

DOI: 10.13703/j.0255-2930.2018.05.019

中图分类号: R 246.6 文献标志码: A

临 证 经 验

芒针透刺为主治疗中风后肩手综合征 35 例

慕容志苗^{1△}, 牛红月^{2✉}(¹天津中医药大学, 天津 300193; ²天津中医药大学第一附属医院, 天津 300193)

[关键词] 肩手综合征; 反射性交感神经营养不良征; 芒针; 穴, 下极泉; 穴, 三间

肩手综合征(shoulder hand syndrome, SHS)也称反射性交感神经营养不良综合征(reflex sympathetic dystrophy, RSD), 是脑卒中后常见的并发症, 患者常出现肩关节及手部肿痛、活动受限或伴有皮色改变。关节活动受限表现为手被动旋后, 腕背伸受限, 手指拘挛, 伸展受限, 被动活动时可引起疼痛。如不对此干预, 晚期则会出现患手畸形, 虽无水肿和疼痛, 但关节的活动将永久丧失。因此肩手综合征的预防相当重要, 一旦发生不但给患者带来疼痛, 而且会严重影响上肢功能的恢复。笔者采用芒针透刺下极泉、三间配合毫针刺肩髃、肩髃、外关等穴位治疗中风后肩手综合征 35 例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本文病例全部来源于 2016 年 6 月至 2017 年 3 月天津中医药大学第一附属医院针灸部住院患者, 其中男 14 例, 女 21 例; 年龄 45~79 岁, 平均 64 岁; 病程 28~145 d, 平均 86.3 d; 均为脑梗死患者。

1.2 诊断标准

西医诊断符合全国第四届脑血管病学术会议(1995 年)制定的脑梗死诊断标准^[1], 并经 CT 或 MRI 检查确诊为脑梗死或脑出血; 肩手综合征诊断标准参照中国康复研究中心(1996 年)制定的标准^[2]: 脑卒中患者手部疼痛, 皮肤潮湿、发凉、发紫, 伴肩、肘、腕关节活动受限, 掌指关节局部无外伤、感染等。经 X 线及其他相关检查排除肩周炎、关节肌肉病、类风湿性关节炎所致的疼痛及肩关节活动受限者。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准者; ②年龄 40~80 岁者; ③神志清楚, 精神平稳者。

1.4 排除标准

①合并严重原发性疾病者; ②中风前患有肩周炎

者; ③不能配合针刺者。

2 治疗方法

取穴(均取患侧): 主穴: 下极泉、三间; 配穴: 肩髃、肩髃、曲池、手三里、外关、合谷。操作: 患者取仰卧位, 充分暴露患肢, 施术者握住患者患肢手腕, 使其最大限度向外上方展开, 先选用 0.30 mm × 75 mm 芒针, 予乙醇棉球消毒下极泉处[腋横纹正中直下 1.5 寸, 即极泉穴沿手少阴经下移 1.5 寸(同身寸), 在肱二头肌与肱骨干尺侧, 肱三头肌前侧], 采用单手进针或夹持进针法, 朝肩髃方向刺入 20~25 mm, 得气后针稍向外退 10 mm 左右, 向肩髃至肩髃沿线呈扇面透刺, 以上肢放电感、抽动为度, 抽动 3 次后出针, 不留针; 继而取三间, 消毒后针尖向后溪方向透刺, 刺入 20~25 mm, 以局部出现酸、麻、胀感并四指自然伸展、松软为度, 留针 30 min。再选用 0.25 mm × 40 mm 毫针, 取肩髃、肩髃、曲池、手三里、外关, 消毒后依次由上至下针刺, 每穴均直刺 10~12 mm, 施以平补平泻手法, 以局部出现酸、麻、重、胀感为度; 取合谷穴, 消毒后针尖向大拇指方向刺入 10~12 mm, 施以提插平补平泻之法, 以出现大拇指抽动为度。以上诸穴均留针 30 min。每周针刺 6 次, 2 周为一疗程, 共治疗观察 3 个疗程。

3 治疗结果

治愈: 肩手无疼痛、水肿, 关节活动无受限, 视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS)评分^[3]为 0 分, 上肢运动功能评分(Fugl-Meyer, FMA)^[4]>60 分; 显效: 肩手疼痛、水肿较前明显缓解, 关节活动略受限, 被动运动时轻微疼痛, VAS 疼痛评分>0 分且≤3 分, 上肢运动功能评分>50 分且≤60 分; 有效: 肩手疼痛较前缓解, 水肿消退, 关节活动受限, 被动运动时疼痛明显, VAS 疼痛评分>3 分, 且≤6 分, 上肢运动功能评分>40 分且≤50 分; 无效: 治疗后肩手症状、体征较前无明显改善。35 例患者中, 治疗前 VAS、FMA 评分分别为(4.94 ± 1.55)分、(32.83 ± 8.95)分, 治

