·诊治分析·

超微针刀结合中药熏蒸治疗脑卒中后肩手综合征Ⅰ期的疗效及对患者上肢功能的影响

吴晓敏，马振宇，余小锋，滕启飞，金蓓

【关键词】 超微针刀；中药熏蒸；脑卒中后肩手综合征Ⅰ期；上肢功能
doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2025.09.015
【中图分类号】 R254　【文献标志码】 A　【文章编号】 1671-0800(2025)09-0937-03

脑卒中具备高死亡率、频繁复发和高致残风险等特点，对人类生命健康构成严峻挑战，严重影响患者的生活质量[1]。在我国，缺血性脑卒中占据了脑卒中总病例的 60.0%～ 80.0%，尽管近年来死亡率有所降低，但脑卒中患者仍普遍面临各种程度的功能损伤[2]。肩手综合征（SHS）作为脑卒中后的一种常见并发症，其发病率高达 12.5%～ 70.0%。该病在临床上被分为 4 个阶段，其中Ⅰ期的典型症状有肩部疼痛、活动范围受限、同侧手腕关节肿胀、皮肤温度升高和发红等血管运动性反应，手指难以主动屈曲，多呈伸直位，且在被动屈曲时会感到疼痛 [3]。脑卒中后的 SHS 会严重影响上肢的运动功能，严重时甚至造成手部及手指畸形、肌肉萎缩，最终丧失手部功能[4]。超微针刀疗法是在小针刀疗法的基础上进一步发展而来，临床应用广泛[5]。中药熏蒸作为我国的传统疗法，具有便捷、安全、高效的特点[6]。本研究旨在探讨超微针刀结合中药熏蒸治疗脑卒中后 SHSⅠ期的疗效及对患者上肢功能的影响，现报道如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料　选取金华市中心医院 2024 年 6 — 12 月收治的 80 例脑卒中后 SHSⅠ期患者，根据治疗方法分为对照组、治疗组。纳入标准：（1）符合脑卒中的诊断标准[7]；（2）符合 SHSⅠ期的诊断标准[8]；（3）病程 1 ～ 6 个月。排除标准：（1）合并肩周炎、颈椎病及腕管综合征在内的其他肩部疾病；（2）患有糖尿病及营养不足导致的周围神经病变情况；（3）合并严重认知功能衰退，难以配合医疗措施；（4）合并心脏、脑、肺等疾病，或视力、听力严重受损者。本研究获得金华市中心医院医学伦理委员会批准，所有研究者均同意参加本研究并签署书面知情同意书。两组资料差异无统计学意义（$P > 0.05$），见表 1。

1.2　方法　对照组予西医常规治疗：布洛芬（中美天津史克制药有限公司，国药准字 H20013062）口服，1 片/次，2 次/d，早晚各 1 次；萘普生（成都第一药业有限公司，国药准字 H51023040）口服，首次 0.5 g，后 0.25 g/次，必要时每 6 ～ 8 h 服用 1 次；乙哌立松口服，成人 1 片/次，3 次/d。

治疗组在对照组的基础上加用中药熏蒸治疗及超微针刀疗法。（1）中药熏蒸治疗。采用自拟外用中药方熏蒸，采用江苏产 HB-100C 型中药熏蒸机，中药方组成：伸筋草、赤丹参、透骨草、赤芍各 12 g，槲寄生、甘草、没药、红花、防风、乳香各 10 g（由本院中药房统一提供），严格遵循中药熏蒸的方法，1 剂中药熏蒸 1 次，每次熏蒸时间为 20 min，1 次/d。（2）超微针刀疗法。选点：a 点，项线起始处与枕后腱弓交汇的痛点结节；b 点：根据疼痛位置及肌纤维附着点的解剖位置，确定肩峰至肩胛冈上缘或肩胛冈下缘内侧的肌纤维附着疼痛结节。患者俯卧在治疗床上，选定 a 点作为治疗部位并做好标记，随后用 0.5%的碘伏对治疗区域进行 3 次标准消毒。治疗过程中，以拇指和食指配合，将超微针刀的刃部对准标记点，垂直插入并切割目标结节点或附着点。出针后，使用干棉球轻压针眼 1 ～ 2 min。患者转为健侧卧位，选

基金项目：金华市中医药科学技术研究计划项目（2024LC10）
作者单位：321000 浙江省金华，金华市中心医院
通信作者：吴晓敏，Email：iw6107@sina.com

