

# 火针疗法治疗卒中后肩手综合征 43 例疗效观察

苏 敏 指导:何希俊

(广东省中山市中医院康复科,广东省中山市悦来南南安路2号,528400)

**关键词** 卒中后肩手综合征/针灸疗法;火针

卒中后肩手综合征(Shoulder - hand Syndrome, SHS)又称反射交感神经性营养不良(Reflexsyopathic Dystrophy, RSD),它可以是原发的,也可由不同因素诱发<sup>[1]</sup>。本综合征的发生多在病后1~3个月,发生率为12.5%~70%<sup>[2]</sup>。肩手综合征是中风后的难治兼夹症,其典型表现是早期肩部疼痛,活动受限,手水肿和疼痛,皮温上升。后期可出现手部肌肉萎缩,甚至挛缩畸形,严重影响偏瘫肢体的康复。SHS不仅给患者带来极大痛苦,也给家庭和社会带来沉重负担。现代康复治疗虽然能较好地缓解肩手综合征引起的疼痛和肿胀,改善关节活动度,但只是对症治疗,不能从根本上解除患者的痛苦。笔者在临床实践中发现,运用火针治疗卒中后肩手综合征具有疗效显著、操作简单、费用低、无副作用等优点。现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 病例来源于2010年10月-2011年10月在我院康复科住院患者。

### 1.2 诊断标准

1.2.1 脑卒中诊断标准 采用1995年中国第四届脑血管病学术会议通过的《各类脑血管疾病诊断要点》<sup>[3]</sup>的相关诊断标准。

1.2.2 肩手综合征(SHS)的评定标准 参照KOZIN标准(附表1)<sup>[4]</sup>,4项总分≥8分,并能排除卒中前即患有肩周炎、颈部疾病所致的肩部疼痛与丘脑病变引起的剧烈疼痛者,可诊断为SHS。

1.2.3 肩手综合征的分期标准 I期:患侧肩部疼痛,活动受限,同侧手出现肿胀,以手背为甚,包括手指和掌指关节;手的颜色发生改变,出现发红、皮温上升等血管运动性改变;手指多呈伸直位、屈曲时受限,被动屈曲时引起剧痛。II期:肩、手的自发痛和手的肿胀减轻或消失,皮肤萎缩,手的小肌肉萎缩日趋明显、手指活动范围日益受限。X线片可见患者手骨质疏松样改变。III期:手的皮肤和肌肉明显萎缩,手指完全挛缩,关节活动度丧失。

1.3 纳入标准 1)符合脑卒中诊断标准。2)符合肩手综合征的诊断标准。3)符合肩手综合征I期诊断标

准。4)年龄在40~80岁,脑卒中发病6个月内,SHS评分≥8分。5)生命体征稳定。6)患者愿意接受治疗,并签署知情同意书。

表1 肩手综合征评估量表

项目	评分	
感觉:疼痛、痛觉过敏	无	0
	轻微	1
	中度	2
	明显	3
	严重	4
自主神经:远端水肿	自发性	5
	无	0
	轻微	1
	明显	2
运动:肩部外展	严重	3
	>120°	0
	120°~90°	1
运动:肩部外旋	90°~45°	2
	<45°	3
	>30°	0
	30°~20°	1
运动:肩部外旋	20°~10°	2
	<10°	3

注:SHS诊断标准为4项总分≥8分。

1.4 排除标准 1)合并有严重内脏疾病,自控能力差,不能配合治疗者。2)1周内使用过止痛药物。

1.5 脱落与剔除标准 1)试验期间发生严重不良反应或特殊生理变化或其他意外事件,不宜继续接受试验者。2)试验期间病情不断恶化,有可能发生危险而必须采取紧急措施者。3)试验期间患者不愿继续接受治疗者。

## 2 治疗方法

2.1 分组 采用简单随机方法,将受试者按1:1原则分为2组,采用PEMS3.1统计软件产生随机数字,并制成随机分配卡,装入依次编号的不透明信封,信封的编号与卡片上的序号相同,按照进入试验的顺序依次取卡,严格按卡片序号规定分组及治疗。符合入选标准病例共计83例,其中火针治疗组43例,男28例,女15例;年龄40~77岁,平均(63.2±9.32)岁;病程33~172天,平均(71.3±31.24)天;其中脑出血8例,脑梗死35例。对照组40例,男26例,女14例,年龄40