✉通信作者: 牛红月, 主任医师。E-mail: nhyl966@sina.com

△慕容志苗, 天津中医药大学硕士研究生。E-mail: 344164606@qq.com

疗后分别为 (3.29 ± 1.84) 分、(50.54 ± 5.94) 分、经配对样本 *t* 检验两评分治疗前后差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$)。治愈 0 例、显效 20 例、有效 11 例、无效 4 例, 总有效率为 88.6%。

4 体会

中风后肩手综合征属中医“痹症”“水肿”范畴,《素问·调经论》云:“手屈而不伸者,其病在筋。”中风后肩手综合征患者患侧肢体经筋病理表现为萎缩、拘挛状态,肩、手关节屈伸不利,活动受限,局部肿胀,属气虚血瘀、络阻不通证,治当疏通经络、活血化瘀行气。

笔者选用芒针透刺下极泉、三间治疗此病。中医学上认为“心主血脉”“血能载气”,心之气血运行通畅肢体才能得以濡养、活动。极泉穴为手少阴经的起始穴,杨继洲《针灸大成》称其“主臂肘厥寒,四肢不收”。但因其位于腋窝中央,被腋毛覆盖,下有腋动脉,取穴不便,故临床上多取下极泉,离穴不离经,既可避免感染,又可避开腋动脉,针刺效果显著。臂丛神经行至下极泉处分支为正中神经、尺神经和桡神经等,而正中神经、桡神经分别支配腕指的屈与伸^[5]。针刺下极泉穴较传统的极泉穴刺激性更强,更具有针对性^[6]。三间穴为手阳明经的输穴,《难经·六十八难》曰:“输主体重节痛”,即三间穴可治疗身体关节屈伸不利、疼痛,尤其对于局部的手指、腕屈伸不利效果更为明显。针刺三间可调畅阳明经气、疏通经络、行气活血、祛瘀消肿、舒筋止痛。且该穴隶属手阳明经,阳明经为多气多血之经,针刺之可疏通患侧经络

气血,促其恢复。从现代解剖层次看,三间穴的位置恰好位于手部的示指伸肌的附着点处,深刺此穴可刺激桡神经浅支,使桡神经由兴奋状态变为抑制状态,从而缓解了手部内、中、外肌群的肌肉张力的紧张状态^[7]。同时,根据“经脉所过,主治所及”的原则,辅以肩髃、肩髃、曲池、手三里、外关、合谷等穴以通调上肢气血,疏经通络,促进肩、手关节功能恢复。

笔者在治疗该病的针具上选用芒针,芒针在治疗深邪久痹上具有一定优势,更易激发经气;且在操作手法上选用透刺法,一针多穴,治疗范围更广,疗效更佳。但本研究仅为临床观察性研究,缺乏随机对照与随访,具体机制也有待进一步研究。

参考文献

- [1] 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[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [2] 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: 149-150.
- [3] 曹卉娟, 刑建民, 刘建平. 视觉模拟评分法在症状类结局评价测量中的应用[J]. 中医杂志, 2009, 50(7): 600-602.
- [4] 杜建. 实用中医康复学[M]. 福州: 福建科学技术出版社, 1994: 203-206.
- [5] 严振国. 正常人体解剖学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2006: 242-243.
- [6] 吴芬芬, 武连仲, 孟智宏. 武连仲教授妙用“下极泉”治疗上肢痉挛性瘫痪[J]. 针灸临床杂志, 2012, 28(11): 63-65.
- [7] 常颖慧, 申鹏飞, 石学敏. 合谷透三间对降低中风致全手肌张力增高的临床疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2010, 26(6): 30-32.

(收稿日期: 2017-06-02, 编辑: 孟醒)

《中国针灸》杂志对研究性论文中引用参考文献的要求

参考文献是科学研究论文中不可缺少的组成部分, 国家标准(GB7714-2015)中明确规定科研文章的主体部分包括引言、正文、结论、致谢、参考文献。事实上, 一项科学研究从开始选题到研究论证、最终撰写研究报告, 都要参阅和利用大量的文献, 吸取他人的研究成果, 才有可能通过本项研究产生新的研究结果。因此, 认真著录所引用的参考文献不仅能够全面反映一项研究工作立题的必要性、研究过程的可靠性、研究结果和结论的准确性, 而且还反映了作者的科研道德和科研水平。另外, 期刊发表论文, 不只是单纯地“发表”研究成果, 更重要的是在“发表”中进行“评价”, 以促进学术交流。但是, 近年来, 针灸论文撰写中存在着忽视参考文献引用和著录的现象, 直接导致了论文学术水平的下降, 削弱了期刊的学术评价功能。参考文献的引用使论文和期刊具有学术评价功能, 同时, 期刊编辑也要通过引用参考文献的程度评价学术论文的质量。因此,《中国针灸》杂志要求, 凡是投给《中国针灸》杂志的稿件, 必须要著录参考文献, 4 000 字以上论文要求参考文献 15 条以上。参考文献选择的标准是, 以作者亲自阅读过的、近期期刊文献为主, 请尽量少引用书籍文献。