

浮针合黄芪桂枝五物汤治卒中后肩手综合征

范乾

庆阳市中医医院, 甘肃 庆阳 745000

DOI:10.61369/MRP.2026060020

摘 要 : 目的 探讨浮针联合黄芪桂枝五物汤加减治疗卒中后肩手综合征 (SHS) I期患者的临床疗效及安全性。方法 选取2024年1月–2025年12月就诊于庆阳市中医医院针灸推拿科的80例中风后SHS I期患者, 按随机数字表法分为观察组与对照组各40例。对照组给予常规治疗联合康复训练, 观察组在此基础上加用浮针联合黄芪桂枝五物汤加减治疗。干预2周后, 比较两组治疗前后VAS、FMA、SHSS、肿胀评分、BI指数及临床总有效率。结果 治疗后, 两组VAS、肿胀评分均降低 ($P<0.05$), FMA评分、BI指数均升高 ($P<0.05$), 且观察组优于对照组 ($P<0.05$)。观察组总有效率为92.50%, 高于对照组的65.00% ($P<0.05$)。两组均未发生严重不良反应。结论 浮针联合黄芪桂枝五物汤加减治疗SHS I期可有效缓解疼痛、减轻肿胀, 促进上肢功能及生活自理能力恢复, 疗效优于常规康复, 安全性良好, 值得临床推广。

关 键 词 : 脑卒中; 肩手综合征 I期; 浮针; 黄芪桂枝五物汤; 临床观察

Floating Needle Combined with Huangqi Guizhi Wuwu Decoction for Treating Post-stroke Shoulder-hand Syndrome

Fan Qian

Qingyang City Traditional Chinese Medicine Hospital, Qingyang, Gansu 745000

Abstract : Objective: To explore the clinical efficacy and safety of floating needle therapy combined with modified Huangqi Guizhi Wuyishu Decoction in the treatment of patients with stroke-induced shoulder-hand syndrome (SHS) at stage I. Methods: A total of 80 stage I SHS patients admitted to the Department of Acupuncture and Tuina at Qingyang Hospital of Traditional Chinese Medicine between January 2024 and December 2025 were randomly allocated into an observation group and a control group, each comprising 40 individuals. The control group received conventional treatment combined with rehabilitation training, while the observation group was additionally treated with floating needle therapy combined with modified Huangqi Guizhi Wuyishu Decoction. After 2 weeks of intervention, the VAS, FMA, SHSS, swelling score, BI index, and clinical total effective rate were compared between the two groups before and after treatment. Results: After treatment, both groups showed a decrease in VAS and swelling score ($P<0.05$), and an increase in FMA score and BI index ($P<0.05$), with the observation group being superior to the control group ($P<0.05$). The overall response rate in the observation group (92.50%) was significantly greater than that observed in the control group (65.00%) ($P<0.05$). Furthermore, no severe adverse events were documented in either cohort. Conclusion: Floating needle therapy combined with modified Huangqi Guizhi Wuyishu Decoction for SHS at stage I can effectively relieve pain, reduce swelling, promote the recovery of upper limb function and self-care ability, and has better efficacy than conventional rehabilitation, with good safety, and is worthy of clinical promotion.

Keywords : stroke; stage I shoulder-hand syndrome; floating needling; Huangqi Guizhi Wuwu Decoction; clinical observation

肩手综合征 (shoulder-hand syndrome, SHS) 是脑卒中患者的常见并发症之一, I期以肩痛、手部肿胀、关节活动受限为核心表现; 若未及时干预, 可进展为肌肉萎缩、关节挛缩, 严重阻碍患者上肢功能恢复, 降低生活质量^[1]。SHS多在卒中后1–3个月出现, 发生率为12.15%–74.11%^[2]。

目前西医主要采取神经营养、镇痛、康复训练等方案, 但部分患者症状缓解缓慢, 疗效有限^[3]。中医将SHS归为“痹证”“偏枯”范畴, 病性属本虚标实, 即因气虚致血行不畅、瘀滞脉络; 治疗上当遵循益气活血、温通经脉的原则。浮针作为现代针灸改良技术, 可

基金资助: 项目名称: 温针灸配合黄芪桂枝五物汤加减治疗缺血性脑卒中后肩手综合征 I期 (气虚血滞型) 的临床研究 (QY-STK-2024A-150)。

通过刺激皮下疏松结缔组织快速改善局部循环；黄芪桂枝五物汤为《金匱要略》治疗“血痹”的经典方剂，契合本病气虚血瘀的核心病机。且已有研究证实，黄芪桂枝五物汤^[4,5]、浮针^[6,7]均可改善 SHS 相关症状。本研究将两者联合应用于 SHS I 期患者，观察其临床疗效及安全性，以期临床提供理论依据。