~74 岁,平均(62.2±9.63)岁;病程 35~181 天,平均(68.6±33.21)天;其中脑出血 9 例,脑梗死 31 例。2 组资料比较用  $t$  检验( $P>0.05$ ),具有可比性。

2.2 基础治疗 按照卒中单元模式进行管理:1)一般治疗:保持呼吸道通畅,合理使用降压药,合理抗感染治疗,纠正高血糖,对症支持治疗。2)西药依照 2010 年版《中国脑血管病防治指南》,根据患者具体病情,给予相应的药物治疗。3)心理治疗:对有心理障碍的患者进行测评,然后进行心理及药物治疗。4)健康教育:分别由医生、责任护士、康复师进行健康宣教,采用多媒体、墙报、健康教育手册、口头宣教等形式。5)中医辨证施治:参照国家中医药管理局脑病急证协作组《中风病诊断与疗效评定标准》<sup>[5]</sup>及王永炎主编的《中医内科学》<sup>[6]</sup>进行辨证施治。

2.3 治疗组 1)取穴:患侧肩前、肩髃、肩贞、曲池、外关、八邪、水分、中腕。2)针具:选用细钨锰火针。3)操作方法:针刺前向患者解释火针的感应,消除患者的恐惧心理。选取合适体位,充分暴露所刺穴位,碘伏常规消毒,采用火针快针法,在各穴行速刺、点刺,深度 2~5mm。刺时要求火针在酒精灯上加热至白亮,在穴位上施刺要求稳、准、快。每穴刺毕,助手用 75% 乙醇棉球迅速按压针孔,以减轻疼痛。隔日治疗 1 次。4)注意事项:a. 避免针刺后穴位沾水;b. 嘱患者不要抓挠所刺穴位;c. 糖尿病患者血糖控制不佳则禁止针刺。

2.4 对照针刺组 1)取穴:主穴:患侧肩髃、臂臑、肩髃、曲池、手三里、外关、合谷。配穴:肩部疼痛明显者加肩贞、肩前、臑俞;手指肿胀甚者加后溪、中渚、八邪。取穴标准按照国家经穴部位标准(GB90-12346)进行。2)针具:华佗牌  $\phi 0.35\text{mm} \times 40\text{mm}$  不锈钢针。3)操作方法:皮肤用 75% 乙醇常规消毒后,根据具体穴位位置直刺,之后行小幅度提插捻转,针刺以平补平泻法,得气后留针 30min,留针时间隔 15min 行针 1 次。每日治疗 1 次。

2.5 疗程 7 天为 1 个疗程,疗程间休息 2 天,2 周后进行临床疗效评定。

2.6 临床疗效评定标准 1)疼痛与水肿分级评分:疼痛采用视觉模拟评分法(Vidualanalogue Scale, VAS)。2)上肢运动功能评定:采用改良的 Fugl-Meyer(FMA)法。3)肩手综合征疗效评定根据《脑卒中的康复评定和治疗》<sup>[7]</sup>结合 SHS 实际情况,制订如下标准:显效:关节水肿、疼痛消失,活动功能无明显受限,手部小肌肉无萎缩,上肢运动评分提高 50%;有效:关节水肿基本消失,疼痛基本缓解。关节活动轻度受限,手部小肌肉萎缩不明显,上肢运动评分提高 25%~

49%;无效:症状、体征无明显改善,关节活动功能明显受限。肌肉萎缩逐渐加重,上肢运动评分提高小于 25%。

2.7 统计学方法 计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,计量资料用  $t$  检验,计数资料用  $\chi^2$  检验,等级资料用秩和或 *Riddit* 检验,所有统计计算用 SPSS15.0 统计软件进行分析。

### 3 结果

3.1 疼痛与水肿评分比较 见表 2。

表 2 疼痛、水肿治疗前后比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	上肢疼痛症状积分		上肢水肿程度积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	43	7.13±2.51	2.11±1.31* <sup>△</sup>	4.12±1.45	1.15±1.14* <sup>△</sup>
对照组	40	6.84±2.12	4.78±1.86*	3.78±1.33	3.12±1.23*

