溫針灸治療卒中後偏癱肩痛30例

30 cases of post-stroke hemiplegia shoulder pain treated with warming acupuncture and moxibustion

鈕飛峰 蘇彩霞 *NIU Feifeng, SU Caixia*

（南京醫科大學附屬江蘇盛澤醫院康復醫學科）

(Department of rehabilitation medicine, Jiangsu Shengze Hospital affiliated to Nanjing Medical University, Suzhou, Jiangsu)

[摘要] 目的：觀察溫針灸治療腦卒中後偏癱肩痛的臨床療效。方法：將60例腦卒中後偏癱肩痛患者隨機分為治療組和對照組，每組30例。治療組採用溫針灸治療，對照組採用常規針刺治療，2個療程後比較兩組治療前後視覺模擬評分（VAS）、肩關節被動活動度、偏癱側上肢運動功能，並進行療效評定。結果：兩組治療後患者VAS評分、肩關節被動活動度、偏癱側上肢運動功能與治療前比較，均有顯著統計學差異（$P<0.05$或$P<0.01$）。治療組治療後VAS評分、肩關節被動活動度、偏癱側上肢運動功能與對照組治療後比較，均有顯著統計學差異（$P<0.01$）。結論：溫針灸能顯著緩解腦卒中後偏癱肩痛患者的臨床症狀，療效確切。

[關鍵詞] 偏癱肩痛；溫針灸；腦卒中

腦卒中後偏癱肩痛（Hemiplegic Shoulder Pain，HSP）是腦卒中患者常見的併發症之一，其發生率為16%~72%[1]。臨床主要表現為偏癱側肩關節的疼痛，以及因疼痛導致的肩關節活動受限和功能障礙。患者常需頻繁使用止痛藥物才能緩解症狀，經久不愈的疼痛造成了患者對康復治療的恐懼，加重其心理負擔，延緩了肢體功能的恢復，同時也大大降低了患者的生活質量，阻礙了康復進程。而針灸治療HSP具有療效確切、操作簡便、無副作用、經濟適用等特點，已在臨床被廣泛運用。筆者在臨床採用溫針灸治療卒中後偏癱肩痛患者30例，取得了較滿意的臨床療效，現報道如下。

1 臨床資料

1.1 一般資料

60例患者均來自2018年9月至2019年6月江蘇盛澤醫院康復科病房，將全部入選病例按照統計軟件生成的隨機分組表隨機分為治療組和對照組，各30例。治療組30例中，男性17例，女性13例；年齡最小41歲，最大78歲，平均年齡65歲；病程最短0.5月，最長6月；腦出血9例，腦梗死21例；左側偏癱11例，右側偏癱19例。對照組30例中，男性21例，女性9例；年齡最小45歲，最大80歲，平均年齡67歲；病程最短0.5月，最長4月；腦出血8例，腦梗死22例；左側偏癱17例，右側偏癱13例。兩組患者一般資料比較，差異無統計學意義（$P>0.05$），具有可比性。詳見表1。

1.2 診斷標準

1.2.1 中醫診斷標準 痹證的中醫診斷標準，參照普通高等教育「十五」國家級規劃教材、新世紀全國高等中醫藥院校七年制規劃教材《中醫內科學》[2]。

1.2.2 西醫診斷標準 腦卒中的診斷，參照2010年衛生部疾病控制司、中華醫學會神經病學會制定的《中國腦血管病防治指南》[3]中關於腦栓塞、腦梗塞、腦出血的診斷標準。