一、临床资料

（一）一般资料

通过查阅文献，以 FMA 改善率作为临床疗效判定标准，单纯康复治疗卒中后肩手综合征 I 期的有效率约为 65% 左右，通过前期临床观察发现，浮针联合黄芪桂枝五物汤加减治疗 SHS 的有效率约为 90%，参考两独立样本率比较的公式进行样本量估算，取 $\alpha=0.05$ ， $\beta=0.20$ ，预估约 10% 的脱落率，每组需 40 例患者。

选取 2024 年 1 月–2025 年 12 月就诊于庆阳市中医医院针灸推拿科的 SHS I 期住院患者 80 例，采用 SPSS 27.0 软件按照 1:1 比例分为对照组与治疗组，各 40 例。将随机化分组卡片置于密闭不透明盒内，受试者筛查合格并进入试验后，通过随机抽取的方式获取分组信息，进而执行对应的治疗措施。

为保证研究结果的客观性，本次试验采取人员分离制度，临床操作、疗效评估及数据统计三项工作分别由相互独立的研究人员承担。考虑到浮针治疗的特殊性，仅对评估者和数据统计分析者设盲。

二、诊断标准

（一）脑卒中诊断标准

（1）出血性卒中诊断标准参考《中国各类主要脑血管病诊断要点 2019》^[8]：突发局灶性神经功能缺失，或伴有头痛、呕吐及不同程度的意识障碍；头颅 CT/MRI 检查结果显示颅内出血病灶；排除其他原因所致的继发性或外伤性脑出血。（2）缺血性卒中的诊断标准参照《中国急性缺血性卒中诊治指南 2023》^[9]：起病急；局灶神经功能缺失（包括偏瘫、偏身感觉障碍、言语障碍等）或全面神经功能缺失；影像学检查发现责任病灶，或症状/体征持续超过 24 h；排除非血管性病因；脑 CT/MRI 检查排除脑出血。

（二）SHS 及 I 期诊断标准

参考《脑卒中的康复评定和治疗》^[10]：突发手部肿胀，皮肤颜色改变，肩关节和腕关节运动明显受限，被动屈曲时显著，肩部疼痛，手下垂时加重，持续 3–6 个月。

（三）纳入标准

（1）符合上述西医诊断标准；（2）中风后病程 1–3 个月，首次发病；（3）年龄 40–75 岁，男女不限；（4）患侧上肢 Brunnstrom 分期 $\leq$ III 期；（5）患肢无关节脱位、骨折、外伤等；（6）意识清楚，依从性佳，能配合治疗及评估，并已签署知情同意书。

（四）排除标准

（1）合并严重心、肝、肾等脏器功能障碍，或有全身性感染

症状，以及有明显出血倾向的患者；（2）近 1 周内使用过糖皮质激素、非甾体抗炎药等，影响评价指标者；（3）有精神疾病或认知障碍无法配合治疗者；（4）肩手部外伤、感染、类风湿关节炎等其他疾病导致的疼痛肿胀；（5）对浮针或中药成分过敏，或其他情况不宜进行此方案治疗者。

三、方法

（一）治疗方法

1. 对照组

采用常规治疗联合康复训练：

常规治疗：调控血压、血糖、血脂，脑梗死予抗血小板聚集，脑出血予营养神经等对症支持治疗。

康复训练：患侧上肢关节被动活动（肩、肘、腕、指关节各方向活动，每次 15–20 min）、主动辅助运动、肌力训练，每日 1 次，每周 6 次，连续治疗 2 周。由本院专业康复工作者指导完成。

2. 观察组

在对照组的基础上加用浮针联合黄芪桂枝五物汤加减治疗：

浮针治疗：患者取坐位或健侧卧位，暴露患侧上肢，寻找阳性反应点（肩井、肩髃、肩贞、曲池、外关周围的压痛点、结节、条索），使用一次性浮针（南京派福医学科技有限公司，规格：0.60 mm $\times$ 32 mm），常规消毒后，在距离阳性点 5–10 cm 处的皮下疏松结缔组织进针，针体与皮肤呈 15°–20° 角，进针后退针至皮下，针尖朝向阳性反应点，沿皮部平推，待针体全部进入，以针柄为支点左右扫散针体（范围约 20°–30°，频率为 90–100 次/min），每点扫散 2 min，取出针芯，胶布固定软套管，留针 24 h 后取出，隔日 1 次，治疗 2 周，共治疗 7 次。留针期间避免患肢剧烈活动，防止针体移位。出针后用棉签按压针孔避免出血，若有局部渗血，应挤压出血点使淤血排出，并敷以止血贴。

