· 临床论著 ·

温通穴位灸刮疗法治疗脑卒中后肩手综合征疗效观察

倪斐琳 陈改平 徐 慧 邱凤梅 侯 群

摘要 目的 观察温通穴位灸刮疗法对脑卒中肩手综合征患者上肢运动功能的疗效。**方法** 将 63 例脑卒中肩手综合征患者按随机数字表法分为两组,对照组 31 例、观察组 32 例,两组均予对症治疗和康复训练,观察组取肩髃、肩髃、曲池、外关、合谷穴予温通穴位灸刮疗法。治疗 1、2、4 周后,通过比较两组患者疼痛评分、患侧手背周径肿胀评定、Fugl-Meyer 上肢运动功能量表及牛津残障量表评分(OHS)来评价患者的疗效。**结果** 与对照组比较,治疗 1、2 及 4 周后观察组疼痛评分、患侧手背肿胀程度评分降低($P<0.001$);治疗 4 周后 Fugl-Meyer 上肢运动功能评分升高($P<0.05$),OHS 评分降低($P=0.008$)。**结论** 温通穴位灸刮疗法在短期内可有效改善患肢疼痛和肿胀症状,远期观察可进一步促进脑梗死后肩手综合征患者上肢运动功能康复,降低残障级别,提高患者的自护能力。

关键词 脑卒中;温通疗法;艾灸;刮痧;肩手综合征;上肢功能

Effect of Warm-unblocking Therapy Using Moving Cupping and Acupoints Moxibustion in Stroke Patients with Shoulder-hand Syndrome

NI Fei-lin, CHEN Gai-ping, XU Hui, QIU Feng-mei, and HOU Qun *Neurology Department, The First Hospital Affiliated to Zhejiang Chinese Medicine University, Hangzhou (310006)*

ABSTRACT Objective To study the effect of warm-unblocking therapy using moving cupping with acupoints moxibustion on upper limb function in stroke patients with shoulder-hand syndrome. **Methods** A total of 63 stroke patients with shoulder-hand syndrome were enrolled and assigned to two groups by random digit table, 31 cases in the control group and 32 cases in the observation group. All cases were given routine treatment and rehabilitation training. In addition, patients in the observation group received warm-unblocking therapy using moving cupping with moxibustion at JianYu (LI15), Jianliao (SJ14), Quchi (LI11), Waiguan (SJ5) and Hegu (LI4) acupoints. At the time point of 1, 2 and 4 weeks after the intervention, the effects were evaluated by pain scores, hand swelling scores, Fugl-Meyer Assessment Scale and Oxford Handicap Scale. **Results** At the time of 1, 2 and 4 weeks after the intervention, the pain scores and hand swelling scores were significantly decreased in observation group than the control group ($P<0.001$). Compared with the control group, the score of Fugl-Meyer Assessment Scale in the observation group significantly elevated ($P<0.05$), and score of Oxford Handicap Scale decreased ($P=0.008$) at 4 weeks. **Conclusions** Warm-unblocking therapy using moving cupping with acupoints moxibustion can alleviate pain and swelling of upper limbs in stroke patients. It can also effectively promote the rehabilitation of upper limbs motor function in patients with shoulder-hand syndrome after stroke, and improve the self-care ability.

KEYWORDS stroke; warm-unblocking therapy; moxibustion; scraping; shoulder-hand syndrome; upper limb function

肩手综合征 (shoulder-hand syndrome, SHS)

基金项目:浙江省中医药卫生科技计划基金项目(No. 2017 ZA050)

作者单位:浙江中医药大学附属第一医院神经内科(杭州 310006)

通讯作者:侯 群, Tel: 0571-87071027, E-mail: houqun168@163.com

DOI: 10. 7661/j. cjim. 20201008. 189

是脑卒中后 1~3 个月内^[1]的常见的并发症之一,其发生率高达 12.5%~70%^[2-4]。SHS 是反射性交感神经出现营养不良的临床表现形式,症见患侧上肢肩痛、活动受限和手肿胀^[5],严重影响脑卒中患者的康复进程,阻碍其上肢运动功能的恢复甚至丧失自理能力,给家庭和社会造成沉重负担^[6],病因尚不十分明确且无特异性治疗方法。近几年,温通穴位艾灸、刮痧疗法等

