

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<sup>[1]</sup>及肩-手综合征诊断标准<sup>[1]</sup>,均经 CT 确诊,临床表现为局部肿胀、疼痛,伴有关节局部活动受限,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<sup>[2]</sup>。

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<sup>[3]</sup>。

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,朱锦莲.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。