黄芪桂枝五物汤加减：方剂组成：黄芪 30 g，桂枝 15 g，白芍 15 g，生姜 3 片，大枣 5 枚。随证加减：疼痛甚者加延胡索 15 g，肿胀明显加茯苓 20 g、泽泻 15 g，上肢麻木加鸡血藤 20 g、丹参 15 g。每日 1 剂，由庆阳市中医医院中药房煎制，每剂 400 ml，分早晚 2 次温服。连续治疗 2 周。

（二）观察指标

1. 主要观察指标

（1）视觉模拟评分量表（Visual Analogue Scale, VAS）：0 分（无痛）~10 分（剧痛），评分越高，疼痛越严重，治疗前后评分。

（2）Fugl-Meyer 运动功能评定量表（Fugl-Meyer Assessment, FMA）：满分 66 分，得分越高，上肢运动功能越好，

治疗前后评估。

(3) 肩手综合征评分量表 (Shoulder-Hand Syndrome Scale, SHSS): 0~14分, 评分越高, 症状越重。

2. 次要观察指标

(1) 手部肿胀评分: 0~3分, 评分越高, 肿胀越明显, 治疗前后评估。

(2) Barthel指数 (Barthel Inde, BI): 满分100分, 得分越高自理能力越强, 治疗前后评估。

(三) 临床疗效

参照《脑卒中的康复评定与治疗》制定: 治愈: FMA评分较治疗前提高 $\geq 90\%$; 显效: FMA评分提高 $\geq 60\%$ 且 $<90\%$; 有效: FMA评分提高 $\geq 30\%$ 且 $<60\%$; 无效: FMA评分提高 $<30\%$ 。

(四) 安全性指标

观察治疗期间不良反应 (浮针局部出血、疼痛, 中药胃肠道不适、皮疹等), 治疗前后检测血常规、肝肾功能, 评估安全性。

四、统计学方法

采用 SPSS 27.0 软件进行统计学分析。对于计量资料, 若符合正态分布, 则以 $\bar{x} \pm s$ 进行描述; 方差齐性时组内比较采用配对样本 t 检验, 组间比较采用两独立样本 t 检验; 方差不齐时则采用 t' 检验。若不符合正态分布, 则用中位数或四分位数间距 (M (QL-QU)) 进行描述, 组内比较选用两相关样本非参数检验, 组间比较选用两独立样本非参数检验。对于计数资料, 采用率或百分比 (%) 进行描述, 采用卡方检验。认为 $P < 0.05$ 具有统计学差异。

五、结果

(一) 基线资料比较

两组患者在性别、年龄、病程、卒中类型及患侧均具有可比性 ($P > 0.05$)。详见表1。

表1 两组患者基线资料比较

组别	性别 (例)		年龄 (岁)	病程 (天)	患侧 (例)		卒中类型 (例)	
	男	女			左	右	脑梗死	脑出血
对照组	18	22	60.8 ± 8.2	56.85 ± 13.2	19	21	30	10
观察组	20	20	61.3 ± 7.5	58.30 ± 12.45	17	23	33	7
χ^2/t 值	$\chi^2=0.202$		$t=0.732$	$t=0.512$	$\chi^2=0.202$		$\chi^2=0.392$	
P值	0.605		0.467	0.610	0.653		0.531	

(二) 两组治疗前后主要观察指标比较

治疗前两组 VAS、FMA、SHSS 评分无差异 ($P > 0.05$); 治疗2周后, 两组 VAS、SHSS 评分均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 两组 FMA 评分均较治疗前升高 ($P < 0.05$), 且观察组优于对照组 ($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者 VAS、FMA、SHSS 评分比较 [分, $\bar{x} \pm s$]

组别	例数	时间	VAS	FMA	SHSS
对照组	40	治疗前	6.75 $\pm$ 1.20	27.9 $\pm$ 5.82	8.65 $\pm$ 1.55
		治疗后	3.40 $\pm$ 1.02 [△]	38.15 $\pm$ 5.90 [△]	4.25 $\pm$ 1.30 [△]
观察组	40	治疗前	6.82 $\pm$ 1.15	28.45 $\pm$ 5.60	8.80 $\pm$ 1.55
		治疗后	1.95 $\pm$ 0.83 ^{△#}	48.60 $\pm$ 6.25 ^{△#}	2.10 $\pm$ 1.05 ^{△#}

注: 与同组治疗前比较, [△] $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, [#] $P < 0.05$

