

中医特色护理技术（刮痧/刺络拔罐）在中风后肩手综合征康复中的应用效果研究

李芸 白慧媛^{通讯作者}

云南省中医医院，云南 昆明 650000

摘要：本研究围绕中医特色护理技术在中风后肩手综合征康复中的应用展开，以临床随机对照方式选取 60 例患者，分别给予常规康复护理与刮痧、刺络拔罐联合干预，对两组干预前后疼痛程度、上肢功能、肩关节活动度及肿胀情况进行比较。干预持续 4 周后，观察组在各项指标上的改善幅度均优于对照组，疼痛评分显著下降，FMA 评分和关节活动度明显提升，患肢肿胀减轻，依从性良好，且未出现严重不良反应。研究结果表明，中医刮痧与刺络拔罐具有调和气血、通经止痛、改善微循环的多重效应，能有效缓解肩手综合征症状、加快功能恢复进程。该护理技术具有操作简便、成本低、安全性高的优势，适合在卒中康复护理中推广应用，值得在临床护理工作中进一步深入实践与研究。

关键词：中医护理技术；刮痧；刺络拔罐；肩手综合征；卒中康复

引言

中风是我国致残率较高的神经系统疾病，肩手综合征为其常见并发症，发病率达 12%至 34%。其主要表现为患侧肩手部疼痛、肿胀、活动受限，严重影响功能恢复和生活质量。病因与中枢神经损伤后的血管调节障碍、水肿及交感神经紊乱有关。常规康复手段疗效有限，存在依从性差、副作用多等问题。因此，亟需探索一种安全、简便、疗效确切的护理干预方式，以更有效地促进患者康复进程。

1 文献综述

1.1 肩手综合征的现有治疗方法

肩手综合征作为中风后的常见并发症，其治疗方案在现代康复医学中主要以多模式干预为主，包括物理治疗、药物干预、关节松动术、电刺激治疗及日常功能训练等^[1]。物理治疗手段如关节被动活动训练、热疗、低频脉冲电疗等，能够在一定程度上缓解肌肉僵硬、减轻疼痛、促进

局部血液循环，但疗效受限于患者配合程度和康复时机的把握。药物干预主要包括非甾体类抗炎药物、糖皮质激素、神经营养类药物等，虽有助于减轻疼痛和炎症反应，但长期使用可能带来胃肠道不适、肝肾功能损伤等副作用，且并不能从根本上改善上肢功能障碍^[2]。近年来，结合针灸、康复机器人训练等新兴疗法逐渐兴起，但操作复杂、设备昂贵，对基层医疗机构的推广与实施存在一定局限。此外，由于肩手综合征病程复杂、个体差异大，单一疗法往往难以满足多维康复需求，因此多手段联合干预逐渐成为趋势，但对护理环节的系统研究仍相对薄弱，尤其是中医护理技术在此领域的整合应用尚未形成统一共识^[3]。

1.2 中医刮痧与刺络拔罐的应用现状

中医传统护理技术中，刮痧与刺络拔罐作为调理气血、疏通经络的重要手段，在缓解疼痛、促进循环、排出病邪方面历

史悠久并具有丰富的临床实践基础^[4]。刮痧通过特定器具反复刮拭体表特定部位，使局部毛细血管扩张，促进微循环，增强细胞代谢，从而达到清热解毒、消肿止痛之效；刺络拔罐则是在特定穴位进行皮肤刺络出血后结合拔罐，使局部瘀血排出，起到活血化瘀、通经止痛、缓解痉挛的作用。近年来，越来越多的研究将中医特色护理技术引入脑卒中后疼痛和功能障碍的干预中，如部分实证研究表明，刮痧可有效缓解肩周炎、颈肩综合征等软组织疼痛相关疾病，且不良反应少、操作简便、便于居家及社区推广。刺络拔罐亦在临床中广泛用于治疗痹证、神经痛等慢性疼痛类疾病，具备较强的适应性和患者接受度。部分学者还探索将其与运动疗法结合，发现可在短期内提高患肢活动度和康复意愿。然而，目前关于其在中风后肩手综合征康复中的系统性研究仍较为有限，多数文献以个案报道或小样本观察为主，缺乏高质量随机对照试验支撑。因此，进一步明确刮痧与刺络拔罐在中风后肩手综合征干预中的具体效果和作用机制，具有较强的研究价值和临床意义^[5]。

