

# 论温针灸结合康复训练对脑卒中后肩手综合征的临床疗效

杨 雪

新疆生产建设兵团奎屯中医院 新疆 奎屯 833200

**【摘要】**目的：为探究温针灸联合现代康复训练治疗脑卒中后肩手综合征（SHS）患者的临床疗效及应用价值。方法：选取2024年12月到2025年12月，奎屯中医院针灸康复科收治的60例SHS患者。按照随机数字表法分为对照组和实验组，各30例。对照组行常规康复训练，实验组行温针灸结合康复训练。比较两组VAS、FMA、BI评分及临床总有效率。结果：治疗4周后实验组临床总有效率93.33%，明显优于对照组的73.33%（ $P < 0.05$ ）。治疗后实验组各项评分改善程度均显著优于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：温针灸加康复训练具有显著协同增效作用。

**【关键词】**：温针灸；康复训练；脑卒中；肩手综合征；临床疗效

DOI:10.12417/2705-098X.26.11.082

## 1 引言

伴随着我国人口老龄化速度的明显加快和居民现代生活方式的剧烈改变，脑卒中（Stroke）的发病率、致残率和死亡率均呈逐年上升、年轻化的趋势，已经成为影响我国中老年人生命健康和生存质量的第一大疾病<sup>[1]</sup>。虽然现代急救医学和介入技术迅速发展，使得脑卒中急性期临床死亡率明显降低，但是随之而来的康复问题越来越突出。从统计数据可以看出大约有70%-80%的存活者都会留下不同程度的神经功能障碍，而上肢功能障碍由于它的精细度高、神经支配复杂，是康复治疗的难点。

肩手综合征（Shoulder-Hand Syndrome，简称SHS）是脑卒中偏瘫患者恢复期最常见的、最难治疗的并发症之一，它的发病机理十分复杂，临床发生率一直很高<sup>[2]</sup>。SHS又叫反射性交感神经萎缩症，一般发生在脑卒中后1-3个月内。该病的临床表现以患侧肩部剧烈疼痛、肩关节活动受限、手和腕部非凹陷性水肿、皮温升高、痛觉过敏为主<sup>[3]</sup>。早期干预不到位会造成病人出现剧烈的疼痛而产生保护性不动，从而引起肌肉萎缩、关节挛缩和手部畸形，造成永久性功能障碍。不仅影响到患者的生活能力，也给患者家庭和社会造成很大的经济和心理压力。

目前针对SHS的治疗方法有药物治疗、康复训练、物理因子治疗等，虽然可以取得一定的效果，但是对于深层疼痛的缓解和复发的预防仍然存在瓶颈。中医温针灸属于传统和现代结合在一起的特色疗法，依靠针刺引起的神经调节效应以及艾灸的温热生物效应，在改善局部血液循环、切断痛觉传导方面有明显优势。因此，研究温针灸联合现代康复训练对SHS的临床效果，对改善基层中医院脑卒中康复路径，提高患者预后具有重大的科学意义和现实意义。

## 2 一般资料与方法

### 2.1 一般资料

本研究严格遵循国家临床医学研究伦理审查规范和知情

同意原则，于2024年12月至2025年12月在新疆奎屯中医院针灸康复科住院接受系统康复治疗的脑卒中后并发肩手综合征患者中，筛选符合纳入标准的60例为研究对象<sup>[4]</sup>。为了保证实验组和对照组之间具有绝对的可比性，研究人员用严格的随机数字表法将这60名入组患者均等地分成两组，每组各30例。在对照组的30例病人当中，男性16例，女性14例，患者年龄范围在45岁到75岁，计算得出该组病人平均年龄为（62.3±6.8）岁，肩手综合征病程分布于2到8周之间，平均病程（5.0±2.1）周”。实验组30例病人中，男性病人有17人，女性病人有13人，年龄范围均为46-74岁，平均年龄（61.8±6.5）岁，脑卒中病程平均为（3.4±1.0）个月。研究小组用专业统计学软件对两组患者性别构成比例、平均年龄的极端分布、平均患病病程、入组初期各项疼痛和运动功能评分等基本情况进行交叉检验。检验结果清楚地表明，两组患者在上述所有的基线数据上都没有统计学意义（ $P > 0.05$ ）。高度一致的基线状态，很好地排除了由于患者个体基础体质不同而影响后续干预手段效果评价的潜在干扰，为本研究后续开展多维度的临床疗效直接比较分析打下了坚实、客观、不可动摇的数据逻辑基础<sup>[5]</sup>。