中医学技术在临床上得到推广使用,且临床疗效显著^[7]。为进一步促进脑卒中 SHS 患者的肢体功能康复,提高患者生活质量及自护能力,本研究在常规治疗基础上联合温通穴位灸刮疗法以促进脑卒中 SHS 患者康复,取得较好疗效,现报道如下。

资料与方法

1 诊断标准 缺血性脑卒中诊断标准参照 2014 年中国急性缺血性脑卒中诊治指南^[8],并经颅脑 CT 或 MRI 证实。SHS 诊断及分期参考文献^[9]。

2 纳入及排除标准

2.1 纳入标准 (1)符合 SHS 分期标准^[9]中的 I 期、II 期患者;(2)患者神志清楚,生命体征平稳;(3)年龄 18~75 岁;(4)患者或患者授权人签署知情同意书。

2.2 排除标准 (1)丘脑病变和卒中前明显神经肌肉病变致肩关节疼痛或运动障碍者;(2)其他疾病累及肩关节者或类风湿关节炎患者;(3)合并严重心、肺、肝、肾、造血系统严重疾病;(4)合并有多器官功能衰竭及精神病患者;(5)4 周内曾参加其他药物临床试验的患者。

3 一般资料 本研究经过浙江中医药大学附属第一医院伦理委员会审批通过(No. 2017-KL-021-01)。选取 2016 年 9 月—2020 年 3 月在浙江中医药大学附属第一医院住院的脑卒中 SHS 患者 63 例,按随机数字表法分为观察组和对照组,观察组 32 例,对照组 31 例,患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

4 治疗方法 入组后均予对症支持治疗、康复训练^[10]。观察组在对照组基础上进行温通穴位灸刮法。(1)对症支持治疗:包括改善脑血循环、营养神经等;(2)康复训练包括正确体位摆放联合运动疗法:正确体位摆放:尽量避免腕关节的屈曲,保证腕关节尽可能处于背伸位。平仰卧位:患者头垫枕,床头摇高 15°~20°;患肢上臂垫薄枕,轻轻垫起肩胛骨,轻推患侧上臂至肩关节内上方姿势。健侧卧位:患侧上肢自然放松,上臂轻推向肩关节上方,肘关节屈曲 90°或伸直位,腕关节背屈 30°,避免患侧卧位。坐位:患侧上肢应有支撑物垫附,防止腕关节屈曲,可保持上臂推向肩关节内,如无支撑物,则采用三角巾悬吊固定患侧上肢,避免肩关节半脱位及自然下垂造成水肿加重。运动疗法:主要采用上肢关节主动被动运动、上肢随意运动易化训练、Bobath 技术和日常生活能力训练等。康复训练统一由康复师完成,每日 1 次,每次 45 min。(3)温通穴位灸

表 1 两组患者一般资料比较

项目	观察组 (32 例)	对照组 (31 例)	$t/\chi^2/Z$	P 值
年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	68.3±8.5	67.2±6.5	0.585 ^a	0.560
性别[例(%)]			0.207 ^b	0.649
男	11(34.4)	9(29.0)		
女	21(65.6)	22(71.0)		
学历[例(%)]			0.327 ^c	0.744
文盲	7(21.9)	4(12.9)		
小学	10(31.2)	12(38.7)		
中学	14(43.8)	15(48.4)		
大学及以上	1(3.1)	0		
职业[例(%)]			2.628 ^b	0.105
退休	28(87.5)	22(71.0)		
其他	4(12.5)	9(29.0)		
诊断[例(%)]			0.152 ^b	0.697
卒中恢复期	27(84.4)	25(80.7)		
卒中急性期	5(15.6)	6(19.3)		
SHS 分期[例(%)]			0.016 ^b	0.898
I 期	16(50.0)	15(48.4)		
II 期	16(50.0)	16(51.6)		

注: ^a为 t 值; ^b为 χ^2 值; ^c为 Z 值

刮法^[11]:先对患侧上肢及肩部皮肤评估后用艾叶精油涂抹,在艾灸穴位刮痧杯内插入 4 cm 长艾条(3 年纯艾,艾江山健康科技蕲春有限公司,批号: LRT 00100136099)点燃,一手固定患处,一手持杯在患者肩髃、肩髃、曲池、外关、合谷 5 穴来回刮动,力道先轻后重,由上往下,从里到外,以患者感到舒适,皮肤温度适宜、变红出痧为度;期间每 2~3 min 更换穴位,共约 30 min,每日 2 次,连续治疗 2 周。操作时根据舌苔、脉象辨别患者虚实决定灸刮的手法轻重,泻实补虚的原则轻为补,重为泻;频率慢为补,频率快为泻。

