



刃火针经筋结点治疗中风后肩手综合征 I 期临床观察

韦柳英¹ 孙卓²

1 桂林医学院附属医院 广西桂林 541000; 2 定江镇中心卫生院 广西桂林 541213

摘要: **目的** 观察刃火针针刺经筋结点治疗中风后肩手综合征 I 期的临床疗效。**方法** 选取 2016 年 9 月至 2017 年 4 月在桂林医学院附属医院收治住院的中风后肩手综合征 I 期患者 40 例,按随机数字表法分为 2 组,观察组采用刃火针针刺经筋结点治疗,对照组采用常规康复治疗,每周 3 次,治疗 4 周。**结果** 治疗后 2 组患者疼痛及肿胀情况明显优于治疗前治疗前 ($P<0.05$);观察组视觉模拟评分 (VAS),肢体肿胀评分, Fugl-Meyer 评分均优于对照组 ($P<0.05$);观察组总有效率优于对照组。**结论** 刃火针经筋结点治疗中风后肩手综合征 I 期疗效显著,值得临床推广。

关键词: 刃火针 经筋 肩手综合征 I 期 中风后遗症

中图分类号: R971+9

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2017) 17-075-02

中风后肩手综合征 (should-hand syndrome, SHS) 是一种中风后常见后遗症之一,发病率约为 12.5%~70%[1],早期临床表现为上肢疼痛以肩部为甚,上肢水肿以手背明显,手部皮肤颜色改变、肤温升高,腕及掌指关节活动受限,如未经及时和有效治疗,将最终导致永久性畸形,严重影响患者生活质量。针灸疗法作为祖国医学重要的一部分在治疗 SHS 方面方法多样,为完善治疗 SHS 临床研究,笔者在临床上试采用刃火针针刺经筋结点治疗中风后肩手综合征 I 期,与常规康复治疗对比,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本研究病例均来自 2016 年 9 月至 2017 年 4 月在桂林医学院附属医院收治住院、且符合纳入标准的中风后肩手综合征 I 期患者,共 40 例。其中男性 24 例,女性 16 例;年龄 50—69;病程 0.5 个月—2 个月。

1.2 诊断标准

西医诊断参照 1995 年中华医学会第四届全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》中关于缺血性脑血管病的诊断标准[2],经头颅 CT 和 MRI 诊断为初次脑梗塞者。中医诊断参照国家中医药管理局脑病急症科研协作组制订的《中风病诊断和疗效评定标准》[3]。SHS 诊断参照中国康复研究中心制定的肩手综合征诊断标准和分期标准[4]。

1.3 纳入标准

①符合中风后 SHS I 期诊断标准和分期标准;②年龄 40—70 岁,性别不限;③病程<3 个月;中风后生命征平稳,神志清,配合查体及治疗。

1.4 排除标准

①不符合上述纳入标准者;②施术部位有坏死、脓肿、皮肤疾病者;③既往有脑血管疾病且后遗肢体功能障碍者;④妊娠或者哺乳期妇女;⑤凝血机制不全者。

2 治疗方法

2.1 一般治疗

30 例患者按中风神经内科常规药物治疗,如控制血糖、血压,降血脂,营养神经等治疗,避免使用止痛药。

2.2 刃火针治疗

2.2.1 治疗点

参考《中国经筋学》[5]中相应穴位取穴,选取肩井,天髎次,天宗次,肩内陵次、肩痛点次、臑会次、举肩次、鱼际次。

2.2.2 操作方法

患者取侧卧于健侧,患侧向上,充分暴露施术部位,常规消毒后,准备一次性 0.5mm×40mm 刃针数枚。术者左手持酒精灯,右手持刃针,将刃针针尖加热至红赤,迅速刺入治疗点,刀口方向与肌肉组织纤维走向垂直,每个治疗点针刺 3—4 次,应快进快出,如针体弯曲需马上更换刃针。出针后常规消毒治疗点。嘱患者治疗后避风寒,勿挠抓治疗点。

刃火针治疗每周一、三、五进行治疗,共 3 次,共治疗 4 周。

2.3 康复治疗

患者保持良肢位,患侧肩背下垫一软枕,使其处于前伸位,避免

肩部脱垂及受压,在有效的条件下保持患侧上肢舒展,腕关节背屈,手指伸直并外展,各种体位摆放均应避免向下脱垂以及手指关节屈曲。1) 被动运动:患者仰卧位,治疗师左手托住患者肘部,外臂上旋进行运动训练,注重肩胛带等的被动活动,按摩和痛点的压痛刺激,操作时动作应轻柔,避免各类可引起疼痛的活动及体位。2) 主动康复:治疗师指导患者手指交叉握住上举进行训练并做主动耸肩动作。3) 作业疗法:向心性加压手指,向心性缠绕手指法;4) 冷热水交替浸泡:患者反复在温度 10℃与 40℃左右的水中交替浸泡,持续 10 min,注意观察患者的耐受度,1 次/d,促进末梢血液的循环。5) 指导患者家属进行日常生活训练,1—2 次/d。治疗 4 周后观察疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