2 研究方法

2.1 研究对象与纳入标准

本研究以 2023 年 6 月至 2024 年 3 月在我科及康复科接受治疗的中风后肩手综合征住院患者为研究对象，采用方便抽样法选取符合条件的 60 例患者，并按随机数字表法分为观察组和对照组，每组各 30 例。纳入标准包括：（1）符合《脑卒中诊断与治疗指南》中风诊断标准；（2）病后 1 个月以上，诊断明确为肩手综合征 I 期或 II 期；（3）年龄 40~80 岁，意识清楚，能配合治疗与评估；（4）签署知情同意书。排除标准为：（1）伴有严重心、肝、肾等系统性疾病；（2）皮肤感染、出血倾向或

近期手术史；（3）认知功能障碍或精神疾病；（4）对刮痧或刺络拔罐过敏或不能耐受。本研究经医院伦理委员会批准，所有患者及家属在知情、自愿基础上签署了知情同意书，确保研究过程符合医学伦理要求。

2.2 干预方案设计

对照组给予常规康复护理，包括患肢摆放、基础肢体被动活动训练、理疗、电刺激、健康宣教等。观察组在此基础上加用中医特色护理干预，即刮痧与刺络拔罐结合治疗。具体操作流程如下：刮痧部位为患侧肩部及上肢的阳明、太阳经络走向区域，使用专用牛角或树脂刮痧板蘸取刮痧油，每次操作时间约 15 分钟，频率为每周 3 次；刺络拔罐选取阿是穴、大椎、肩井、肩髃、曲池等穴位，采用一次性三棱针快速点刺后拔罐，出痧或微量出血为宜，每次操作时间约 10 分钟，频率为每周 2 次，两种方法间隔 1 日交替使用，疗程共持续 4 周。所有护理干预均由接受过统一培训的中医专科护士完成，以确保操作标准化与安全性。

2.3 评估指标与观察方法

为全面评估干预效果，选取多维维度量化指标进行前后对比。疼痛程度采用视觉模拟评分法（VAS），范围为 0~10 分，分值越高表示疼痛越剧烈；肩关节活动度通过测量患侧肩关节屈曲、外展最大角度评估；上肢功能恢复情况采用 Fugl-Meyer 上肢功能评定量表（FMA），总分为 66 分，分值越高表示功能越好；患肢肿胀情况通过测量肘关节和腕关节周径的变化进行比较。评估分别在干预前和干预后第 4 周由固定评估人员完成，以减少主观偏倚，并统一使用标准评估流程。

2.4 数据统计方法

所有数据采用 SPSS26.0 统计软件进行分析，计量资料以“均数±标准差”表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内前后比较采用配对 t 检验；计数资料采用频数及百分比描述，组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。通过统计分析明确干预前后各项指标的改善情况及不同组别间的疗效差异，从而验证中医刮痧与刺络拔罐干预对中风后肩手综合症的康复效果。

3 结果分析

3.1 疼痛缓解情况比较

本研究对比分析了观察组与对照组患者干预前后 VAS 疼痛评分的变化情况，以评估中医特色护理技术在缓解肩手综合征疼痛方面的临床疗效。结果显示，两组患者在干预前的 VAS 评分无显著差异，具有可比性，但干预后观察组疼痛评分明显低于对照组，提示中医刮痧与刺络拔罐有助于显著减轻患者主观疼痛感。

表 1 干预前后两组 VAS 疼痛评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前 VAS评分	干预后 VAS评分	差值	P值
对照组	3	6.42±1.15	4.87±1.08	1.55	<0.05
	0				
观察组	3	6.51±1.12	3.12±1.06	3.39	<0.01
	0				