5 观察指标及方法 记录治疗前、治疗 1 周、2 周以及 4 周随访患者疼痛评分、手肿胀程度、上肢 Fugl-Meyer 运动功能评分、牛津残障程度评级。

5.1 疼痛评估 采用长海痛尺 0~10 数字疼痛量表评价患者肩关节的疼痛程度^[12]。

5.2 手背肿胀评定 手自然放松,用软尺沿四个掌指关节最高点的连线绕手一周为手的周径,用以评价手肿胀程度^[13];与患者健侧手比较,周径差 >1.5 cm 记 6 分;周径差为 1.0~1.5 cm 记 4 分;周径差为 0.3~0.9 cm 记 2 分;周径差 <0.3 cm 记 0 分。

5.3 上肢运动功能评定 采用简化 Fugl-Meyer 上肢运动功能评分量表评定上肢功能^[14]:包括对上肢关节动作、反射、动作协调、活动度、稳定性及速度等进行评定,每个小项目分为 3 级,分别计 0 分(不能完成)、1 分(部分完成)和 2 分(充分完成),总分 0~66 分。

5.4 自护能力评价 采用牛津残障量表(Oxford Handicap Scale, OHS)^[15]对患者自我护理能力进行评估。OHS 分为 6 级:0 级,无症状;1 级,症状很轻,不影响生活方式(无明显残障,能做各种日常活动);2 级,轻度残障,症状限制了生活方式的某些方面,但不影响患者的理解能力(不能进行全部以前能从事的活动,但能处理个人事务而不须帮助);3 级,中度障碍,症状明显限制了生活方式,完整的独立生活受限(需要一些帮助,但走路不须帮助);4 级,重度障碍,虽不需要持续看护,但症状明显阻碍了独立生活(没有帮助不能行走,没有帮助不能照顾自己);5 级,严重障碍,完全依赖,需要日夜连续的看护(卧床,需持续护理和关注)。级别越低说明自护能力越好。

5.5 烧伤 温通穴位灸刮疗法可能造成患者烧伤,烧伤程度采用三度四分法分级:I 度烧伤,皮肤发红,不起水疱,表面干燥,愈合后不留疤痕;浅 II 度烧伤,创面红肿、起水疱、疼痛剧烈,一般 2 周左右愈合;深 II 度烧伤,皮肤表皮易撕脱,基底红白相间、痛觉迟钝,愈合后常留有疤痕;III 度烧伤,皮肤坏死、脱水后可形成焦痂,创面无水泡,蜡白或焦黄,触之如皮革,甚至已炭化。

6 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据的分析。符合正态或近似正态分布计量资料的描述采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用两独立样本 *t* 检验和重复测量方差分析;分类资料的描述采用例数及相应分类的百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验;等级资料的描述采用例数及相应分类的百分比表示,组间比较采用两独立样本非参数秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1 两组治疗前后患者疼痛评分比较(表 2) 治疗前两组患者患肢疼痛程度差异无统计学意义($P > 0.05$)。与本组治疗前比较,两组治疗 1、2、4 周疼痛评分均降低($P \leq 0.001$),且观察组疼痛评分均较对照组同期明显降低($P < 0.001$)。

表 2 两组治疗前后患者疼痛评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	疼痛评分			
		治疗前	治疗 1 周	治疗 2 周	治疗 4 周
观察	32	3.53±1.08	1.88±0.83* [△]	0.59±0.76* [△]	0.06±0.25* [△]
对照	31	3.65±1.08	3.26±0.86*	2.19±0.83*	0.84±0.69*
T 值		0.419	6.504	7.985	6.001
P 值		0.677	<0.001	<0.001	<0.001

注:与本组治疗前比较, * $P \leq 0.001$;与对照组同期比较, $\Delta P < 0.001$

2 两组治疗前后患者患侧手肿胀评分比较(表 3) 两组患者治疗前患手肿胀程度差异无统计学意义($P > 0.05$)。与本组治疗前比较,观察组治疗 1、2、4 周手背肿胀评分均降低($P < 0.001$),对照组治疗 2、4 周手背肿胀评分降低($P < 0.001$)。在治疗 1 周、2 周以及 4 周时,观察组手背肿胀程度评分均低于对照组($P \leq 0.001$)。