取b点作为新的治疗点，重复标记及上述治疗过程。每个治疗点均执行2次针刺，治疗频率为每3天1次。所有患者均连续治疗4周。

1.3 观察指标 （1）临床疗效[9]。显效：关节水肿与疼痛感完全消退，活动自如，手部小肌肉保持正常；有效：关节水肿大幅减少，疼痛明显减轻，关节活动略有受限；无效：未见任何改善。总有效率=有效率+显效率。（2）疼痛程度及上肢运动功能。利用视觉模拟评分法（VAS）[10]进行疼痛程度测定；利用Fugl-Meyer上肢评估量表（FMA）[11]衡量上肢运动能力。（3）肩部运动范围。分别在治疗前后对两组的患肢肩关节进行被动前屈和外展无痛活动度的观察，以前屈达到70°～90°、外展无痛范围在80°～90°作为恢复良好的标准。（4）血液流变学。分别在治疗前后取患者血清，利用全自动血液流变仪测定两组的血小板聚集率、红细胞比容（HCT）、血浆黏度水平。（5）生活自理能力。通过Barther指数评估（BI）[12]进行评价，该量表包含穿衣、进食、平地行走、如厕等10个具体评估项目，分数区间为0～100分，得分越高则自理能力越强。（6）安全性。统计两组在治疗期间出现的局部疼痛、皮疹及胃肠道反应。

1.4 统计方法 采用SPSS 27.0软件进行数据分析，计量资料以均数±标准差表示，采用t检验；计数资料采用χ^2检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗组显效26例，有效12例，无效2例，总有效率95.0%；对照组显效21例，有效10例，无效9例，总有效率77.5%。两组临床疗效差异有统计学意义（$\chi^2=5.17$，$P<0.05$）。

2.2 两组疼痛程度、上肢运动功能比较 治疗后，治疗组VAS评分低于对照组，FMA评分高于对照组（均$P<0.05$），见表2。

2.3 两组肩部运动范围比较 治疗后，治疗组的前屈和外展范围均大于对照组（均$P<0.05$），见表3。

2.4 两组血液流变学比较 治疗后，治疗组血小板聚集率、红细胞压积及血浆黏度均低于对照组（均$P<0.05$），见表4。

2.5 两组生活自理能力比较 治疗组的BI指数由（42.27±4.37）分升至（78.91±7.96）分，对照组由（42.16±4.29）分升至（69.52±7.13）分，两组治疗后BI指数差异有统计学意义（$t=5.58$，$P<0.05$）。

2.6 两组不良反应情况比较 治疗组发生局部疼痛3例，皮疹1例，胃肠道反应3例，不良反应发生率17.5%；对照组发生皮疹2例，胃肠道反应2例，不良反应发生率10.0%。两组不良反应发生率差异无统

表1 两组基本资料比较

组别	年龄（岁）	性别[例（%）]		病程（个月）	脑卒中类型[例（%）]	
		男	女		出血型	缺血型
治疗组（n=40）	63.0±6.8	23（57.50）	17（42.50）	1.97±0.23	13（32.50）	27（67.50）
对照组（n=40）	63.1±6.9	24（60.00）	16（40.00）	2.04±0.28	15（37.50）	25（62.50）
t（χ^2）值	0.08	（0.05）		1.22	（0.22）	
P值	＞0.05	＞0.05		＞0.05	＞0.05	

表2 两组疼痛程度、上肢运动功能比较 分

组别	VAS		FMA	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组（n=40）	6.91±0.75	1.73±0.22	21.34±2.34	49.85±5.21
对照组（n=40）	7.03±0.81	1.91±0.26	21.65±2.43	42.37±4.72
t值	0.69	3.34	0.68	6.73
P值	＞0.05	＜0.05	＞0.05	＜0.05

注：VAS为视觉模拟评分，FMA为Fugl-Meyer上肢评估量表

表3 两组肩部运动范围比较 °

组别	前屈		外展	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组（n=40）	49.83±5.12	76.25±7.76	58.93±5.93	84.28±8.88
对照组（n=40）	50.26±5.26	69.13±7.34	59.11±6.06	77.29±7.91
t值	0.37	4.22	0.13	3.72
P值	＞0.05	＜0.05	＞0.05	＜0.05

表4 两组血液流变学比较

组别	血小板聚集率（%）		红细胞压积（%）		血浆黏度（mPa·s）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组（n=40）	71.26±7.26	50.38±5.39	52.61±5.61	42.12±4.28	2.06±0.29	1.29±0.16
对照组（n=40）	71.41±7.44	57.81±5.82	52.67±5.83	48.33±4.97	2.10±0.32	1.62±0.21
t值	0.37	4.22	0.13	3.72	0.13	3.72
P值	＞0.05	＜0.05	＞0.05	＜0.05	＞0.05	＜0.05

计学意义（χ^2=0.95，$P > 0.05$）。

3　讨论

SHS 是脑卒中患者的常见并发症，又称反射性交感神经营养不良或复杂性区域性疼痛综合征Ⅰ型。其发病机制未完全明确，普遍认为由多种因素共同作用，诱发 SHS[13]。当前西医治疗手段仍以缓解表面症状为主，无法消除根本病因，导致治疗效果不尽如人意[14]。超微针刀疗法通过激发血液与淋巴循环活力，改善病变组织营养状况、促进新陈代谢、加速组织恢复，达到治疗疾病的效果[15]。另外，还能刺激病灶，加速蛋白分解，提升神经介质含量，激发活性物质生成，减少致痛物质，调节神经功能、激活组织活力[16]。中医理论则将脑卒中后 SHS 归类于“痹症”与“痿症”的范畴，治疗上强调以疏散风邪、通利经络、消除淤血、畅通气血流通为主[17]。本研究中药配方中的丹参、赤芍、红花、没药及乳香，具有促进血液循环、消除淤血及调理气机、缓解疼痛的功效；透骨草、伸筋草、槲寄生则能够增强筋骨力量、驱散风邪湿毒、疏通经络；防风能祛风除湿、缓解痹痛；甘草则起到缓急止痛、调和诸药的作用，根据病情灵活应用，共同发挥治疗效果[18]。

本研究结果显示，治疗组总有效率大于对照组，VAS 评分低于对照组，FMA 评分、BI 指数及前屈和外展的活动度均大于对照组（均 $P < 0.05$），分析原因：脑卒中引发的 SHS 患者存在血液流变学异常现象，优化其血液流变学状态能有效缓解患者疼痛并提升肢体活动能力，对患者的康复进程至关重要[19]。本研究结果显示，治疗后治疗组的血小板聚集率、红细胞压积、血浆黏度水平均低于对照组，在治疗脑卒中 SHS 患者的过程中，超微针刀与中药熏蒸展现出相互补充的优势。针刀治疗侧重于物理层面的刺激及神经功能的调节，而中药熏蒸则通过温热效应加速药物吸收，两者结合能够显著提升整体治疗效果，共同促进血液流变学的改善。

综上所述，针对脑卒中后 SHS Ⅰ期患者，运用超微针刀配合中药熏蒸的治疗方案取得了显著效果，不仅明显减轻了疼痛，还促进了上肢及肩部运动功能的恢复，调整了血液流变学状态，增强了患者的生活自理能力，并具有较高的安全性。

利益冲突　所有作者声明无利益冲突

参　考　文　献

[1] 黄腾佳,曹曦,陈蕾,等.非药物治疗脑卒中后肩手综合征有效性的网状 Meta 分析[J].中国全科医学,2024,27(23):2921-2930.
[2] 刘薇,朱文宗,金永喜,等.浮针法联合经颅磁刺激治疗脑卒中后肩手综合征Ⅰ期的临床疗效及安全性评价[J].广东医学,2024,45(4):467-471.
[3] 曹明娟,张瑾.冲击波联合徒手淋巴引流技术对脑卒中后患者肩手综合征Ⅰ期水肿程度及血清 PGE2、HA、5-HT 水平的影响[J].脑与神经疾病杂志,2023,31(4):213-218.
[4] 张琳,李松奇,金弘.龙虎交战针刺法治疗脑卒中后肩手综合征的远期疗效及对血清 CGRP、BK 水平的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2024,22(9):1666-1670.
[5] 刘沛.超微针刀结合康复治疗脑卒中后肩手综合征临床疗效观察[D].温州:温州医科大学,2017.
[6] 梁志杰,周奎龙,王志恒,等.二龙戏珠针法联合活血通络中药熏蒸对脑卒中后肩手综合征患者的临床疗效[J].中成药,2022,44(2):676-679.
[7] 中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点(1995)[J].临床和实验医学杂志,2013,12(7):559.
[8] 王茂斌.神经康复学[M].北京:人民卫生出版社,2009:579-581.
[9] 朱镛连,张皓,何静杰.神经康复学[M].北京:人民军医出版社,2010:115-118.
[10] 孙兵,车晓明.视觉模拟评分法(VAS)[J].中华神经外科杂志,2012,28(6):645.
[11] 毕胜,纪树荣,顾越,等.运动功能状态量表效度研究[J].中国康复理论与实践,2007,13(2):114-116.
[12] 裴晋云,陈红霞.疏肝解郁法结合康复训练对脑卒中后偏瘫患者运动功能、日常生活活动能力和生活质量的影响[J].世界中西医结合杂志,2017,12(3):381-385.
[13] 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.
[14] 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.
[15] 胡万春,张畅畅,赵曼曼,等.超微针刀联合高低频重复经颅磁刺激治疗脑卒中后上肢痉挛的临床观察[J].广州中医药大学学报,2024,41(9):2259-2265.
[16] 杨远敏.中药熏洗联合超微针刀疗法治疗网球肘患者的效果[J].反射疗法与康复医学,2024,5(8):37-40.
[17] 邵雯,孙晓龙,曹辉,等.活血舒经中药熏蒸法联合经筋刺血疗法治疗脑卒中后肩手综合征临床疗效及对患者上肢功能的影响[J].世界中西医结合杂志,2022,17(5):982-986.
[18] 郑琦,高霞,柴杰,等.经筋结点恢刺法配合中药熏蒸治疗脑卒中后肩手综合征患者的临床研究[J].中华全科医学,2023,21(8):1397-1401.
[19] 龙威力,韦殷,凌建伟,等.“针药并举”治疗脑卒中后肩手综合征患者的疗效及对血液流变学指标的影响[J].世界中医药,2021,16(8):1302-1306.

收稿日期：2025-04-16
（本文编辑：吴迪汉）