

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20240824-k0002

引用格式: 陈素辉, 孙华. 针刺、拔罐治疗皮肤僵硬综合征案 [J]. 中国针灸, 2025, 45 (7): 982-984, 994.

医案选辑

针刺、拔罐治疗皮肤僵硬综合征*

陈素辉, 孙 华✉

(中国医学科学院北京协和医院中医科, 北京 100730)

【摘 要】 皮肤僵硬综合征 (SSS) 是一种极为罕见的非炎症反应性皮肤病, 其特征是皮肤硬化和关节活动受限。本文报道了 1 例 SSS 患儿, 予针刺联合火罐治疗, 针刺穴取右侧顶旁 1 线, 左侧 L₂-L₄ 夹脊穴、环跳、阿是穴、居髎、风市、委中等, 针刺得气后, 左侧 L₄ 夹脊穴和环跳、风市和阳陵泉分别连接一组 KWD-808 I 脉冲电疗仪电极, 采用疏密波, 频率 2 Hz/100 Hz, 电流 2 mA, 留针 20 min, 隔日 1 次, 每周 3 次; 针刺结束后行火罐疗法, 沿督脉及左侧足少阳胆经、足太阳膀胱经在腰腿部循行线上走罐, 至局部皮肤潮红为度, 隔日 1 次, 每周 3 次, 并在皮肤僵硬部位留罐 8~10 min, 每周 1 次。针刺联合火罐治疗 6 次为一疗程, 治疗 2 个疗程后, 患儿左侧臀部及下肢外侧皮肤僵硬好转, 左侧下肢肿胀缓解, 行走明显好转, 可连续行走约 2 000 m。针刺、拔罐联合疗法, 为 SSS 的临床治疗提供了新的思路。

【关键词】 皮肤僵硬综合征; 针刺; 拔罐; 皮损

Case of stiff skin syndrome treated with acupuncture and cupping therapy

CHEN Suhui, SUN Hua✉ (Department of TCM, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100730, China)

ABSTRACT Stiff skin syndrome is a very rare non-inflammatory reactive skin disease, characterized by skin sclerosis and limited joint mobility. The paper reports one case of child with stiff skin syndrome and treated with combined therapy of acupuncture and cupping. Acupuncture was used at the lateral line 1 of vertex (MS8) on the right side, Jiaji (EX-B2) of L₂ to L₄, Huantiao (GB30), *ashi* point, Juliao (GB29), Fengshi (GB31), Weizhong (BL40), and etc. on the left side. After *deqi*, the electrodes of KWD-808 I impulse electronic therapeutic device were attached to Jiaji (EX-B2) of L₄ and Huantiao (GB30), Fengshi (GB31) and Yanglingquan (GB34) on the left side respectively, at disperse-dense wave, a frequency of 2 Hz/100 Hz, and a current of 2 mA. The needles were retained for 20 min. Acupuncture was operated once every 2 days, 3 interventions a week. When acupuncture was completed in each intervention, moving cupping was followed till the skin turned to be red, along the distribution of the governor vessel, foot-*shaoyang* gallbladder meridian and foot-*taiyang* bladder meridian on the left side, of the lumbar region and leg. Moving cupping was delivered once every 2 days, 3 times a week. Once a week, after moving cupping, the cups were retained on the areas with skin stiffness for 8 min to 10 min. One course of the combined therapy of acupuncture and cupping was composed of 6 treatments. After 2 courses of treatment, the skin stiffness on the left buttock region and the lateral side of the lower limb was ameliorated, the swelling on the left lower limb relieved and the walking improved; and the patient could walk continuously for 2 000 m. The combined therapy of acupuncture and cupping provides a new idea for the clinical treatment of stiff skin syndrome.