表 3 两组治疗前后患者手背肿胀评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手背肿胀评分			
		治疗前	治疗 1 周	干预 2 周	干预 4 周
观察	32	3.94±1.64	2.47±1.37* [△]	0.63±1.07* [△]	0* [△]
对照	31	4.00±1.63	3.84±1.64	2.81±1.22*	1.00±1.13*
T 值		0.151	3.612	7.543	5.028
P 值		0.880	0.001	<0.001	<0.001

注:与本组治疗前比较, * $P < 0.001$;与对照组同期比较, $\Delta P \leq 0.001$

3 两组治疗前后患者 Fugl-Meyer 运动评分比较(表 4) 两组患者治疗前、治疗 1 周和 2 周 Fugl-Meyer 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。与本组治疗前比较,观察组治疗 1、2、4 周 Fugl-Meyer 评分均降低($P \leq 0.001$),对照组治疗 2、4 周 Fugl-Meyer 评分降低($P_{2周} = 0.004, P_{4周} < 0.001$)。在治疗后 4 周观察组 Fugl-Meyer 评分高于对照组($P < 0.05$)。

表 4 两组治疗前后患者 Fugl-Meyer 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Fugl-Meyer 评分			
		治疗前	治疗 1 周	治疗 2 周	治疗 4 周
观察	32	34.97±16.48	36.47±16.11*	41.72±14.96*	45.81±14.51* [△]
对照	31	35.48±15.39	35.61±15.31*	36.52±15.37*	37.81±15.22*
T 值		0.128	0.216	1.362	2.138
P 值		0.898	0.830	0.178	0.037

注:与本组治疗前比较, * $P \leq 0.004$;与对照组同期比较, $\Delta P < 0.05$

4 两组治疗前后患者 OHS 分级比较(表 5) 两组患者在治疗前、治疗 1 周和 2 周后 OHS 分级差异均无统计学意义(治疗前: $Z = 0.187, P = 0.852$;治疗 1 周: $Z = 0.064, P = 0.949$;治疗 2 周: $Z = 1.215, P = 0.225$),

表 5 两组治疗前后患者 OHS 分级比较 (例, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	OHS 分级					
			0	1	2	3	4	5
观察	32	治疗前	0	0	12	8	7	5
		治疗 1 周	0	2	10	8	7	5
		治疗 2 周	1	3	10	8	8	2
		治疗 4 周	4	5	9	9	5	0
对照	31	治疗前	0	0	8	13	7	3
		治疗 1 周	0	0	9	13	6	3
		治疗 2 周	0	0	8	13	7	3
		治疗 4 周	0	0	10	11	8	2

治疗 4 周后观察组 OHS 分级低于对照组 ($Z=2.657$, $P=0.008$)。

5 不良反应 所有入组患者在干预过程中均未发生烧伤等不良事件。

讨 论

SHS 是脑卒中后较棘手的并发症之一,由于肩关节半脱位、肩关节炎性反应及偏瘫导致的腕关节软组织损伤的共同作用可能是导致 SHS 的机制之一,但具体病理生理机制尚不清楚。中医学认为脑卒中后 SHS 属于“痹症”“偏枯”等范畴,是由于患者偏瘫后,患肢运动功能降低,活动障碍,肩手久处不动,以至阴寒内聚,经脉凝滞收引,气血闭阻不通所致,不通则痛,继而出现患肢肩、肘、腕关节的疼痛,活动不利,手部肿胀等症状^[16]。气血津液不能濡养肢体关节,可出现肢体萎缩,关节挛缩。艾叶可通十二经络,温通气血,消瘀散结,祛湿散寒,扶正祛邪,产生的热量近似远红外线,具有较高的穿透力,可促进血管扩张,改善局部血液、淋巴循环,促进炎症及水肿的吸收,改善组织粘连,减少神经末梢致痛物质的释放,具有明显止痛作用^[17]。温通灸刮疗法的器具杯内可插艾灸条,艾灸的温热通阳作用透过体表穴位使凝滞闭阻的经脉得以温通舒畅;杯缘在患部腧穴部位顺经络进行刮痧,使药力和热力同时自体表毛窍透入经络、血脉,起到开启腠理,温经通络,祛瘀消肿、通痹止痛之功效,有效地加快 SHS 肢体肿胀的消退及减轻肢体疼痛^[18]。张鸿嫣等^[19]从大鼠神经基础实验结果发现刮痧可降低背根神经节及血清 P 物质、神经肽 Y (neuropeptide Y, NPY)、炎症细胞因子磷脂酶 A2 (inflammatory cytokine phospholipase A2, PLA2) 和前列腺素 E2 (prostaglandin E2, PGE2) 的含量,提示刮痧可通过调节神经及血清中相关炎症因子以减轻疼痛肿胀。本研究在干预后 1 周、2 周以及 4 周,观察组疼痛评分均较对照组降低 ($P<0.001$);观察组手背周径肿胀程度评分均低于对照组 ($P\leq 0.001$);且存在时间效应以及时间与组别之间的交互效应 ($P<0.001$)。本研究证实了温通灸刮疗法可改善患肢肩痛情况,促进肢体炎症和水肿吸收,改善组织粘连,且患者依从性好。