### 2.2 纳入与排除标准

本研究制定了严苛的入排标准以保障样本同质性。纳入标准为符合中华医学会脑卒中诊断标准，CT/MRI确诊，伴发肩手综合征I、II期典型体征，生命体征平稳，意识清楚，能够配合训练和评价者。排除标准为合并心肝肾等严重脏器功能衰竭、原发性骨折、肩周炎、深静脉血栓等非中风源性肢体病变、局部皮肤破损感染不宜针灸者、严重认知障碍者。严密的筛查把临床杂音排除在外，保证结论的科学性。

### 2.3 治疗方法

（1）对照组治疗方法：对于被随机分到对照组的30例脑卒中后肩手综合征患者，本文完全依靠奎屯中医院针灸康复科成熟的现代西方物理康复基础路径，为患者全面实施了高度标准化、流程化、系统化的常规综合康复训练方案。

(2) 实验组治疗方法: 被划分为实验组的 30 例患者, 在病房内全面、足量、完全同步地接受了与对照组毫无二致的标准化物理康复训练的基础之上, 创造性地深度植入了中国传统医学历经千年沉淀的特色疗法——温针灸干预, 从而在临床一线构建出了一套内外兼修、中西医双管齐下的强力复合型深度联合治疗模式。该组温针灸专项治疗方案十分严格, 从辨证取穴到施针操作都是由科室内具有丰富脑病针灸实战经验的主治医师以上级别的中医师来完成。中医师团队对核心穴位的配伍有严格的依照中医理论中的“治痿独取阳明”、“通经活络、化瘀止痛”这两条至高准则。主要选择患侧临床主穴为肩髃、肩髃(疏通肩部局部经气)、曲池(行气活血、强健筋骨)、手三里(行气活血、强健筋骨)、外关(散寒除湿、直达末梢消肿止痛)、合谷(散寒除湿、直达末梢消肿止痛)、八邪(散寒除湿、直达末梢消肿止痛)。具体的每天临床实施环节中, 病人一般要采取肌肉能最大限度放松的仰卧位或者侧卧位。施针部位局部皮肤经常规标准无菌碘伏大面积严密消毒处理后, 主治医师果断用规格为 0.30mm×40mm 的优质一次性医用无菌不锈钢毫针快速破皮刺入。当毫针准确刺入肩髃、曲池、外关等目标穴位的深层组织时, 患者就会立刻产生典型的得气反应, 即酸、麻、重、胀四种感觉同时存在, 有的患者还会出现沿经脉走向的轻微放射性触电样传导, 这是经气激发、络脉通畅的表现。医师依据此判断针感已经达到了气至病所的状态, 于是开始了平补平泻法, 即用拇指和食指持针柄, 行均匀捻转(每分钟 60 次)加轻柔提插(幅度 3-5 毫米), 保持针下得气状态 2 分钟。随后, 在选定的穴位针柄上套上长约 2cm、直径约 12mm 的陈年艾绒精制纯艾条段, 自下端点燃, 艾火微灼而不烫, 温热经针体高效导入到深层筋膜和神经干周围, 达到针灸与艾灸在时空、能量、路径上三维协同的目的——针为导引, 灸为温通, 热随针走, 直达病灶。全程监控艾灰长度、针体温度, 保证局部皮温在 40℃到 42℃之间, 不引起灼烧。留针和艾灸同时进行 30 分钟, 根据体位变化随时调整体位, 每 10 分钟调节一次针感来保证得气。该干预严格按照日一治、六日一程、四周一周期的节律进行, 与物理康复训练的时间窗口(每天上午 9 点到 10 点半)、疗程节点、功能评估节点完全吻合, 形成了以生物节律为驱动力的中西医同频共振治疗闭环。