腦卒中後偏癱肩痛的診斷，參考《2016AHA/ASA成人腦卒中康復治療指南》[4]中偏癱肩痛的診斷標準，具體如下：

① 符合腦卒中診斷標準，且經過頭顱CT或MRI檢查證實。

② 偏癱側肩部疼痛、活動受限。

③ 可伴有疼痛肢體的觸覺障礙、本體感覺障礙。

④ 可伴有患側肢體腕部、手等其他關節部位腫脹、疼痛。

⑤ 彩超、X線可見局部肌肉病變或滲出液，滑囊積液及關節異常。

Copyright 中醫學會 版權所有 All Rights Reserved

1.3 納入標準

①符合HSP的中、西醫診斷標準；

②首次發病，病程在1個月到6個月之內；

③年齡在40歲到80歲之間，性別不限；

④肢體偏癱，肩痛在腦卒中後出現，並符合腦卒中偏癱肩痛診斷標準；

⑤生命體征平穩，無急性疾病及嚴重併發症；

⑥意識清醒，無溝通障礙，能配合治療；

⑦本人或家屬簽署知情同意書。

1.4 排除標準

①非腦卒中所致的偏癱肩痛患者；

②非偏癱側肩痛患者；

③發病前有肩周炎、上肢骨折、周圍神經損傷等疾病影響上肢功能者；

④意識不清，有感覺、認知功能障礙，無法正確描述病情的患者；

⑤病情不穩定，合併重症感染、心肌梗死、肺栓塞等嚴重疾病者；

⑥已接受相關治療並可能影響觀測指標者。

1.5 剔除、脫落標準

①不能堅持治療，自然脫落者；

②治療中自行服用藥物，影響療效判斷者；

③出現嚴重不良反應，如暈針等；

④出現再發腦梗死、腦出血等腦血管病變，或出現嚴重併發症，病情加重，不宜繼續治療者。

2 治療方法

2.1 基礎治療

兩組患者均予以改善腦循環、控制血壓、血糖、血脂、抗血小板聚集、營養神經等神經內科常規對症治療。

2.2 治療組

取穴：患側肩髃、肩貞、肩髎、天宗、臑俞、臂臑、曲池、手三裡、外關、合穀。操作方法：患者健側臥位，腧穴局部皮膚常規消毒後，選用 0.30mm×40mm華佗牌一次性針灸針，押手固定腧穴局部皮膚，刺手快速直刺進針，施以提插撚轉手法得氣後，取2cm長艾柱置於針尾，下端點燃，於腧穴皮膚表面覆蓋一層隔熱紙板，以防燙傷，施灸兩壯，留針30min。隔日1次，10次為1個療程，連續治療2個療程。

2.3 對照組

取穴：同治療組。操作方法：患者健側臥位，腧穴局部皮膚常規消毒後，選用0.30mm×40mm華佗牌一次性針灸針，押手固定腧穴局部皮膚，刺手快速直刺進針，施以提插撚轉手法使所針腧穴得氣後留針30min。隔日1次，10次為1個療程，連續治療2個療程。

3 療效觀察

3.1 觀察指標

3.1.1 疼痛評分 採用視覺模擬評分（visual ana- logscales，VAS）[5]進行評估。

3.1.2 肩關節被動活動範圍評定（Passive Range Of Motion，PROM）[6] 患者取坐位，由1名康復醫師和1名治療師分別使用通用量角器2次測量肩關節5個方向的被動活動度。以肱骨長軸為移動臂，測量偏癱側肩關節前屈和後伸（肩峰為軸心，體側中線為固定臂）、外展（肩峰為軸心，體側中線為固定臂）、體側外旋和體側內旋(尺骨鷹嘴為軸心，固定臂與地面垂直)的被動活動度(PROM)，在患者剛出現疼痛時記錄活動度(PROM)，

Copyright IKRCMP All Rights Reserved 香港註冊中醫學會 版權所有

2次測量結果的平均值作為最終測量值[7]。

3.1.3 上肢功能測定 採用簡化Fulg-Meyer上肢運動功能評分法[8]評定。康復醫師根據患者上肢運動功能，按表中「０」、「１」、「２」分值進行評定，不同分值對應不同運動能力，共33項，總計66分，分數越高，則上肢運動功能越好。

3.2 統計學方法

採用SPSS17.0對全部數據進行統計學處理和分析。分類變量採用卡方檢驗；數值變量採用±s表示，當滿足正態性和方差齊性時採用t檢驗，不滿足時採用非參數檢驗；有序分類變量採用Ridit檢驗。顯著性檢驗標準 $P<0.05$。

3.3 治療結果

3.3.1 兩組治療前後VAS評分比較 兩組治療前VAS評分比較差異無統計學意義（$P>0.05$），具有可比性。兩組治療後VAS評分與治療前比較均顯著下降，差異具有顯著統計學意義（$P<0.01$）。治療組治療後VAS評分與對照組治療後比較，差異具有顯著統計學意義（$P<0.01$）。

3.3.2 兩組治療前後肩關節PROM比較 兩組治療前肩關節PROM比較差異無統計學意義（$P>0.05$），具有可比性。兩組治療後肩關節PROM與治療前比較均顯著下降，差異具有顯著統計學意義（$P<0.01$）。治療組治療後肩關節PROM與對照組治療後比較，差異具有顯著統計學意義（$P<0.05$或$P<0.01$）。

3.3.3 兩組治療前後Fulg-Meyer上肢運動功能評分比較 兩組治療前Fulg-Meyer上肢運動功能評分比較差異無統計學意義（$P>0.05$），具有可比性。兩組治療後Fulg-Meyer上肢運動功能評分與治療前比較均顯著下降，差異具有顯著統計學意義（$P<0.01$）。治療組治療後Fulg-Meyer上肢運動功能評分與對照組治療後比較，差異具有顯著統計學意義（$P<0.01$）。