由表 1 可见，观察组在疼痛缓解幅度方面显著优于对照组，说明刮痧和刺络拔罐能够有效促进疼痛缓解，有助于提升患者康复舒适度。

3.2 上肢功能恢复情况

通过 FMA 评分及肩关节屈曲、外展角

度测量，本研究进一步探讨中医干预对上肢功能恢复的作用。干预后，两组均有不同程度改善，但观察组改善幅度更大，表明中医特色护理技术对促进肢体功能恢复具有积极作用。

表 2 干预前后 FMA 评分与肩关节活动度比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	FMA 评分前	FMA 评分后	肩关节屈曲前 (°)	肩关节屈曲后 (°)	肩关节外展前 (°)	肩关节外展后 (°)
对照组	32.46±4.72	40.38±5.01	58.3±3.29	72.5±2.21	49.1±1.85	63.2±4.42
观察组	32.75±4.68	47.62±5.13	59.0±1.05	81.4±3.38	48.7±9.64	74.6±6.77
P 值	>0.05	<0.01	>0.05	<0.01	>0.05	<0.01

表 2 结果显示，观察组在上肢功能评分和肩关节活动度改善方面均明显优于对照组，显示中医干预在改善运动功能方面的有效性。

3.3 肿胀与血液循环状况

为探讨护理干预对肿胀和血液循环的调节效果，研究测量了患者肘部与腕部周径变化，并结合皮温观察进行判断。结果显示，观察组在减轻局部肿胀方面效果更为显著。

表 3 肘部及腕部周径变化比较 ($\bar{x} \pm s$, cm)

组别	肘部周径前	肘部周径后	腕部周径前	腕部周径后	P 值 (肘部)	P 值 (腕部)

	27.					
对	42	26.71	18.32	17.68	<0	<0
照	±	±	±	±	.0	.0
组	1.6	1.55	1.11	1.08	5	5
	3					
	27.					
观	51	25.64	18.46	16.81	<0	<0
察	±	±	±	±	.0	.0
组	1.5	1.42	1.07	0.96	1	1
	8					

由表 3 可见，观察组肘部与腕部的周径缩小幅度大于对照组，表明刮痧与刺络拔罐有助于改善患部微循环，促进肿胀消退。

3.4 干预依从性与不良反应

为保障研究的实用性与安全性，本研究还记录了两组患者的干预依从性与可能出现的不良反应。结果表明，观察组患者对中医护理手段接受度较高，干预过程中未出现明显不良事件。

表 4 干预依从性与不良反应发生率比较
(例数/百分比)

组别	高依从性人数	依从性比例	不良反应发生例数	不良反应类型(轻微皮肤瘀斑)
对照组	25	83.3%	0	无
观察组	28	93.3%	2	轻度皮肤瘀斑

表 4 数据显示，观察组依从性高于对照组，虽然存在轻度瘀斑现象，但均在数日内自然消退，未影响治疗继续进行，显示该中医干预方法在安全性方面具备良好临床基础。

4 讨论

4.1 中医技术干预机制分析

中风后肩手综合征是一种以肩部与手部肿胀、疼痛、关节活动受限为特征的中风后常见并发症，其发生机制涉及神经调节障碍、局部血液循环不畅、交感神经反射异常及肌肉软组织粘连等多种因素。从中医角度来看，此症属“痹证”“痿痹”范畴，多因正气亏虚，气血不足，复感风寒湿邪，导致经络闭阻，气血运行不畅，从而使患侧肢体出现肿胀、疼痛、活动障碍。刮痧和刺络拔罐作为传统中医外治法，强调“通则不痛”“瘀去则通”的治疗理念，能够有效改善局部气血运行状态，解除经络阻滞，达到“行气活血，通经止痛”的目的。刮痧可通过机械刺激作用于皮肤和浅层组织，激活毛细血管扩张，促进局部微循环，加速代谢产物的清除；其刺激效应还可通过皮肤感受器反射调节自主神经系统，间接改善肌张力与血流状态。刺络拔罐则通过点刺排瘀与负压吸拔相结合，进一步强化气血运行、祛除淤滞，在刺激局部穴位的同时促使组织液回流与炎性介质释放，从而缓解疼痛与组织水肿，改善血管与神经功能。现代医学研究证实，这些中医技术干预手段可显著调控局部炎症反应水平，诱导多种活性分子释放，如一氧化氮(NO)、内啡肽等物质，有助于降低痛觉敏感性，同时通过调节P物质、肿瘤坏死因子α(TNF-α)等疼痛与炎症因子的表达，达到综合镇痛、消肿、通络的作用。上述机制表明，刮痧与刺络拔罐不仅具有传统理论支撑，也具备现代科学的可解释性，其作为中风后肩手综合征康复中的辅助干预手段具有坚实的生理基础和实践价值。