KEYWORDS stiff skin syndrome; acupuncture; cupping; bi syndrome of skin

患儿, 男, 9 岁。初诊时间: 2023 年 3 月 20 日。主诉: 左侧下肢皮肤变硬 5 年余, 步态异常 3 年余。现病史: 家属发现患儿自 2017 年 (4 岁) 开始无明显诱因出现左侧臀部外侧皮肤变硬, 初期病变皮肤直径约 1 cm, 无红肿、发热、雷诺现象、关节肿痛及皮疹等不适。皮肤病变进展迅速, 由臀部外侧延及左侧大腿及腘窝外侧, 曾就诊于北京多家三甲医院, 行左侧大腿外侧皮肤活检提示“皮肤僵硬综合征可能”, 口服复方甘草酸苷片 (每次 1 片, 每日 2 次)、复甦

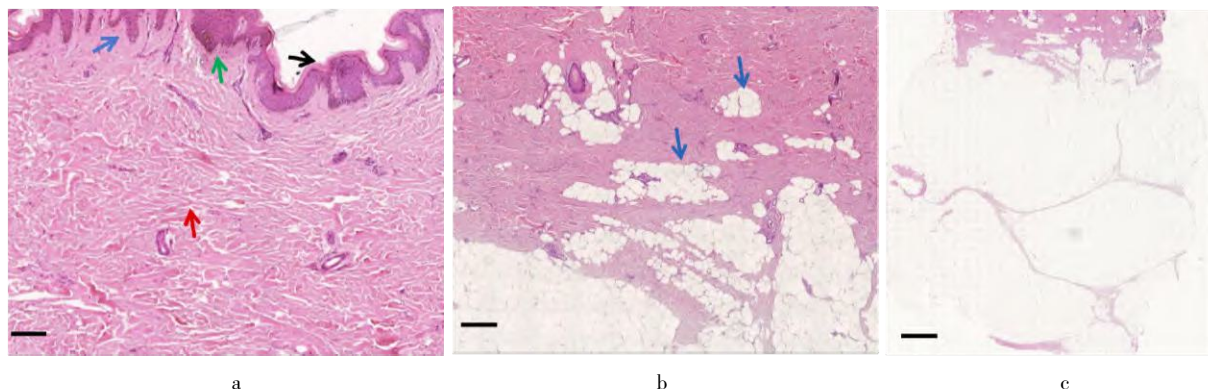
片 (中国医学科学院北京协和医院院内中成药制剂, 每次 3 片, 每日 3 次) 等治疗 2 月余, 无明显疗效, 已停药 3 年。2020 年开始逐渐出现步态异常, 站立时身体右倾, 自觉左侧下肢较对侧力量弱, 易疲劳, 左侧下肢跛行。2022 年 8 月就诊于中国医学科学院北京协和医院皮肤科, 查抗核抗体谱 17 项阴性; 双侧大腿 MRI 未见明显异常; 腰椎 X 线检查未见明显异常; 髋关节 X 线检查示: 双髋臼边缘骨质硬化。考虑皮肤僵硬综合征, 予复甦片 (每次 3 片, 每日 3 次)、