4 討論

偏癱肩痛（Hemiplegic Shoulder Pain，HSP）是發生在腦卒中後的一種常見疾病[9]，約12%-58%的偏癱患者在中風後8-12周內出現肩痛症狀[10]。現代醫學認為HSP可由多種原因引起, 包括肩部軟組織損傷、中風後肌張力異常、肩關節半脫位，以及外周和中樞神經因素等。研究發現，其發病率與年齡關係密切，高齡人群風險較高，且風險指數隨年齡的增長上升[11]。由於HSP病因多樣化，發病機制較複雜，因而很難被治癒。因此，指導患者正確的良肢位擺放等預防性治療，以及早期的綜合性康復治療，愈發廣泛地被運用到臨床中。

祖國醫學根據偏癱肩痛及肩關節活動受限等臨床表現將HSP歸屬於「痹證」範疇。《諸病源候論》中記載：「風偏枯者，有血氣偏虛，則腠理開，受於風濕，風濕客於半身，在分腠之間，使血氣凝澀……智不亂是也」。《臨證指南醫案·中風按語》雲：「本體先虛，風陽夾痰火壅塞，以致營衛脈絡失和」。《素問·痹論》曰：「風寒濕三氣雜至，合而為痹。」祖國醫學認為，中風患者本體虧虛，痰火擾動，氣血運行不暢，筋肉失於濡養而致本病。此外，偏癱患者肢體失用，氣血虧虛日久，腠理抵禦外邪的作用受損，身體易受風寒濕等邪氣侵襲，而致偏癱側肢體氣血壅滯,發為疼痛。

根據「經脈所過，主治所及」的理論，針灸治療HSP多選取手三陽經穴為主要腧穴。《靈樞·經脈》雲：手太陽小腸經「出肩解，繞肩胛，交肩上」；手陽明大腸經「上肩，出髃骨之前廉」；手少陽三焦經「上肩」。現代醫學認為，急性腦血管病影響人體血管、運動中樞，可引起患側肢體交感神經興奮性增高，並造成血管痙攣反應，導致局部組織營養障礙，出現肩部組織水腫、疼痛[12]。而針灸所用肩部腧穴下分佈有豐富的神經、血管。通過針刺相關腧穴，可以起到改善肩部局部血液循環，調節血管等功能，加速分解炎症瘀滯區的病理代謝產物，促進炎症滲出的吸收，抑制炎症反應，減輕腫脹，緩解對末梢神經的牽張刺激，進而緩解肩部疼痛[13]。

溫針灸是針刺與艾灸結合應用的一種方法，首見於東漢·張仲景《傷寒論》中：「太陽病三日，已發汗，若吐、若下、若溫針，仍不解者，此為壞病，桂枝不中與之也。觀其脈證，知犯何逆，隨證治之。」而明·高武《針灸聚英》中描述最為詳細：「王節齋曰，近有為溫針者，乃楚人之法。其法針於穴，以香白芷作圓餅，套針上。以艾蒸溫之，多以取效。」溫針灸具有溫經散寒、益氣活血、通經活絡的作用，通過疏通壅滯的經脈達到「通

Copyright IMPCM All Rights Reserved

則不痛」的治療效果。現代實驗室研究發現，溫針灸可以明顯促進組織的修復，抑制結締組織的過度增生，從而減少粘連，改善肩關節活動度[14]。

本研究採用溫針灸治療HSP30例，在減輕偏癱患者肩痛，改善肩關節活動範圍及上肢功能方面均明顯優於常規針刺（P < 0.01），值得臨床推廣。

參考文獻：

[1] 鄧柏穎, 李揚帆, 周恩華, 等.針灸防治中風後偏癱肩痛近期療效觀察[J].時珍國醫國藥, 2004, 24(12)：815-816.

[2] 田德祿.中醫內科學[M].北京：中國中醫藥出版社,2005.449 - 452.

[3] Liu M, Wu B, Wang WZ, et al. Stroke in China: epidemiology, prevention, and mang gementstrategies[J]. Lancet Neurol, 2007,6:456-46.

[4] 黃海雲.碩士畢業論文.手工訓練對腦卒中偏擁患者上肢及手功能影響的臨床研究[D],南方醫科大學,2016.

[5] ZHAN QING,WANGLIJING.Interpretation on 2016 AHA/ASA Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery[J].J Neurol Neurorehabil,2017,13(1):1-9.