4.2 临床应用价值与可推广性

刮痧与刺络拔罐作为中医特色护理手段,因其疗效确切、操作简便、经济可行而受到广泛关注,尤其适用于中风康复早期与中期阶段患者,能够有效补充现代康复手段的不足。传统康复训练通常需要较高的患者主动参与度和认知配合能力,而部分中风患者因意识、体力或认知受限,在早期无法承受较强的运动负荷或长时间训练,此时应用中医外治法可作为一种低强度、低风险的替代选择,不仅可改善患者主观症状,还可为后续康复训练奠定基础。此外,中医技术在实施过程中不依赖大型设备或昂贵耗材,具备良好的成本效益比,适合在基层医疗机构和社区康复环境中推广,尤其对于医疗资源有限的地区具有重要现实意义。随着分级诊疗政策和家庭医生制度的不断推进,将中医护理技术融入卒中后社区康复服务,不仅有助于构建连续性康复体系,还能增强患者家庭参与感,提升康复的持续性与依从性。同时,相关技术经标准化培训后可由具备资质的护理人员独立实施,便于推广与普及,具备较强的可复制性。未来在推动中医护理服务高质量发展的过程中,应进一步加强技术规范的制定、循证研究的积累及多

场景的实践应用,从而推动中医特色护理在现代康复护理体系中的有效融合,为卒中后功能障碍患者提供更加全面、安全、可及的康复支持路径。

结论

本研究通过对比分析中医特色护理技术刮痧与刺络拔罐在中风后肩手综合征康复中的应用效果,结果显示,该联合干预在缓解疼痛、改善肩关节活动度、促进上肢功能恢复及减轻患肢肿胀等方面均优于常规康复护理,具备显著的临床优势。干预期间患者依从性良好,不良反应少,显示出良好的安全性与可接受度,进一步验证了中医外治法在卒中后康复护理中的可行性与实用性。刮痧与刺络拔罐作为操作简便、成本较低、个体化强的护理手段,不仅丰富了卒中后并发症护理的干预路径,也为提升患者生活质量与康复效率提供了有效支撑。研究结果表明,将中医特色护理技术系统融入现代康复护理流程具有重要的现实意义和推广价值,建议在今后的临床实践中进一步探索其在不同康复阶段的应用策略,加强规范操作流程及效果评估,推动其在更大范围的康复护理体系中落地生根、发挥特色。

参考文献

- [1]张虹,苏景深,马兆润,等.刮痧联合刺络拔罐对稳定期慢性阻塞性肺疾病患者症状及未来风险的影响[J].天津中医药,2025,42(03):289-296.
- [2]吴玲燕.肩凝汤联合康复训练对脑卒中后肩手综合征患者上肢水肿的治疗效果[J].中国民间疗法,2025,33(02):76-78+91.
- [3]亓茜茜,董瑞勤.局部低频电刺激联合电针治疗脑卒中后肩手综合征临床观察[J].齐齐哈尔医学院学报,2025,46(01):59-64.
- [4]祝鹭倩.影响基层中医院开展中医护理技术的因素与应对措施[J].中医药管理杂志,2024,32(17):250-252.
- [5]李巧玉,赵怡凡,王晓林.刮痧联合刺络拔罐在脑梗死偏瘫护理中的应用[J].实用中医内科杂志,2023,37(05):120-122.