温通灸刮疗法是基于温通疗法的外治方法之一,器具杯身以活瓷为材质,杯口缘专为刮痧设计,将艾条固定在杯内固定针上,点燃后用杯口缘在患部腧穴部位顺经络进行刮痧,使药力和热力同时自体表毛窍透入经络、血脉的一种药物外治法。其刮痧可刺激肌肤,开启腠理,温经通络,祛瘀消肿,祛寒除湿、通痹止痛,

促进患肢的气血运行,激发经络之气^[20],使药力直达病所。本研究干预的穴位为:肩髃、曲池、合谷、外关、肩髃。肩髃、曲池、合谷为阳明经穴,由于阳明经多气多血,故阳明充盛,气血充足,筋脉得以濡养则筋脉柔软,关节滑利,运动灵活,体现“治痿独取阳明”的思路。有研究表明针刺曲池、内关、合谷等穴位可加强大脑中动脉供血区急性脑梗死患者侧支循环代偿能力,促进肢体功能康复,改善日常生活活动能力^[21]。本研究在干预 4 周后观察组 Fugl-Meyer 评分高于对照组 ($P<0.05$),OHS 分级低于对照组 ($P=0.008$)。本研究结果显示温通灸刮疗法能促进 SHS 患者上肢功能和关节活动度的恢复,降低肢体残障级别,与侯俊等^[22]研究结果相似。

从临床研究结果分析脑卒中后 SHS 患者需综合应用中西医结合疗法以及早期康复理念进行全面治疗,同时重视对患者的心理情志疏导及生活习惯干预,以此达到最佳临床疗效,从而提高脑卒中后 SHS 患者的生活质量。本研究显示温通灸刮疗法有助于改善脑卒中后 SHS 的疼痛、肿胀等症状,降低肢体残障级别,提高患者上肢功能及自理能力,改善患者生活质量。温通灸刮疗法是集艾灸、刮痧、热疗等多种传统中医技术于一体的具有温通效果的中医外治方法,与单一的操作或器具相比,更有利于促进脑卒中后 SHS 患者肢体功能的康复,且该方法成本低,操作方便,简单易学,无不良反应,可以最大限度节约社会资源与人力、物力成本,减轻患者痛苦,促进患者康复,具有广泛的基层推广价值与社会意义。但该研究所入组的患者病例数偏少,需进一步扩大样本量进行临床研究。

利益冲突:无。

参 考 文 献

- [1] 王振辉,钟衡,赖幸儿,等. 浮针治疗中风后肩手综合征的 Meta 分析[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(6): 1407.
- [2] 周昭辉,庄礼兴,江钢辉,等. 浮针疗法治疗中风后肩手综合征临床观察[J]. 针灸临床杂志, 2014, 30(2): 28-30.
- [3] 袁小毛,陈培能. 空气波压力治疗仪在脑卒中后肩手综合征的运用研究[J]. 护士进修杂志, 2015, 30(15): 1421-1423.
- [4] 樊文朝,崔晓,黄春水. 近 10 年体针治疗中风后肩手综合征的选穴规律研究[J]. 上海针灸杂志, 2017, 36(9): 1133-1138.

