

围刺法治疗脑卒中后肩-手综合征疗效观察

翟向阳, 刘天君

[摘要] 目的 比较不同针刺法对急性脑卒中后肩-手综合征的影响。方法 将 90 例患者分为围刺组 49 例和对照组 41 例, 分别采用围刺法和常规针刺法。30 次后进行临床疗效评定。结果 围刺组的总有效率 93.88%; 对照组的总有效率 73.17% ($\chi^2 = 7.2863, P < 0.01$)。结论 围刺组对急性脑卒中后肩-手综合征的疗效优于常规针刺法。

[关键词] 脑卒中; 肩-手综合征; 针刺; 围刺法

Effect of Weici Acupuncture on Shoulder-hand Syndrome after Stroke ZHAI Xiang-yang, LIU Tian-jun. School of Acupuncture, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China

Abstract: **Objective** To observe the effect of Weici acupuncture on shoulder-hand syndrome after acute stroke. **Methods** 90 cases were divided into two groups: the test group (49 cases) who were treated with Weici (a kind of acupuncture) and the control group (41 cases) who were treated with the normal acupuncture. **Results** The total effective ratio of the test group was 93.88%, and that of the control group was 73.17% ($\chi^2 = 7.2863, P < 0.01$). **Conclusion** Weici acupuncture is more affective on shoulder-hand syndrome after acute stroke than the normal acupuncture.

Key words: stroke; shoulder-hand syndrome; acupuncture; Weici

[中图分类号] R743.3 [文献标识码] A [文章编号] 1006-9771(2008)05-0472-01

[本文著录格式] 翟向阳, 刘天君. 围刺法治疗脑卒中后肩-手综合征疗效观察[J]. 中国康复理论与实践, 2008, 14(5): 472.

脑卒中后肩-手综合征是指脑卒中后突然出现的患肢手肿胀疼痛和肩部疼痛, 使肩部运动功能障碍, 若不及时治疗将导致手部肌肉萎缩, 手指挛缩畸形, 严重影响脑卒中患者的功能康复。我们运用围刺法治疗脑卒中后肩-手综合征, 报道如下。

1 资料

90 例脑卒中后肩关节功能障碍患者, 均来自于河南中医院附属医院。符合 1986 年中华医学会第二次全国脑血管病学学术会议脑卒中诊断标准^[1]及肩-手综合征诊断标准^[1], 均经 CT 确诊, 临床表现为局部肿胀、疼痛, 伴有局部活动受限, 且活动后以上症状明显加重, 局部压痛明显, X 线检查无骨折、脱位; 未经治疗或经西医治疗效果不显著者; 排除意识障碍和关节病变所致的上肢运动功能障碍, 根据简单随机同期对照原则分为两组: 围刺组 49 例, 接受围刺治疗; 对照组 41 例, 接受常规处理。两组基线资料均无显著性差异。见表 1。

表 1 两组患者基线资料比较(例)

组别	男	女	年龄(岁)	病程(d)	淤血	肿胀	疼痛	活动障碍
针刺组	29	20	57.82 ± 5.42	50.82 ± 2.68	36	45	49	47
对照组	24	17	56.59 ± 5.50	60.85 ± 2.61	35	40	41	38
统计量	$\chi^2 = 0.0039$		$t = 0.75$	$t = -1.85$	$\chi^2 = 0.3747$			
P	0.9505		0.46	0.68	0.9454			

2 方法

2.1 围刺组 选用 1 寸、1.5 寸一次性针灸针。针刺局部皮肤常规消毒, 进行以下步骤: ①局部针法: 分别以功能障碍侧三角肌、冈上肌、冈下肌和肱三头肌、肱二头肌肌腹中心为圆心, 先刺入一针, 由内向外, 分别以距离中心 1 ~ 2 cm 为半径画圆, 针刺 3 针。根据障碍关节的大小酌定针刺的深度, 针刺的角度均向圆心斜刺或平刺。②远端选穴与针法: 距离各围刺点局部的两端各选取一穴: 三角肌选择臂臑、肩髃; 冈上肌选择肩髃、大椎; 冈下肌选择近远端阿是穴; 肱三头肌选择曲池、肩贞; 肱二头肌选择尺泽、中府。③行针和留针: 每 10 min 采用泻法行针 1 次, 留针 40 min。起针时, 摇大针孔, 针后于局部拔罐, 留罐 5 ~ 10 min。

2.2 对照组 采用常规针刺方法。选穴: 颈臂、天宗、肩髃、曲

池、会宗、阳池、八邪, 均取患侧。患者侧卧前胸抱枕位, 患侧在上, 针刺颈臂、天宗。然后令患者仰卧, 依次针刺余穴, 肩髃、曲池采用捻转提插泻法, 会宗、阳池捻、八邪针后拔罐 5 ~ 10 min。行针和留针同试验组。

两组隔 1 天治疗 1 次, 10 次为 1 个疗程, 共治疗 3 个疗程。

2.3 疗效标准 自拟疗效判定标准, 分痊愈、显效、好转、无效四级: 痊愈: 肩关节部位僵硬消失, 压痛呈阴性, 可正常活动; 显效: 肩关节部位僵硬基本消失, 压痛明显减轻, 功能基本恢复, 可在有意识操作的情况下活动; 好转: 疼痛较治疗前有所减轻, 肩关节小范围活动; 无效: 经治疗后症状无变化。

3 结果

围刺组痊愈 10 例, 显效 20 例, 好转 16 例, 无效 3 例, 总有效率 93.88%; 对照组痊愈 4 例, 显效 11 例, 好转 15 例, 无效 11 例, 总有效率 73.17% ($\chi^2 = 7.2863, P = 0.0069$)。

4 讨论

脑卒中后上肢屈肌痉挛模式占优势, 致肩胛骨下沉、后缩, 肩关节内旋, 故肩关节上举、外展均受限且疼痛, 而疼痛及恐惧心理又增加屈肌张力, 使患肢陷入疼痛-痉挛-疼痛-萎缩的病理循环。长久下去, 由于关节运动受限, 静脉回流受阻, 以及交感神经系统的作用, 导致肩-手综合征的形成^[2]。

现代研究表明, 针灸的康复作用类似或优于促进疗法。根据促进理论, 针刺的本质也是一种外周的感觉输入, 可使 γ 运动神经元兴奋, 易化脊髓低位中枢, 反射性地诱发肌张力增强; 同时又可以兴奋 α 运动神经元, 促进分离运动的产生^[3]。

本研究显示, 采用围刺法对肩-手综合征疗效优于常规针刺方法。同时我们发现, 采用围刺治疗越早, 患者康复越快, 后遗症越少。这与针刺改善局部经络气血的运行有关, 特别是采用较重的针刺手法(泻法), 且局部针刺数量大, 可局部产生更多刺激, 更有利于患者康复。

[参考文献]

[1] 缪鸿石, 朱镛连. 脑卒中的康复评定与治疗[M]. 北京: 华夏出版社, 1996.
 [2] 程小平. 中风后肩手综合征的针刺康复治疗[J]. 临床报道, 2007, (6): 24-26.
 [3] 冯斌, 杨裕玲. 促神经针刺法在偏瘫早期康复中的应用[J]. 上海针灸杂志, 1996, 15(2): 24.

(收稿日期: 2008-02-25 修回日期: 2008-04-02)

作者单位: 北京中医药大学针灸学院, 北京市 100029。作者简介: 翟向阳(1970-), 男, 河南济源市人, 副教授, 博士研究生, 长期从事传统运动康复研究。通讯作者: 刘天君。