(三) 两组治疗前后次要观察指标比较

治疗前两组肿胀评分及 BI 指数无差异 ($P > 0.05$); 治疗2周后, 两组肿胀评分均下降, BI 指数均升高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组在治疗后的肿胀评分低于对照组, BI 指数高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体见表3。

表3 两组患者肿胀评分、BI 指数比较 [分, M (P25, P75) / $\bar{x} \pm s$]

组别	例数	时间	肿胀评分	BI
对照组	40	治疗前	1.5 (1, 2)	33.00 $\pm$ 7.02
		治疗后	1 (0, 1) [△]	45.25 $\pm$ 7.80 [△]
观察组	40	治疗前	2 (1, 3)	32.50 $\pm$ 6.80
		治疗后	0 (0, 1) ^{△#}	55.60 $\pm$ 8.15 ^{△#}

注: 与同组治疗前比较, [△] $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, [#] $P < 0.05$

(四) 两组临床疗效比较

两组有效率对比, 经秩和检验, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表4。

表4 两组临床疗效评价 (例, %)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	40	0	3	23	14	65.00
观察组	40	4	10	23	3	92.50 [#]

注: 与对照组比较, [#] $P < 0.05$

(五) 安全性分析

两组均未发生严重不良反应, 血常规、肝肾功能治疗前后均无明显异常。

六、讨论

SHS 是脑卒中后发生在上肢的复杂性区域疼痛综合征 (Complex Regional Pain Syndrome, CRPS), 作为一种病因复杂的神经病理性疼痛, 其特征为持续性疼痛、异常性疼痛或痛觉过敏, 常伴疼痛区域水肿、皮肤温度或血流改变、汗出异常等症状, 因缺乏明显周围神经损伤证据而被归类为 CRPS I 型。SHS 1 期的病理机制尚未完全明确, 目前认为与交感神经功能紊乱、局部血液循环障碍、炎症反应等有关。西医常规治疗以对症处理为主, 虽能一定程度缓解症状, 但难以从根本上改善局部循环与神经功能状态。

根据 SHS 的临床症状，中医学将其归纳为“痹病”“偏枯”范畴。中医理论认为，中风后气虚血滞，脉络失养，风寒湿邪乘虚而入，导致脉络痹阻，发为本病。正如《金匱要略》所言：“血痹阴阳俱微……外证身体不仁，如风痹状，黄芪桂枝五物汤主之”。黄芪桂枝五物汤中黄芪益气活血，桂枝温通经脉，白芍养血和营，生姜、大枣调和营卫，全方共奏益气养血、温通经络之效。现代药理学研究显示，黄芪可改善微循环、抑制炎症反应；桂枝能扩张血管、缓解平滑肌痉挛；白芍具有镇痛、抗炎作用。

浮针通过刺激皮下疏松结缔组织，可调节局部经络气血，快速改善组织代谢，缓解肌肉痉挛，减轻疼痛与肿胀。研究发现：浮针治疗对 SHS I 期的疗效可能与其调节神经内分泌系统、改善

血液循环、促进组织修复等机制有关。另外，与传统针灸相比，浮针仅作用于皮下组织，避免了深刺带来的疼痛与风险，患者依从性更高。

本研究结果显示，观察组治疗后 VAS 评分、SHSS 评分、肿胀评分均低于对照组，FMA 评分、BI 指数高于对照组，总有效率达 92.50%，显著优于对照组。说明浮针联合黄芪桂枝五物汤加减可协同发挥作用，有效缓解肩痛、减轻肿胀，促进上肢功能恢复。同时两组不良反应发生率无差异，证实该方案安全性良好。

综上所述，浮针联合黄芪桂枝五物汤加减治疗中风后 SHS I 期，疗效确切且安全性高，为临床治疗本病提供了有效的方案，值得进一步推广应用。

参考文献

- [1] 刘青, 王支发. 重复经颅磁刺激治疗肩手综合征 50 例观察 [J]. 安徽医药, 2021, 25(01): 124-126.
- [2] Lei S, Dai F, Xue F, et al. Acupuncture for shoulder-hand syndrome after stroke: An overview of systematic reviews [J]. Medicine (Baltimore), 2022, 101(46): e31847.
- [3] 黄慧, 朱强, 罗云, 等. 脑卒中后肩手综合征临床治疗的研究进展 [J]. 山东医药, 2022, 62(28): 105-108.
- [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, 45(05): 661-666.
- [5] 薛峰. 黄芪桂枝五物汤联合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征疗效观察 [J]. 光明中医, 2022, 37(22): 4093-4096.