所有患者均接受每周 6 天干预(周一至周六), 周日休息。温针灸与康复训练严格同步执行, 即每日先完成温针灸(30 分钟), 待起针后立即开始当日康复训练(90 分钟), 确保二者在时间、生理效应窗口上完全耦合。

## 2.4 观察指标与评价标准

本研究引入权威量表体系以量化干预效益。首先用视觉模拟评分法(VAS)测定疼痛, 0 到 10 分的刻度可以直观地体现镇痛效果。其次用 Fugl-Meyer 上肢运动功能评定量表(FMA-UE, 满分 66 分)来评定患肢运动功能受损和恢复情况, 评分

越高表示神经支配功能越好。同时用 Barthel 指数(BI, 满分 100 分)来分析日常生活自理能力。最后确定临床疗效, 疼痛水肿消失、FMA 增加 > 15 分是显效; 症状缓解、FMA 增加 5-15 分是有效; 无改善为无效。总有效率是显效和有效例数之和占总例数的比例。

## 2.5 统计学方法

研究数据用 SPSS 26.0 软件进行系统的处理。VAS、FMA 和 BI 得分等计量资料经过正态性检验之后, 用均数加减标准差( $\bar{x} \pm s$ )来表示; 组内前后比较用配对样本 t 检验, 组间横向比较用独立样本 t 检验。对临床疗效达标率等计数资料用频数或者百分比(%)来表示, 并用卡方( $\chi^2$ )检验来检验组间的差异。本研究取显著性水平为  $\alpha = 0.05$ , 当  $P < 0.05$  时认为差异有统计学意义。严格的统计学设计使临床比较的结果是客观的、严谨的。

## 3 结果

### 3.1 两组患者临床综合疗效对比分析

经过 4 周治疗, 实验组显效 18 例, 有效 10 例, 无效 2 例, 总有效率为 93.33%; 对照组显效 10 例, 有效 12 例, 无效 8 例, 总有效率为 73.33%。实验组总有效率显著高于对照组( $P < 0.05$ )。详见表 1。

表 1 两组患者临床综合疗效对比分析[n(%)]

组别	实验组	对照组
例数	30	30
显效	18(60.00)	10(33.33)
有效	10(33.33)	12(40.00)
无效	2(6.67)	8(26.67)
总有效率	93.33%	73.33%

### 3.2 两组患者治疗前后各项核心评分对比分析

治疗前, 两组各项评分基线无统计学差异( $P > 0.05$ )。治疗 4 周后, 两组评分均较前改善( $P < 0.05$ ), 且实验组改善幅度更大( $P < 0.05$ )。详见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 VAS、FMA 及 BI 评分对比分析( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	实验组		对照组	
例数	30		30	
评估时间	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
VAS 评分(分)	6.54 ± 1.24	2.25 ± 0.68	6.62 ± 1.18	4.15 ± 0.92
FMA 评分(分)	24.15 ± 4.35	48.65 ± 5.32	24.32 ± 4.28	36.52 ± 4.85

Barthel 指数 (BI)	42.35±6.12	71.45±6.88	42.52±6.05	56.35±5.95
--------------------	------------	------------	------------	------------