注:2 组治疗前后疼痛、水肿症状积分比较,\* $P<0.05$ ;2 组治疗后疼痛、水肿症状积分比较,<sup>△</sup> $P<0.05$ ,说明治疗后治疗组在疼痛、水肿症状积分改善优于对照组。

3.2 上肢运动功能评定 见表 3。

表 3 2 组患者治疗前后 Fugl-meyer 评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	43	6.12±3.23	19.34±7.56* <sup>△</sup>
对照组	40	5.92±4.12	12.56±4.75*

注:2 组治疗前后 Fugl-meyer 评分比较,\* $P<0.05$ ;治疗后 2 组 Fugl-meyer 评分比较,<sup>△</sup> $P<0.05$ ,说明治疗后治疗组 Fugl-meyer 改善情况优于对照组。

3.3 2 组临床疗效相比较,见表 4。

表 4 2 组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	43	21	16	6	86.05*
对照组	40	15	12	13	67.5

注:2 组总有效率经卡方检验,\* $P<0.05$ ,说明治疗组疗法优于对照组。

### 4 讨论

现代医学对本病发病原因仍不十分清楚,创伤被认为是 SHS 的主要原因,约占 30%<sup>[8]</sup>。交感神经-传入神经偶联形成恶性循环<sup>[9]</sup>是公认的 SHS 的发病机制。脑血管病急性发作影响运动中枢前方的血管运动中枢,使运动前区的皮质和皮质下结构或传导束受损,血管运动神经麻痹,引发患肢的交感神经兴奋性增高及血管痉挛反应,末梢血流增加,产生局部组织营养障碍,从而出现肩关节周围和手-腕部水肿、疼痛,而疼痛刺激又进一步经末梢感觉神经传至脊髓,引发脊髓中间神经的异常兴奋性刺激,造成血管运动性异常的恶性循环。

本病属中医学筋痹范畴,病机多为本虚标实。本

虚责于肝肾不足、气血亏虚，标实多为风、痰、瘀血、郁热相因为患。由于风痰瘀血内阻经脉，不通则痛，因而出现患肢肩、肘、腕等关节疼痛，活动功能下降，“血不利则为水”，水性趋下，泛滥肌肤，故出现腕部及手指水肿。《灵枢·经筋》谓“手阳明之筋，其病，肩不举”“足太阳之筋，其病，肩不举”。遵守“经脉所过，主治所及”的治疗原则，我们选取太阳、阳明、少阳经穴。取肩髃、肩髃、肩贞分别为手少阳经、手阳明经、手太阳经穴，肩前穴为经外奇穴，均为局部取穴，可疏通肩部经络气血，活血祛风止痛。中腕为祛痰要穴，水分利湿要穴。二穴合用以理气化痰除湿以消手臂肿胀，行气止痛。

火针疗法，源远流长，《黄帝内经》即有“大针（即火针）”“燔刺”“焮刺”记载。它具有针刺和灸法的双重作用，能刺激穴位，增强人体的阳气，激发经气，调节脏腑机能，使寒湿去，郁结散，经络通，气血行而起到较好的疗效，起到温阳利水、通经止痛的作用，比直接灸更有优势，且患者痛苦较小，疗程更短，刺激均衡，效果稳定、可靠，作用时间持久。现代实验研究表明，用炽热的火针快速刺入粘连、变性、水肿的组织，可引起针体附近白细胞和巨噬细胞等免疫介质浸润，加速局部血液微循环，从而促进病变组织的消除及水肿吸收，同时可刺激周围健康组织的再生修复，有助机体功能恢复。

上述实验结果表明，通过设立临床对照观察，比较2种不同治疗方法对肩手综合征，进一步阐明了火针治疗肩手综合征的优势所在。运用火针疗法治疗卒中后肩手综合症，临床疗效肯定，取效甚捷，值得深入研究和临床推广应用。

参考文献

[1] Ribbes G M, Oosterhuis W P, van - Limbeek J, et al. Reflex sympathetic dystrophy is the immune system involved. ArchPhys - Med - Rehabil, 1998, 79( 12 ):1549.

[2] 王洪忠. 实用中西医结合偏瘫康复学. 北京: 中国医药科技出版社, 1997:296.

[3] 全国脑血管会议. 各类脑血管疾病诊断要点. 中华神经科杂志, 1996:29( 6 ):379.

[4] Kozin F Ryan LM, Carerra GF, et al. The reflex symparhetic dysrtrophy syndrome( RSDS ). Am J Med, 1991, 70:23 - 30.

[5] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准( 试行). 北京中医药大学学报, 1996, 19( 1 ):55 - 56.

[6] 王永炎. 中医内科学[ M ]. 第1版. 上海: 上海科学技术出版社, 1997, 124 - 132.

[7] 缪鸿石主编. 脑卒中的康复评定与治疗. 北京: 华夏出版社, 1996: 149 - 150.

[8] Braveman D L, Kern H B, Nagler W. Recurrent spontaneous hemarthrosis assoociated with reflex sympathetic dystrophy. Arch - Phys - Med - - Rehabil, 1998, 79( 3 ):339.

[9] 贾和平, 金瑞林. 中风后肩手综合征各期交感皮肤反应变化, 中国疼痛医学杂志, 2003:9( 3 ).

( 2011 - 11 - 18 收稿 )◎

## 新生儿皮肤护理体会

李自美

( 赫章县人民医院, 贵州省赫章县小康1路, 553200 )

关键词 新生儿脓疱疮; 新生儿皮肤护理

新生儿脓疱疮是因皮肤不洁, 金黄色葡萄球菌感染引起的疾病。临床表现为面部、腋下、颈部、皮肤皱褶处出现细小脓疱, 直径约2~3mm, 略高出皮肤, 基底微红, 胞内含混浊的液体膨胀至一定程度即破裂, 重者伴全身症状, 出现脱水及休克, 皮肤感染使皮肤、巩膜不同程度感染, 逐渐加重可致中毒性脑病, 发展为败血症而危及生命。

患儿某, 男, 18天, 2004年10月7日, 以全身性脓疱疹入院。体温: 38.4℃, 体重: 3.5kg, 神差, 面部及全身皮肤黄染, 全身可见多处脓性疱疹, 腋下已开始破溃, 患儿反应能力差, 哭声无力, 双肺呼吸音粗重, 可闻及痰鸣音, 心音低钝。查血常规 WBC: 15.2 × 10<sup>9</sup>, N: 0.80, L: 0.20。

护理常规: 1) 每日洗温水澡, 既可清洁皮肤又可降低体温。2) 用质地柔软的毛巾蘸取温水擦去皮肤皱褶处的胎脂, 避免其分解产物刺激皮肤, 加重皮肤的脓胞疮。3) 脓胞疮的表面及周

围皮肤用75%的乙醇消毒。4) 用无菌针头刺破脓胞, 用无菌棉签吸取脓液, 脓胞处涂用鞣酸软膏, 使破溃处保持干燥, 容易愈合, 对皮肤刺激小, 同时具有抑制金黄色葡萄球菌生长的作用。要注意患儿皮肤、衣服、尿布, 及时清洁会阴及臀部, 以免大小便刺激破溃处的皮肤延缓创面愈合。5) 每日要坚持清晨洗澡1次, 用37℃的清洁温水流动洗澡, 用婴儿香皂, 保持病室卫生。经过以上护理加抗生索的应用, 患儿入院第二天精神略有好转, 破溃处开始好转愈合, 未有新的脓胞出现, 5~6天体温恢复正常, 皮肤黄染减轻, 精神明显好转, 不再啼哭, 查血 WBC: 9.1 × 10<sup>9</sup>/L, 10天后皮肤黄染完全消失, 精神食欲好。新生儿臀部红烂的皮肤护理十分重要, 护理不当, 可形成败血症, 引起其他组织、器官转移性脓肿, 造成不同组织器官的栓塞而危及生命。

按: 新生儿皮肤, 角质层发育差, 易脱落, 皮肤表面缺乏溶菌酶, 防御功能较差。通过临床26例患儿的观察, 证明用以上护理措施对新生儿脓疱疹、臀部红烂效果明显。

( 2011 - 03 - 30 收稿 )