选用视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS) 对上肢疼痛及水肿

进行评估,疼痛评分:0 分代表无痛,10 分代表剧烈疼痛,让患者根据自己疼痛程度作出相应的评分。水肿评分:0 分为无水肿;2 分为轻度;4 分为中度;

6 分为严重水肿。采用 Fugl-Meyer 法评定上肢各关节活动范围,上肢及手腕关节的运动功能。2 组患者分别于治疗前和治疗 4 周后各评定 1 次。

3.2 统计学分析

采用 SPSS17.0 统计软件进行,研究所得数据以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示。治疗前后患侧上肢肿胀、疼痛程度,上肢及手腕关节运动功能及综合恢复水平等,均采用 t 检验进行统计学比较。

3.3 结果

3.3.1 疗效标准

参照文献[6]制定 SHS 疗效评定标准,显效:浮肿、疼痛消失,关节活动无明显受限,无手的小肌肉萎缩;有效:浮肿基本消失,疼痛明显缓解,关节活动轻度受限,手的小肌肉萎缩不明显;无效:疼痛无明显缓解,关节活动明显受限,肌肉萎缩逐渐加重。

3.3.2 治疗结果

2 组患者上肢 Fugl-Meyer 评分及治疗效果比较,分别见表 1 和表 2。

表 1 2 组患者治疗前后 Fugl-Meyer 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, n=20)

分组	治疗前	治疗后
观察组	18.35±10.67	43.06±9.61 ^a
对照组	18.62±10.20	30.28±8.75 ^{aΔ}

注: ^a $P<0.05$, 与治疗前相比, ^Δ $P<0.05$, 与观察组相比。

表 2 2 组患者治疗前后疗效比较 (例)

分组	显效	有效	无效	总有效率
观察组	8	11	1	95%
对照组	6	8	6	70% ^Δ

注: ^Δ $P<0.05$, 与观察组相比。

(下转第 77 页)



病死率较高,诊断以后需要积极有效进行治疗,否则会影响患者的生命安全[3]。近年来脓毒血症患者数量的不断增加与重症脓毒血症病死率的持续走高已经给医疗工作者敲响了警钟,要求医疗工作者着力研发有效的临床诊治手段。一般来说,重症脓毒血症往往是由于机体受到感染所引发的,感染的诱因包括人体遭受严重破坏、施行大型手术、发生重大创伤等[4-6]。此时促炎因子会开始大量地释放,进而将机体内的炎性细胞进一步地释放放大,从而增加人体内多种蛋白酶,加速了磷脂酶及氧自由基等细胞毒物质的生成[7]。这些物质的大量出现直接对人体组织细胞产生了明显的损害作用,而组织细胞损害或解体后则会形成更多的炎症刺激物,进而造成人体组织损害的恶性循环,最终引发患者多器官的功能障碍,严重者直接造成休克和死亡[8-10]。这说明,在重症脓毒血症的诊治过程中,治疗的关键在于减少促炎因子的释放,恢复体内促炎和抑炎的平衡[11]。

ICU重症脓毒血症患者在感染前后常伴有严重的疼痛感,在加上发病时坏刺激交感神经,导致神经兴奋而增加器官的负担,导致患者内分泌功能紊乱[12]。因此,应对ICU重症脓毒血症患者采取安全、有效的镇痛镇静治疗。

本研究结果显示,两组患者达到目标镇静水平时间,差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组患者停药后唤醒时间短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组VAS评分低于对照组,静脉推注吗啡次数少于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。因此,在ICU重症脓毒血症镇痛镇静治疗中采用程序化镇痛镇静治疗有助于促进患者病情的缓解,缩短ICU住院时间,提高患者的生活质量,值得在临床上推广。

参考文献

[1] 吴颖.乌司他丁对人脓毒症血清肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素10、肌钙蛋白I、C反应蛋白的影响.河北医科大学,2013.

(上接第75页)

4 讨论

肩手综合征属于现代病名,虽在中医古籍中未见明确预支对应病名记载,但对本病症状已有记载,《针灸大成》中记载:“中风腕酸,不能屈伸,指痛不能握物”;《针灸甲乙经》曰:“偏枯臂腕发痛,肘屈不得伸”,明确对SHS的症状进行描述。本病病性虚实夹杂,以虚为根本,患者肢体废痿不用,关节屈伸不利为中风后气血亏虚,经脉失养,不能濡养肌肉筋脉所致;水肿为气血运行不畅,久则气滞血瘀,阻滞经脉,影响水液代谢所致;本病上肢疼痛症状,笔者认为除了气血亏虚的“不荣则痛”以外,SHS患者上肢疼痛症状还兼有阳虚,阳虚则阴偏盛,阴偏盛则虚寒内生,寒主收引导致经脉拘急疼痛,在临床上应以补气温阳为法。

根据SHS的临床特点及《金匱要略·中风历节篇》中记载“夫风之为病,当半身不遂,或但臂不遂者,此为痹”,本病当属“痹症”范畴,在临床上采用针灸治疗取得了一定疗效,特别是在缓解疼痛,消除水肿方面疗效显著,但对患者运动功能恢复效果仍不理想。十二经筋是十二经脉濡养肌肉关节的筋肉系统,具有维持人体正常肢体活动的作用,《素问·痿论》中指出经筋“主束骨而利机关”,说明通过针刺调节经筋可有效改善机体运动功能。火针名首见于《小品方》,但在古代文献中早有记载,又称为焮刺、燔针、焮针、烧针等,具有疏通经络和温经散寒的双重功效,《素问·调经论》中明确记载筋骨疾病可采用火针疗法。本研究以《素问·长刺节论》中记载“病在筋,筋挛节痛,不可以行,名曰筋痹”及《灵枢·官针》中“刺燔针则取痹也。”为指导,采用火针结合刃针治疗SHS,一方面火针具有补气温阳,疏通经络的作用,另一方面结合刃针局部切割机制[7],通过刃

[2] 胡彩红,赖萍,钟燕,等.脓毒症的临床治疗研究进展[J].西部医学,2013(2):308-311.

[3] Harred JF, Knight AR, McIntyre JS. Dow chemical company, assign-nee X po Xidation process [J] US Patent, 2012, 3(17): 1927-1904.

[4] 曾文红,白国强.乌司他丁研究进展.中华肝胆外科杂志,2012,45(7):28-31.

[5] 陈炜,赵磊,牛素平,等.不同炎症因子对细菌性血流感染所致脓毒血症患者的早期诊断价值[J]中华危重病急救医学,2014,26(3):186-188.

[6] 许建强,梁健球,袁满娟,等.乌司他丁对心肌缺血-再灌注损伤患者炎症抑制作用的影响.实用医学杂志,2013,29(20):3406-3408.

[7] 景炳文.乌司他丁在急危重症临床应用的进展[J]中国危重病急救医学,2006,18(2):75-76.

[8] 雷亿群,张建平,俞春钊,等.乌司他丁对急性胰腺炎患者炎症因子的影响[J]中国生化药物杂志,2012,33(6):900-901.

[9] 殷晓娟,李大鹏,尹其翔,等.血清PCT、IL-6水平及SIRS对严重多发伤脓毒血症早期诊断临床研究[J].临床急诊杂志,2011,12(3):186-188.

[10] 倪红英,方强,章云涛,等.乌司他丁对重症脓毒症患者炎症反应的影响及疗效评价[J]中国急救医学,2008,28(4):342-344.

[11] 李滔,张平安,梅冰,等.中性粒细胞VCS参数联合炎症标志物在脓毒血症早期诊断中的作用[J]现代检验医学杂志,2013,28(3):53-57.

[12] 王三亭.连续性血液净化在重症脓毒血症患者治疗中的应用价值[J].河南医学研究,2015,24(4):15-16.

针刺激局部经筋结点,切割过于紧张的肌肉纤维,在缓解疼痛同时改善运动功能。现代医学研究发现,火针刺入局部组织后,针身周围组织遭到灼伤,可刺激吸收遭到破坏的组织,从而达到加快局部新陈代谢,改善循环的作用。刃针疗法(刃针微创治疗术)由田纪钧教授首创,比较临床上常用的毫火针,刃火针在具备与毫火针同样功效的同时,还具有切断局部紧张的软组织纤维、松解粘连,恢复生物力学平衡的作用,加之刃针针身比毫针更粗,刺激量也更大。

本研究结果初步显示刃火针在治疗SHS I期方面具有满意疗效,但由于病例较少,还不能证实该疗法疗效的确切性,有待在日后的研究工作中进一步完善。

参考文献

[1] Patrica M, Davies. Steps to Follow [M]. New York: Completamente riveduta e ampliata, 1985: 312-313.

[2] 中华医学会全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.

[3] 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, 01: 55-56.[4].

[5] 薛立功. 中国经筋学[M]. 第一版. 北京: 中医古籍出版社, 2009: 57.

[6] 曾荣治, 王瑞华. 脑血管病偏瘫合并肩手综合征对肢体功能康复的影响[J]. 中国康复, 1998, 01: 13-15.

[7] 田纪钧. 刃针疗法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 17-18.