- [5] 郭启云, 郭沐洁, 张林, 等. 脑卒中患者自我效能与跌倒效能的相关性分析[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2016, 25(4): 347-349.
- [6] Riazi A, Aspden T, Jones F. Stroke self-efficacy questionnaire: a Rasch-refined measure of confidence post stroke [J]. J Rehabil Med, 2014, 46(5): 406-412.
- [7] 邹新花, 郭净, 吴清李. 中医适宜技术在临床护理应用中的研究进展[J]. 护理与康复, 2018, 17(4): 31-32.
- [8] 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 2014 [J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4): 246-257.
- [9] 朱镛连主编. 神经康复学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2001: 5.
- [10] 薛斌, 黄史乐, 李一凡. 针刺和中药热奄包联合康复治疗卒中后肩手综合征疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2020, 39(6): 667-671.
- [11] 刘静稳. 艾灸温通疗法结合运动疗法治疗膝关节骨性关节炎疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2018, 34(1): 102-103.
- [12] 宫大伟, 王飞, 谢波. 针刺夹脊穴联合中药内服外用对肱骨髁间骨折术后患者视觉模拟评分法和生命质量评分及关节功能的影响[J]. 世界中医药, 2018, 13(12): 213-216.
- [13] 韦继流, 唐文成. 靳三针配合穴位注射治疗脑卒中后肩手综合征 I 期的疗效观察[J]. 按摩与康复医学, 2017, 8(16): 25-27.
- [14] Sullivan KJ, Tilson JK, Cen SY, et al. Fugl-Meyer assessment of sensorimotor function after stroke: standardized training procedure for clinical practice and clinical trials[J]. Stroke, 2011, 42(2): 427-432.
- [15] 吴菲菲, 孙鑑, 朱立菁, 等. 卒中单元模式下的综合治疗对急性脑卒中患者的疗效观察[J]. 苏州大学学报, 2007, 27(5): 803-805.
- [16] 郭吴睿, 王新志. 中医药治疗中风后肩手综合征思路[J]. 中医药通报, 2015, 14(5): 45-46.
- [17] 李晓雪. 艾叶在中医药和民族医药中的应用比较研究[J]. 亚太传统医药, 2020, 16(1): 23-25.
- [18] 张羨, 黄娟. 热敏灸配合早期康复护理对脑卒中后肩手综合征患者上肢功能恢复的影响[J]. 四川中医, 2020, 38(1): 208-210.
- [19] 张鸿嫣, 杨敏, 岳容兆, 等. 刮痧对腰椎间盘突出症模型大鼠背根神经节炎性细胞因子和血清疼痛物质的影响[J]. 时珍国医国药, 2017, 28(2): 500.
- [20] 丁欢, 陈宇婧, 李玮彤, 等. 刮痧疗法作用机制的研究进展[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(4): 537-540.
- [21] 罗开涛, 朱佳浩, 徐颖梅, 等. 针刺对 MCA 供血区急性脑梗死患者侧支循环及肢体功能康复的影响[J]. 中华全科医学杂志, 2016, 14(5): 841-843.
- [22] 侯俊, 张旭, 梁晓萌, 等. 利用全息经络刮痧对脑卒中后肩手综合征的疗效观察[J]. 中国临床医生杂志, 2019, 47(8): 994-996

(收稿: 2020-07-08 在线: 2020-11-03)

责任编辑: 赵芳芳

Chinese Journal of Integrative Medicine (《中国结合医学杂志》)

2019 年 SCI 影响因子为 1.545

2020 年 6 月 29 日, 科睿唯安公布 2019 年 *Journal Citation Reports*, *Chinese Journal of Integrative Medicine* (CJIM, 《中国结合医学杂志》英文版) 影响因子为 1.545。

Chinese Journal of Integrative Medicine 创办于 1995 年, 2007 年被 SCI 收录。杂志由中国中医科学院和中国中西医结合学会主办, 国家中医药管理局主管, 主编为陈可冀院士。本刊 2012—2019 年连续被中国知网评选为最具国际影响力学术期刊之一。2019 年入选中国科技期刊卓越行动计划。

期刊以创办国际化期刊为目标, 不断促进结合医学发展为己任, 欢迎大家积极向我刊投稿、赐稿。在今后的工作中, 我们将力争为广大读者、作者提供更好服务!