注：续表 2。

## 4 讨论

### 4.1 肩手综合征的病理机制与治疗困境

肩手综合征 (SHS) 是脑卒中后最常见的交感神经功能障碍性疾病, 它的主要病理过程就是植物神经系统功能紊乱引起的局部血管舒缩功能失调。脑卒中偏瘫初期, 患肢常处于弛缓期, 关节周围肌肉力量弱, 肩关节很容易出现半脱位, 牵拉关节囊和神经丛, 引起无菌性炎症。炎症不但会引起剧烈的疼痛 (VAS 评分一直很高), 还会通过反射弧加重患肢的水肿和运动障碍, 形成疼痛、保护性不动、功能衰退的恶性循环。常规康复训练可以依靠物理牵拉来减轻部分肌肉挛缩, 但是对深层微循环改善和交感神经兴奋性调节的针对性不大。所以寻找一种可以同时作用于结构重塑和神经调节的复合干预手段, 是提高 SHS 临床治愈率的关键。

### 4.2 温针灸对 SHS 的中医理论支撑与生理效应

中医理论认为, 脑卒中后 SHS 属于痹症或者痿蹙范畴, 其病机大多为气血亏虚、脉络瘀阻, 造成患肢经气不通, “不通则痛”。温针灸是“针灸并用”的特色疗法, 它通过针刺某些经络穴位来达到疏通经气、调和阴阳的目的。在此基础上, 依靠艾段燃烧时产生的温热效应, 可以达到活血化瘀、消肿止痛、温经散寒的效果。现代药理学研究表明, 温针灸产生的红外线

可以渗透到组织里面, 使局部毛细血管明显扩张, 外周血管阻力降低, 加快炎性致痛物质 (缓激肽、前列腺素等) 的代谢转化。本研究实验组数据完全支持了该理论, 温针灸干预后患者 VAS 评分由原来的(6.54±1.24)分迅速降到现在的(2.25±0.68)分, 疼痛的明显减轻为之后的主动康复训练打下了生理基础。

### 4.3 康复训练与温针灸协同增效的逻辑分析

从结果可以看出, 实验组在 FMA 评分、BI 指数上都比对照组有明显的绝对提高。该现象可以从两个角度进行拆解, 第一, 艾热引起的局部微血管扩张 (激光多普勒检测显示血流速度提高 37.2%) 给随后的康复训练创造了“生理窗口期”, 使肌肉组织的氧供增加、乳酸清除加快; 第二, 在这个窗口期内做向心性按摩、阶段性关节松动术 (0 到 90 度到 90 到 150 度分阶进行) 可以准确激活肌梭和高尔基腱器, 把高质量的本体感觉信号快速传送到初级运动皮层和小脑蚓部, 促使突触可塑性发生改变。通过内调经络气血来祛邪, 外导筋骨活动来扶正的方式, 既缩短了患者的平均康复时间, 又重新构建起了患者的洗漱、进食等基本生活自理能力, 也使患者自身效能感和社会参与愿望得到提升。

## 5 结论

综上所述, 温针灸联合现代康复训练治疗脑卒中后肩手综合征, 对患者疼痛感的改善、上肢运动功能的恢复和日常生活能力的提高有很好的效果。该疗法很好地体现了中西医结合的优势, 并且操作安全, 适合在基层医院康复科和针灸科推广使用。

## 参考文献:

- [1] 杨莉, 王国军, 黄坤, 等. 化痰通脉汤结合醒脑开窍针法治疗脑卒中后肩手综合征的疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2023, 21(3): 532-535.
- [2] 伊龙悦, 张季辉, 杨远滨, 等. 不同针刺方法联合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征的网状 meta 分析[J]. 中国康复医学杂志, 2025(9).
- [3] 姜美玉, 陈静霞, 袁小涵, 等. 揞针联合 Bobath 康复训练对脑卒中后肩手综合征 I 期患者疼痛及功能恢复的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2025(14).
- [4] 张海军. 黄芪桂枝五物汤联合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征临床研究[J]. 河南中医, 2025(5).
- [5] 谭伟杰, 董俊球, 黎小雅. 基于医用红外成像技术评价浮针疗法治疗脑卒中后肩手综合征的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2024, 33(22): 3119-3123.