*国家中医药管理局第七批全国名老中医药专家学术经验继承项目: 国中医药人教函〔2022〕76 号

✉通信作者: 孙华, 教授。E-mail: sunhuahe@vip.sina.com

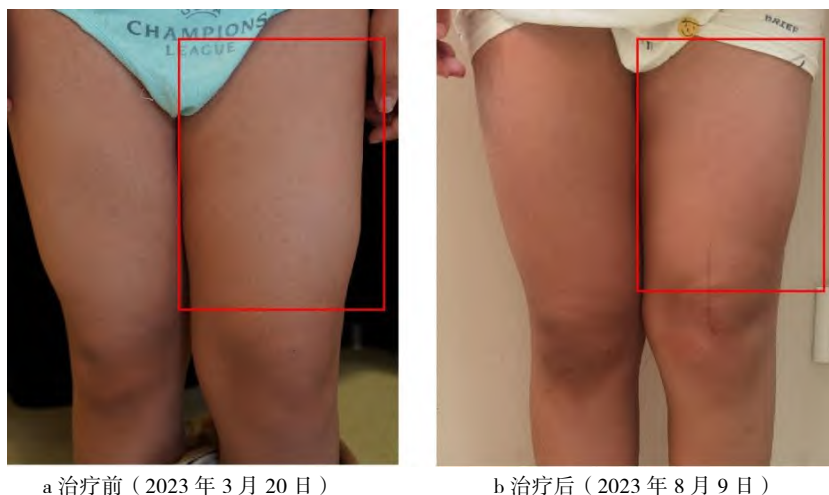
枸橼酸托法替布片（每次 5 mg，每日 1 次）口服 2 个月，无显效遂停药。2023 年 2 月于中国医学科学院北京协和医院皮肤科再次行左侧大腿外侧病理活检提示：表皮角化过度，轻度乳头瘤样增生，基底层色素增加，真皮内胶原纤维和成纤维细胞增生，未见胶原纤维增粗、致密现象，可见脂肪细胞移入真皮内现象，皮下脂肪未见明显异常，病理确诊为皮肤僵硬综合征（图 1）。取患儿及其父母外周血行基因检测，未检测到原纤蛋白 1（FBN1）突变基因。刻下症：左侧臀部外侧及下肢外侧皮肤发硬，左侧下肢跛行，行走约 300 m 需停下来休息，走路右倾，易疲乏；脾气急，睡眠及纳食可，出汗较多，贪凉，大便黏，小便调；舌暗淡、苔薄黄腻，脉细。查体：步态异常，轻微跛行，左侧下肢肤色较对侧肢体暗，左侧臀部外侧至腘窝外侧皮肤僵硬，以左侧大腿外侧为重，左侧大腿肿胀且较对侧粗（图 2a）。西医诊断：皮肤僵硬综合征；中医诊断：皮痹证（辨证：气虚寒凝血瘀），治则：益气温经散寒、活血通络。予针刺联合拔罐治疗。①针刺。取穴：右侧顶旁 1 线，左侧 L₂-L₄ 夹脊穴、环跳、阿是穴、居髎、风市、委中、阳陵泉、足三里、悬钟、申脉。操作：患儿取俯卧位，暴露腰部及左侧下肢，局部皮肤常规消毒，选用 0.20 mm × 40 mm 一次性无菌针灸针。顶旁 1 线，由通天向后平刺进针 25 mm；左侧大腿外侧皮肤僵硬外围采用阿是穴围刺法，共针刺 6 针，上下各 1 针、左右各 2 针，与皮肤呈 30° 角、向皮肤僵硬中心斜刺 20~25 mm；L₂-L₄ 夹脊穴，针尖向椎体方向与皮肤呈 45° 角斜刺 15 mm；居髎、风市、委中、阳陵泉、足三里、悬钟均直刺 15~25 mm；申脉直刺 5 mm；环跳直刺 25 mm。足三里、悬钟采用提插捻转补法，余穴采用提插捻转

平补平泻法，至患儿局部出现酸、麻、胀或沿经脉循行传导感。针刺得气后，左侧 L₄ 夹脊穴和环跳、风市和阳陵泉分别连接一组 KWD-808 I 脉冲电疗仪电极，予疏密波，频率 2 Hz/100 Hz，电流 2 mA，以局部肌肉出现收缩为度。每次留针 20 min，隔日 1 次，每周 3 次，共治疗 6 次。②拔罐。针刺结束后行拔火罐，操作：选取罐口直径 4 cm 的玻璃罐，先从上而下，沿督脉及左侧足少阳胆经、足太阳膀胱经在腰部部循行线上走罐，至局部皮肤潮红为度，隔日 1 次，每周 3 次，然后在皮肤僵硬部位留罐 8~10 min，每周 1 次。针刺、火罐治疗 2 次后，患儿感觉左侧下肢外侧皮肤发硬感减轻，行走时左侧下肢较治疗前舒适，大便成形不黏。查体：左侧下肢肤色暗改善，左侧臀部至腘窝外侧皮肤僵硬缓解。前方案治疗 4 次后，患儿左侧下肢僵硬无力减轻，连续行走距离约由 300 m 增加至 600 m。治疗 6 次为一疗程，治疗 1 个疗程（6 次）后，左侧下肢僵硬及无力感进一步缓解，能连续行走约 1 000 m。患儿治疗 1 个疗程后回老家。2023 年 8 月 1 日回门诊随访，其母亲述患儿回老家后未再治疗。近 4 个月来，病情平稳，左侧下肢皮肤僵硬无加重，身高增长 4 cm。查体：轻微跛行，左侧臀部及大腿至腘窝外侧可触及皮肤僵硬带，范围同上次针刺后，未扩大。行第 2 个疗程治疗，取穴在前方案基础上加针刺右侧颌厌，向头维方向，与皮肤呈 30° 角斜刺 15~20 mm，隔日 1 次，每周治疗 3 次，火罐治疗方案同第 1 个疗程。治疗 2 周（6 次）后，患儿左侧臀部及下肢外侧皮肤僵硬好转，左侧下肢肿胀缓解（图 2b），行走明显好转，可连续行走约 2 000 m。1 年后电话随访，患儿病情较平稳，皮肤僵硬范围未扩大。