[6] Huskisson EC · Measurement of pain[J].Lancet, 1974, 2 (7889) :1127 - 1131.

[7] 王玉龍.康復功能評定學[M]. 北京：人民衛生出版社,2008.120-200,475-477.

[8] 周媚媚，路微波等.腦卒中後早期偏癱肩痛與肩關節被動活動度相關性分析[J].中國運動醫學雜誌, 2015, 34(8)：798-800.

[9] Aoyagi Y · Tsubahara A. Therapeutic orthosis and electrical stimulation for upper extremity hemiplegia after stroke：a review of effectiviness based on evidence[J].Top Stroke Rehabil,2004,11(3):9-15.

[10] LI Z · A LEXANDER SA. C urrent evidence in the management of poststroke hemiplegic shoulder pain : a review[J]. Jneurosci Nurs · 2015 · 47(1)：10-19.

[11] Demirci A · Ocek B · KoseogIu F.Shoulder pain in hemiplegic patients[J].J PMR Sci,2007,19(1):25-30.

[12] 冉春風.腦血管疾病[M].北京:科學技術文獻出版社,1996.276.

[13] 高丹,韓正,楊芳等.針灸治療肩周炎機理探討[J].中國中醫藥現代遠程教育,2018,16(3),123.

[14] 任芳穎,魯琴等.溫針灸配合康復療法治療中風後肩痛22例療效觀察[J].河北中醫,2014,36(11),1673.

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of needle warming through moxibustion on hemiplegic shoulder pain after stroke. Methods: R andomly divide 60 patients with hemiplegic shoulder pain after stroke into a treatment group and a control group, with 30 cases in each group. Use needle warming through moxibustion to the treatment group and traditional acupuncture to the control group; after two courses of treatment compare the pre-and post-VAS, passive range of motion of shoulder joint and upper limb motor function of hemiplegic side of two groups and assess their curative effects. R esults: The difference in the VAS, passive range of motion of shoulder joint and upper limb motor function of hemiplegic side between two groups before and after treatment was of s t a t i s t i c a l s i g n i f i c a n c e (P < 0.05, P < 0.01) The difference in the VAS, passive range of motion of shoulder joint and upper limb motor function of hemiplegic side between treatment group and control group after treatment was of statistical significance (P < 0.01)Conclusion: Needle Warming Through Moxibustion can significantly relieve the clinical symptom of patients with hemiplegic shoulder pain after stroke ·

Key words: Hemiplegia shoulder pain; Needle Warming Through Moxibustion; Stroke

（編委：倫新審校2025.07.27）

表1 两組患者一般資料比較

組別	n	性別（n）	年齡(±s,歲)	病程(±s,月)	卒中類型	肩痛病位	男	女	腦出血	腦梗死	左側	右側
治療組	30	17	13	64.78±11.73	1.83±0.51	9	21	11	19			
對照組	30	21	9	66.22±13.15	1.79±0.97	8	22	17	13			

表2 兩組治療前後VAS評分比較（±s，分）

組別	n	治療前	治療後
治療組	30	6.33±1.54	2.82±1.05[1)2)]

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

對照組	30	6.97±1.35	4.31±1.79[1)]

注：與同組治療前比較1)P<0.01；與對照組比較2)P<0.01

表3 兩組治療前後肩關節PROM比較（±s，度）

組別	n	時間	前屈	後伸	外展	內收	外旋	內旋
治療組	30	治療前	123.65±20.32	23.54±7.23	53.77±15.93	22.65±6.98	9.23±4.52	13.05±4.44
		治療後	147.76±17.88[1)2)]	36.65±11.03[1)3)]	80.01±25.12[1)2)]	36.76±10.21[1)2)]	37.11±10.76[1)2)]	37.67±12.34[1)2)]
對照組	30	治療前	121.65±25.65	21.64±10.12	55.11±11.28	22.11±9.04	8.99±3.31	12.88±6.51
		治療後	137.12±19.02[1)]	31.83±8.78[1)]	72.23±19.53[1)]	30.01±13.33[1)]	29.12±14.33[1)]	26.12±14.66[1)]

注：與同組治療前比較1)P<0.01；與對照組比較2)P<0.01，3)P<0.05

表4 兩組治療前後Fulg-Meyer上肢運動功能評分比較（±s，分）

組別	n	治療前	治療後
治療組	30	25.38±11.75	44.65±12.401)2)
對照組	30	26.01±13.91	35.41±14.231)

注：與同組治療前比較1)P<0.01；與對照組比較2)P<0.01

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved