

本文引用: 张娟, 段美志, 邓超, 刘胜明, 南俊英, 何瑛, 王应军, 薛永红. 刮痧联合四海之腧取穴针刺法治疗中风后肩手综合征的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2025, 45(4): 674-679.

刮痧联合四海之腧取穴针刺法治疗中风后 肩手综合征的临床观察

张娟¹, 段美志¹, 邓超¹, 刘胜明², 南俊英¹, 何瑛¹, 王应军¹, 薛永红^{1*}

1. 宁乡市中医医院针灸康复科, 湖南长沙 410600; 2. 宁乡市中医医院神经医学科, 湖南长沙 410600

〔摘要〕 **目的** 观察刮痧联合四海之腧取穴针刺法治疗中风后肩手综合征的临床疗效。**方法** 选取来自宁乡市中医医院针灸康复科就诊的 60 例中风后肩手综合征患者, 随机分为对照组和治疗组, 每组 30 例。对照组采用四海之腧取穴针刺法治疗, 治疗组在对照组的基础上结合刮痧治疗。比较治疗前后两组患者 Fugl-Meyer 运动功能评定量表上肢部分(U-FMA)、疼痛程度视觉模拟评分(VAS)、改良 Barthel 指数(MBI)、患手肿胀程度及凝血功能相关指标。**结果** 治疗后, 两组患者的 U-FMA 评分、MBI 评分均较治疗前升高($P<0.05$), VAS、手背肿胀程度、纤维蛋白原(FIB)水平均较治疗前下降($P<0.05$), 两组患者凝血酶原时间(PT)与治疗前比较差异无统计学意义($P>0.05$); 治疗后, 治疗组 U-FMA 评分、MBI 评分、PT 均高于对照组($P<0.05$), 治疗组 VAS 对比对照组差异无统计学意义($P>0.05$), 治疗组手背肿胀程度、FIB 水平均低于对照组($P<0.05$)。**结论** 刮痧联合四海之腧取穴针刺法治疗中风后肩手综合征可改善患者的患肢功能, 减轻疼痛, 缓解临床症状, 临床疗效优于单纯使用四海之腧取穴针刺法治疗。

〔关键词〕 中风; 肩手综合征; 四海之腧取穴法; 刮痧; U-FMA 评分; VAS; MBI 评分; 凝血功能

〔中图分类号〕 R246

〔文献标志码〕 B

〔文章编号〕 doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2025.04.013

Clinical observation of guasha combined with acupuncture at points corresponding to the four seas for post-stroke shoulder-hand syndrome

ZHANG Juan¹, DUAN Meizhi¹, DENG Chao¹, LIU Shengming², NAN Junying¹, HE Ying¹,
WANG Yingjun¹, XUE Yonghong^{1*}

1. Department of Acupuncture-moxibustion and Rehabilitation, Ningxiang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410600, China; 2. Department of Neurology, Ningxiang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410600, China

〔Abstract〕 **Objective** To evaluate the clinical efficacy of guasha combined with acupuncture at points corresponding to the four seas for post-stroke shoulder-hand syndrome (SHS). **Methods** Sixty patients with post-stroke SHS in the Department of Acupuncture-moxibustion and Rehabilitation at Ningxiang Hospital of Traditional Chinese Medicine were randomly divided into the control group ($n=30$, treated with acupuncture at points corresponding to the four seas) and the treatment group ($n=30$, treated with guasha combined with acupuncture at points corresponding to the four seas). The following results were compared between the two groups of patients before and after treatment respectively: the upper Fugl-Meyer assessment (U-FMA) score, the visual analogue scale (VAS) score for pain intensity, the modified Barthel index (MBI) score, the swelling degree in the affected hand, and the

〔收稿日期〕 2024-12-17

〔基金项目〕 长沙市卫生健康委员会一般课题(KJ-B2023112); 湖南省卫生健康委员会一般指导课题(D202303070114)。

〔通信作者〕 *薛永红, 男, 副主任医师, E-mail: 306632602@qq.com。

coagulation function-related indicators. **Results** After the treatment, the scores of U-FMA and MBI in both groups were higher than those before treatment ($P<0.05$), while the VAS score, the swelling degree in the back of the hand, and the fibrinogen (FIB) levels were lower than those before treatment ($P<0.05$), and there was no statistically significant difference in prothrombin time (PT) within either group compared to before treatment ($P>0.05$). After the treatment, the scores of U-FMA and MBI, as well as the PT of the treatment group were higher than those of the control group ($P<0.05$), while the swelling degree in the back of the hand and the FIB levels of the treatment group were lower than those of the control group ($P<0.05$), and there was no statistically significant difference in VAS scores between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion** The combination of guasha and acupuncture at points corresponding to the four seas can improve the function of the affected limb, alleviate pain, and relieve clinical symptoms in post-stroke SHS patients, with a better clinical efficacy than employing the latter therapy alone.

[**Keywords**] stroke; shoulder-hand syndrome; selection of the points corresponding to the four seas; guasha; U-FMA score; VAS; MBI score; coagulation function

脑血管疾病在中老年人群中屡见不鲜,特别是脑卒中,其因脑内血管出血或缺血引发,迅速侵袭脑组织,留下缺氧的阴影。中医学将其归属为“中风”范畴,此病一旦发作,即便抢救成功,后遗症亦多,中风后肩手综合征(shoulder-hand syndrome, SHS)便是其中一种较常见的并发症,发生率介于 15%~70%^[1]。SHS 分为 3 期,患者以感觉和运动障碍为主,急性期(I 期)常有皮肤红肿、疼痛以及关节活动受限,营养不良期(Ⅱ期)疼痛、红肿等症状持续加剧,萎缩期(Ⅲ期)皮肤、肌肉出现萎缩畸形等症状,极大地削弱了患者的日常生活自理能力^[2]。目前,SHS 的治疗以药物为主,但毒副作用较大,效果并不理想^[3]。现阶段中医治疗优势逐渐凸显,其中针刺、刮痧等中医疗法具有创伤性小、操作简便的优点。近年来,宁乡市中医医院采用刮痧联合四海之腧取穴针刺法治疗 SHS 取得了较好的临床疗效,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用 PASS 11.0 软件进行样本量估算,取显著性水平 $\alpha=0.05$ 、 $\beta=0.1$,估算最少需纳入患者 45 例,考虑 20% 的患者脱落率,最少需要样本量为 57 例,调整样本量为 60 例。故纳入 2023 年 11 月至 2024 年 7 月宁乡市中医医院针灸康复科就诊的 60 例 SHS I 期患者,根据就诊先后顺序获得编号,并通过随机数字表法分为治疗组与对照组,各 30 例。两组治疗过程中均无脱落病例,无不良反应,无不良事件发生。两组患者基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具备可比性,详见表 1。本研究获得医院伦理委员会批准,伦理批号为 2938203。

表 1 两组患者基线资料比较($n=30$)

Table 1 Comparison of baseline data between the two groups of patients ($n=30$)

组别	性别/例		年龄/ (岁, $\bar{x}\pm s$)	病程/ (d, $\bar{x}\pm s$)	脑卒中类型/例		偏瘫侧/例	
	男	女			梗死	出血	左	右
对照组	16	14	55.54 $\pm$ 9.19	56.34 $\pm$ 21.73	17	13	14	16
治疗组	14	16	56.12 $\pm$ 7.56	53.72 $\pm$ 20.54	18	12	17	13
t/χ^2 值	0.551		-0.335	0.465		0.024		0.572
P 值	0.449		0.734	0.672		0.861		0.455

1.2 病例选择标准

1.2.1 诊断标准 (1)根据《中国急性缺血性脑卒中诊疗指南(2018 年版)》^[4]与《中国脑出血诊治指南(2019)》^[5],符合脑卒中诊断标准;(2)根据《中国脑卒中早期康复治疗指南》^[6],符合中风后 SHS 诊断标准;(3)符合 SHS I 期诊断标准^[7]:出现于脑卒中后 1~3 个月,单侧肩部和手部疼痛,皮肤温度升高,皮肤潮红,以及手指关节屈伸困难、活动受限^[6],被动屈曲时疼痛加剧,X 光检查可能显示手和肩部的骨质脱钙情况。

1.2.2 纳入标准 (1)年龄 18~70 岁;(2)均确诊为脑卒中,符合 SHS 临床分期为 I 期;(3)既往没有晕针史以及药物过敏史;(4)患者与家属已充分认识此研究的利弊,签订知情同意书。

1.2.3 排除标准 (1)患有与 SHS 相关的其他疾病者,包括但不限于网球肘、肩周炎、颈椎病、类风湿关节炎等;(2)存在外伤或其他部位感染性疾病者;(3)先天性上肢残疾导致活动障碍者;(4)患有严重影响身体多系统(如血液、消化、呼吸、神经和泌尿系统)的疾病者;(5)妊娠期或哺乳期妇女;(6)严重认知功能障碍者,完全无法理解并配合工作人员完成

相关量表的测评工作者。

1.2.4 脱落与剔除标准 (1)因为个体差异或无法适应治疗而提前终止参与者;(2)在治疗过程中可能遭遇严重不良反应、并发症或特殊生理反应,退出研究者;(3)由于外界因素或个人原因,在疗程未完全结束时退出试验者;(4)因随访资料的缺失,导致数据不完整者。

1.3 治疗方法

1.3.1 基础治疗 根据《中国脑血管病临床管理指南》^[8]对患者的基础疾病按照相关原则进行处理,主要包括控制血压、控制血糖和控制心室率等,并均给予常规运动康复治疗。

1.3.2 对照组(四海之腧取穴针刺法组) (1)针具:0.30 mm×25 mm 一次性针灸针(批号:010062,苏州华佗针灸器械有限公司)。(2)取穴:百会、风府、哑门、大椎、气冲、人迎、足三里、大杼、上巨虚、下巨虚。根据患者中医证型采用针刺辨证配穴:气虚血瘀取气海;痰热壅盛取内庭、丰隆;痰湿阻络取合谷、丰隆;肝阳暴亢取太冲、太溪;阴虚风动取太溪、风池。(3)操作:嘱患者坐正,头略倾前,放松颈部。自风府、哑门向下缓刺 0.5~1 寸,直至有酸胀感;百会向前平刺 0.5~0.8 寸,采用快捻手法;大椎、大杼穴直刺半寸,采用捻转提插法,直至感知气至;人迎、气冲避开动脉直刺 0.5 寸,以得气为度;足三里、下巨虚、上巨虚直刺 1~1.5 寸,按体质不同进行补泻。针刺施术应引发酸胀麻重感,体质强弱决定泻实补虚之法。每日治疗 1 次,每次留针 30 min,每周治疗 5 d(周六、周日休息),连续治疗 3 周。

1.3.3 治疗组(刮痧联合四海之腧取穴针刺法组) 刮痧的操作方法参照《针灸技术操作规范》^[9]中相关标准进行。首先,检查刮痧板边缘有无缺损,协助患者选取合适体位,暴露患侧所要刮痧部位,用刮痧油涂抹,将刮痧板放置在施术部位上,与皮肤成 45°夹角,采用慢、快、重刮直线相结合的手法,沿手三阳经走向有规律地刮擦 10~30 min,补泻手法参照顺经为补、逆经为泻。循行至肩井、天宗、肩髃、曲池、手三里、合谷等穴位处进行重点的点刮,保持 15 s 后快速抬起,重复操作 10 次,力度逐渐加重,以局部皮肤出现紫红色痧点或发红为度,以进一步增强对穴位的刺激为目的,不强求出痧。刮痧结束后,嘱咐患者饮温开水约 200 mL,以协助痧毒排出。每日治疗 1

次,每周治疗 5 d(周六、周日休息),连续治疗 3 周。四海之腧取穴法针刺方法及疗程同对照组。

1.4 观察指标

分别在治疗前后,采用 Fugl-Meyer 运动功能评定量表上肢部分(upper fugl-Meyder assessment, U-FMA)、视觉模拟评分(analogyne scale, VAS)、改良 Barthel 指数(modified Barthel index, MBI)和患手肿胀程度评定分别对两组患者患肢上肢运动功能、疼痛、患手肿胀程度和生活自理能力进行评定,并对治疗前后凝血功能进行对比。对指标的评估均实施盲法,由专业的康复评估员对患者进行评估,评估员不了解患者分组情况、不参与治疗过程。

1.4.1 U-FMA 评估 偏侧瘫痪上肢功能的量化评估采纳 U-FMA 作为标准^[10]。此评分细致考量患者上肢运动能力,涵盖伸屈肌协调、肢体反射活性及独立运动能力等方面,共 33 项内容,满分 66 分。评分越高,意味着患者上肢的运动恢复程度越佳。

1.4.2 VAS 评估 VAS 通过一条长度为 10 cm 的直线来量化疼痛感受;线的一端标记为“0”,象征无疼痛;另一端标记为“10”,代表患者难以忍受的剧烈疼痛^[11]。评分在 3 分及以下时,疼痛对日常生活的影响较小,患者可较好地忍受;评分在 4~6 分时,疼痛会干扰患者的睡眠,但仍在可忍受范围之内;评分在 7~10 分时,疼痛感极为强烈,严重影响患者的睡眠和饮食,需要立即采取有效措施进行干预。

1.4.3 MBI 评估 采用 MBI 评估患者日常生活自理能力,该指标涵盖自理进食、穿脱衣物、个人卫生维护及如厕等 10 项基本生活技能,满分为 100 分^[12]。得分的高低直接反映患者在日常生活中的自理能力,分数越高,说明患者的生活自理能力越强。

1.4.4 患手肿胀程度测量 通过精确的排水量法^[13]对比治疗前后患手肿胀变化,操作过程如下:首先,准备一容量为 1 000 mL 的量杯,装满水;在受试者的手腕上方划一标志线;患手慢慢浸入水中,直至水面触及标线并保持静止 10 s;确保水面平稳后,缓慢抽出手部;记录此时量杯内水的剩余量。此项测量重复 3 次,取其平均值,以此来评估手部的肿胀程度。

1.4.5 凝血功能检测 清晨空腹取患者静脉血,测定纤维蛋白原(fibrinogen, FIB)和凝血酶原时间(prothrombin time, PT)。

1.5 统计学方法

本研究采用 SPSS 21.0 软件对数据进行分析,通过 *Shapiro-Wilk* 方法对计量数据进行正态性验证,结果显示数据分布均呈正态。计量资料组间比较采用独立样本 *t* 检验,组内治疗前后比较采用配对样本 *t* 检验;计数资料采用 χ^2 检验。均以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 U-FMA 评分比较

治疗前,两组患者 U-FMA 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组 U-FMA 评分均高于治疗前($P<0.05$),且治疗组 U-FMA 评分高于对照组($P<0.05$)。详见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 U-FMA 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$, $n=30$)

Table 2 Comparison of the U-FMA scores between the two groups of patients before and after treatment (points, $\bar{x}\pm s$, $n=30$)

组别	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	25.11±8.13	31.23±6.19	-7.878	<0.001
治疗组	24.78±7.51	41.01±7.31	-34.217	<0.001
<i>t</i> 值	0.459	-4.415		
<i>P</i> 值	0.637	<0.001		

2.2 两组患者治疗前后 VAS 比较

治疗前,两组患者 VAS 比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组 VAS 均较治疗前下降($P<0.05$),但两组间 VAS 比较差异无统计学意义($P>0.05$)。详见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 VAS 比较(分, $\bar{x}\pm s$, $n=30$)

Table 3 Comparison of the VAS scores between the two groups of patients before and after treatment (points, $\bar{x}\pm s$, $n=30$)

组别	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	5.00±0.91	1.23±1.27	6.763	<0.001
治疗组	4.32±1.51	1.69±1.05	7.245	<0.001
<i>t</i> 值	0.612	0.115		
<i>P</i> 值	0.561	0.892		

2.3 两组患者治疗前后 MBI 评分比较

治疗前,两组患者 MBI 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组 MBI 评分均高于治疗前($P<0.05$),治疗组 MBI 评分高于对照组($P<0.05$)。详见表 4。

表 4 两组患者治疗前后 MBI 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$, $n=30$)

Table 4 Comparison of the MBI scores between the two groups of patients before and after treatment (points, $\bar{x}\pm s$, $n=30$)

组别	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	38.22±11.82	50.79±8.98	10.971	<0.001
治疗组	38.56±11.25	61.78±12.12	9.763	<0.001
<i>t</i> 值	0.100	3.415		
<i>P</i> 值	0.878	0.001		

2.4 两组患者治疗前后患肢肿胀程度比较

治疗前,两组患者患肢肿胀程度比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患肢肿胀程度均较治疗前下降($P<0.05$),且治疗组患肢肿胀程度低于对照组($P<0.05$)。详见表 5。

表 5 两组患者治疗前后患肢肿胀程度比较($\bar{x}\pm s$, $n=30$)

Table 5 Comparison of the swelling degree in the affected limb between the two groups of patients before and after treatment ($\bar{x}\pm s$, $n=30$)

组别	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	171.77±12.89	165.23±10.19	-6.973	<0.001
治疗组	172.03±12.64	163.54±9.91	-30.112	<0.001
<i>t</i> 值	0.059	2.013		
<i>P</i> 值	0.972	0.015		

2.5 两组患者治疗前后凝血功能比较

治疗前,两组患者 FIB 水平和 PT 比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组 FIB 水平较治疗前下降($P<0.05$),两组 PT 较治疗前比较差异无统计学意义($P>0.05$);治疗组 FIB 水平低于对照组($P<0.05$),治疗组 PT 高于对照组($P<0.05$)。详见表 6。

表 6 两组患者治疗前后凝血功能比较($\bar{x}\pm s$, $n=30$)

Table 6 Comparison of the coagulation function between the two groups of patients before and after treatment ($\bar{x}\pm s$, $n=30$)

组别	FIB/(g/L)				PT/s			
	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	6.76±0.75	5.77±0.63	10.632	<0.001	18.16±2.35	18.14±2.54	0.114	0.902
治疗组	6.72±0.63	4.65±0.69	23.225	<0.001	18.11±2.11	20.21±2.31	6.615	0.901
<i>t</i> 值	0.663	11.967			0.194	-5.902		
<i>P</i> 值	0.506	<0.001			0.821	<0.001		

3 讨论

SHS 是脑卒中后较为常见的上肢并发症之一,当 SHS I 期未能得到有效治疗,会导致疼痛进一步加剧,进而出现关节挛缩变形、肌肉萎缩,严重影响患者的日常生活^[14]。目前,治疗 SHS 西医主要以糖皮质激素封闭、神经节阻滞、神经营养药等治疗手段结合康复训练为主,但临床疗效并不理想^[15]。

中医学认为,患者出现脑卒中,大多是由于素体肝肾不足。肝主筋,肾主骨。肝阴不足易导致血、气、经脉亏虚,加之脑卒中后患者久卧少动,进而造成机体出现血液运行不畅。《金匱要略·水气病脉证并治第十四》记载:“血不利则为水。”长期出现血液运行不畅,则易引起肢体的肿胀、肩手关节的疼痛。肾水亏虚则骨节出现滋养不足,再加上痰浊、瘀血等邪气痹阻关节经络,致肩手关节屈伸不利、活动受限。长期的经脉失于濡养、经筋劳损,不能维持良好的关节活动度,日久痿废不用,则出现关节挛缩等不可逆的关节畸形。因此,SHS 以素体肝肾亏虚为本,以瘀血、痰浊痹阻经筋导致的血行障碍为标,中医治疗原则是标本兼治,补益肝肾、疏通经络、活血化瘀、祛除痰湿。刮痧疗法^[16]是根据中医经络腧穴理论,以逐邪外出、活血通络、防病治病为目的。应用刮痧疗法既可使乘虚而入的外邪疏解,又可通达被病邪壅滞的络脉,刮痧通过对经络腧穴进行刮拭刺激,可以将局部阻滞经络的病邪以痧的形式排出体外,进而疏通经络,增加气血运行。同时,刮痧能够通过温经散寒,平衡阴阳,改善机体功能,进而通过祛除邪气与补益正气相结合,对于 SHS 可起到驱邪通络、补益止痛之效。有研究证实,刮痧可改变血管紧张度与黏膜渗透性,加快血液循环,改善局部营养状况,同时加速淋巴循环,增强细胞吞噬作用,提高细胞免疫力,从而使患肢交感神经的营养状况得以改善,恢复交感神经的自主调节功能,进而改善患肢的肿胀及疼痛等症状。同时,配合运动训练可进一步促进血液循环,加快静脉回流及致痛因子代谢,明显改善 SHS 患者的疼痛症状^[17-18]。针灸作为中医治疗的一部分,因操作简便、不良反应小且患者易接受的特

性,在临床得到广泛应用,且随着针灸治疗在临床的不断推广,已有研究证明针灸治疗 SHS 确有优势^[19]。研究表明,针刺能够通过调节大脑皮质痛阈,降低末梢神经的兴奋性,缓解肌肉痉挛,加强血液循环,从而减轻疼痛和改善运动功能^[20]。本课题组前期研究已证实,针刺四海输注体表穴位对中风患者运动功能、日常生活活动能力、神经功能缺损等都具有较好的改善作用^[21-22]。所谓四海即髓海、血海、气海、水谷之海,针刺四海输注体表穴位的方法即四海之腧取穴法。髓海输注体表为百会、风府,刺之可醒脑调神;血海输注体表为大杼、上巨虚、下巨虚,刺之可调气和血;气海输注体表为哑门、大椎、人迎,刺之可益气活血;水谷之海输注体表为气冲、足三里,刺之可健脾益胃。刺激四海,调节四海之气机使精气灌注全身,最终发挥调和阴阳、治脑调神的作用。

本研究结果表明,治疗前在提高 U-FMA 和 MBI 评分、降低 VAS、减轻患肢肿胀和改善凝血功能指标上均优于对照组,提示刮痧联合四海之腧取穴针刺法治疗能有效改善 SHS 患者运动功能,减轻患者疼痛以及患肢肿胀程度,进而使血浆 FIB 水平降低,延长 PT,改善血液高凝状态,促进机体血液循环,能够体现四海之腧取穴针刺法联合刮痧的优势,提高疗效。

综上所述,刮痧联合四海之腧取穴针刺法治疗 SHS 在缓解疼痛、减轻肿胀、改善上肢功能等方面优于四海之腧取穴针刺法,值得临床推广。但是本研究也存在一定的局限性,如观察疗程偏短,纳入的样本量相对偏少,缺少多中心大样本的研究,今后可进一步完善并深入研究。

参考文献

- [1] 王 磊,邱 玲,彭金林,等. 镜像疗法结合上肢双侧运动训练治疗脑卒中后肩手综合征的临床疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2020, 42(6): 533-535.
- [2] ZHENG J L, WU Q L, WANG L, et al. A clinical study on acupuncture in combination with routine rehabilitation therapy for early pain recovery of post-stroke shoulder-hand syndrome[J]. Experimental and Therapeutic Medicine, 2018, 15(2): 2049-2053.

