捷的特点。然而, 根据相关文献研究, 确实存在一些问题, 例如缺乏具体的标准化疗效标准, 导致不同实验方法的结果不具有可比性。此外, 多数研究的样本数量较少, 这可能影响研究结果的可信度。因此, 为了提高研究的质量和可信度, 需要进行大样本、多中心、随机的对照研究。进一步探索中医外治法治疗中风后肩手综合征的规范化诊疗方案是必要的, 这将有助于减轻患者的痛苦并提高治疗效果。通过建立统一的疗效评估标准和开展更广泛的临床研究, 可以为临床治疗提供更加科学和系统的指导, 从而更好地服务于患者。

参考文献

- [1] Zheng, J., Wu, Q., Wang, L. and Guo, T. (2017) A Clinical Study on Acupuncture in Combination with Routine Rehabilitation Therapy for Early Pain Recovery of Post-Stroke Shoulder-Hand Syndrome. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 15, 2049-2053. <https://doi.org/10.3892/etm.2017.5659>.
- [2] 冯秋娟. 祛瘀生新针法联合刺络药物罐治疗肩手综合征的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2020.
- [3] 苏梦, 闫岚, 孟晓晨, 等. 中医外治法治疗中风后肩手综合征临床研究进展[J]. 西部中医药, 2022, 35(2): 149-152.
- [4] 廖瑞霁, 吴新贵. 以经络腧穴为基础的中医外治法治疗中风后肩手综合征选穴规律研究[J]. 广西中医药, 2020, 43(2): 69-73.
- [5] 谭一松, 何文彬, 主编. 灵枢经[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1998.
- [6] 陈静霞, 袁小涵, 刘红星, 等. 揆针埋针联合关节松动术治疗脑卒中后肩手综合征的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2024, 41(3): 689-695.
- [7] 王淑荣, 刘跟莉. 腧针点穴配合肩三针在中风后肩手综合征患者中的应用研究[J]. 针灸临床杂志, 2022, 38(4): 37-40.
- [8] 张斯雅, 吴雅超, 李里. 手十二井穴刺络放血治疗中风后肩手综合征临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2023, 44(1): 65-68.
- [9] 杨森, 曹云祥, 孟阿磊, 等. 经筋刺血疗法联合低频脉冲电刺激治疗脑卒中后肩手综合征的临床观察[J]. 新疆医科大学学报, 2022, 45(9): 1029-1034.
- [10] 刘夏, 苟成钢, 马达, 等. 小针刀与综合康复训练对脑卒中后肩手综合征患者上肢运动功能的影响[J]. 山东医学高等专科学校学报, 2022, 44(5): 386-388.
- [11] 伍海庆, 杜晓梅, 沈录峰, 等. 针灸联合精细化体位管理治疗脑卒中后肩手综合征I期患者的效果[J]. 中国当代医药, 2024, 31(2): 30-33.
- [12] 唐凡, 朱宏程, 陈幸生. 芒针透刺治疗脑卒中后肩手综合征的临床疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型)

电子期刊), 2019, 19(71): 44-45.

- [13] 植梦霞. 芒针透刺配合刺络拔罐法治疗卒中后肩手综合征的临床观察[D]: [硕士学位论文]. 合肥: 安徽中医药大学, 2023.
- [14] (汉)张机, 撰. 伤寒论[M]. 上海中医学院伤寒温病教研组, 校注. 上海: 上海科学技术出版社, 1983.
- [15] 王颖, 茅伟, 张利达, 等. 毫火针扬刺法治疗中风后肩手综合征 I 期 30 例[J]. 中国针灸, 2023, 43(8): 887-888.
- [16] 李素丹, 李富铭. 电针联合上肢康复训练治疗脑卒中后肩手综合征的疗效观察[J]. 中医临床研究, 2022, 14(16): 58-62.
- [17] 贾海鹏. 穴位电针配合中药湿渍治疗脑卒中后肩手综合征临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2024, 40(2): 362-364.
- [18] 姬佳, 张军, 孙洁. 艾灸在卒中后肩手综合征中的应用进展[J]. 河北中医, 2022, 44(10): 1745-1750.
- [19] 田兴, 王慧洁, 郝红梅, 等. 基于病变经络应用温和灸治疗脑卒中后肩手综合征 I 期疗效观察[J]. 北京中医药, 2024, 43(1): 53-57.
- [20] 柯海寅, 邱东升, 叶国平, 等. 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[J]. 中医药通报, 2023, 22(11): 32-35.
- [21] 李雪. 雷火灸联合中医定向透药疗法对缺血性脑卒中后肩手综合征 I 期患者的效果研究[D]: [硕士学位论文]. 长春: 长春中医药大学, 2023.
- [22] 侯永超, 王菊子, 樊晶晶, 等. 穴位埋线治疗脑卒中后早期肩手综合征的系统评价与 Meta 分析[J]. 循证护理, 2021, 7(2): 174-181, 189.
- [23] 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.
- [24] 张召, 郝永茂. 针灸及穴位注射辅治脑卒中肩手综合征临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2024, 40(2): 276-278.
- [25] 胡乐乐, 孙萍, 彭俊, 等. 穴位注射联合针刺治疗脑卒中后肩手综合征临床疗效观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2022, 24(6): 83-85.
- [26] 黄鹏, 杨文明, 董婷, 等. 穴位注射治疗脑卒中后肩-手综合征 60 例疗效观察[C]//中国中西医结合学会慢病防治与管理专业委员会成立大会暨世界中医药学会联合会老年医学专业委员会第七届学术年会——新时代·推进老年慢病防治与管理. 2018: 164.
- [27] (晋)皇甫谧, 撰. 针灸甲乙经[M]. 吴思渊, 主编. 西安: 西安交通大学出版社, 2018.
- [28] (明)杨继洲, 著. 针灸大成[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2008.
- [29] 张南峭, 封银曼, 主编. 黄帝内经·素问[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 2022.
- [30] 李中梓, 著. 医宗必读[M]. 古典医籍编辑部, 总主编. 北京: 中国中医药出版社, 2020.