- [3] 王 贺, 韩 靛, 阙梦凡, 等. 电刺激治疗脑卒中后肩手综合征有效性的系统评价与 Meta 分析[J]. 中国康复理论与实践, 2023, 29(9): 1048-1056.
- [4] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南(2018)[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.
- [5] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑出血诊治指南(2019)[J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(12): 994-1005.
- [6] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会神经康复学组, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑卒中早期康复治疗指南[J]. 中华神经科杂志, 2017, 50(6): 405-412.
- [7] 杨 露, 彭 涛, 郭铁成. 脑卒中后肩手综合征的临床研究进展[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2018, 40(9): 716-720.
- [8] 中国卒中学会中国脑血管病临床管理指南撰写工作委员会. 中国脑血管病临床管理指南[J]. 中国卒中杂志, 2019, 14(7): 709-726.
- [9] 全国针灸标准化技术委员会. 针灸技术操作规范 第 22 部分: 刮痧: GB/T 21709.22—2013[S]. 北京: 中国标准出版社, 2014.
- [10] 胡国金, 孙秀丽, 张义发, 等. Fugl-Meyer 量表在脑卒中镜像治疗中应用及与 FIM 量表相关性分析[J]. 临床荟萃, 2019, 34(2): 116-119.
- [11] 李小峰, 陈 敏. 改良 Barthel 指数评定量表的设计与应用[J]. 护理研究, 2015, 29(13): 1657-1658.
- [12] 肖秋云, 尹 婵, 蒋 旭. 基于 MTrPs 回路理论观察干针治疗脑卒中后肩手综合征患者的临床疗效[J]. 湖南中医杂志, 2023, 39(6): 75-78.
- [13] 肖亚辉, 谭 洁. 电针结合运动想象疗法治疗脑卒中后肩手综合征 I 期的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2024, 44(2): 314-319.
- [14] 张臻杰, 陶林花, 马小晴, 等. 电针联合上肢康复训练治疗脑卒中后 I 期肩手综合征临床研究[J]. 新中医, 2024, 56(7): 125-128.
- [15] 叶 静, 李 涓, 周 俊, 等. 针灸治疗脑卒中后肩手综合征的 meta 分析的再评价[J]. 中国康复医学杂志, 2020, 35(2): 189-194.
- [16] 杜 鑫. 刮痧疗法治疗中风病的研究进展[J]. 内蒙古中医药, 2021, 40(11): 145-148.
- [17] 刘跟莉, 郭宏伟, 李晓宁, 等. 刮痧对中风后肩手综合征患者临床疗效的 Meta 分析[J]. 长春中医药大学学报, 2023, 39(4): 467-472.
- [18] 刘跟莉, 师 帅, 刘 亚, 等. 温通刮痧疗法治疗中风后肩手综合征的临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38(6): 1186-1190.
- [19] 杨慧楠. 电针治疗中风后肩手综合征的系统评价与 Meta 分析[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2017.
- [20] 石文英, 林祖华, 罗 容, 等. 温针灸结合瑜伽体位法治疗冻结期肩周炎临床观察[J]. 中国针灸, 2019, 39(1): 33-36.
- [21] 张 娟, 王应军, 刘兴平, 等. 四海之腧穴法结合康复训练治疗脑梗死恢复期的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2016, 36(11): 87-90.
- [22] 王应军, 张 娟, 刘海玲, 等. 四海之腧穴法对脑梗塞恢复期患者血脂及凝血系统影响的研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2016, 36(9): 79-81.

(本文编辑 匡静之)