注：a、b、c 分别展示患儿病变局部的表皮层、真皮层和皮下脂肪层的皮肤组织病理图。a 图中黑色箭头示表皮角化过度，蓝色箭头示乳头瘤样增生，绿色箭头示基底层色素增加，红色箭头示真皮内胶原纤维和成纤维细胞增生，未见胶原纤维增粗、致密现象，标尺=200 μm；b 图中蓝色箭头示脂肪细胞移入真皮内现象，标尺=500 μm；c 图显示皮下脂肪未见明显异常，标尺=2 mm。

图 1 皮肤僵硬综合征患儿皮肤组织病理图



a 治疗前 (2023 年 3 月 20 日)

b 治疗后 (2023 年 8 月 9 日)

注: 方框标示左侧大腿, 治疗前患儿左侧大腿明显肿胀增粗, 治疗 12 次后左侧大腿肿胀减轻。

图 2 皮肤僵硬综合征患儿治疗前后左侧下肢变化情况

按语: 皮肤僵硬综合征 (stiff skin syndrome, SSS) 是一种极为罕见的非炎性反应性皮肤病, 多在婴儿或儿童期发病, 其特征主要是皮肤坚硬如石, 好发于臀部和股部等, 严重时伴有关节挛缩及关节活动度下降, 现有文献已报道 83 例^[1-2]。SSS 分为节段型和泛发型^[3], 节段型 SSS 仅累及单侧, 泛发型 SSS 双侧分布伴关节活动受限。SSS 发病机制尚不清楚, 编码 FBN1 的基因功能异常与其发病有关^[4], 但 FBN1 基因突变见于泛发型 SSS, 节段型 SSS 未见 FBN1 基因突变。实验室检查自身抗体谱、炎症反应指标多正常; 皮肤病理活检显示, 真皮及皮下组织不同程度纤维化, 不伴有炎性细胞浸润。电镜和筋膜的组织化学检测显示, IV 型胶原纤维、成纤维细胞变为肌成纤维细胞, 产生宽间距的胶原, 胶原间出现脂肪细胞为其主要特征^[5]。

该病目前尚无特效治疗方法, 且需与局限性硬皮病、嗜酸性筋膜炎等病相鉴别。局限性硬皮病是一种特发性炎性反应性疾病, 可引起皮肤硬化性改变, 实验室检查可有抗核抗体阳性, 红细胞沉降率、C 反应蛋白升高, 皮肤病理可见炎性细胞浸润^[6]。嗜酸性筋膜炎, 一般表现为急性发作的对称性红斑、肿胀和四肢的木板样皮肤硬化, 临床可见疼痛、触痛性硬结, 表现为凹陷性水肿、橘皮样外观、沟槽征 (当肢体上抬时, 可见浅静脉塌陷), 多发于约 40 岁的成年人, 儿童少见, 实验室检查可见外周血嗜酸性粒细胞升高, 皮肤活检可见浅筋膜明显增厚、纤维化, 可伴有炎性细胞浸润^[7]。

本案患儿临床主症“左侧下肢皮肤变硬 5 年”, 结合皮肤病理活检结果, SSS 诊断明确, 患儿单侧肢体

受累, 未检测到 FBN1 基因突变, 分型属于节段型 SSS。中医方面, 患儿皮肤变硬, 属于“皮痹”范畴。《类证治裁》记载“诸痹……良由营卫先虚, 腠理不密……久而成痹”, 指出本病病因病机为正气亏虚, 营卫失调, 风寒湿邪乘虚郁留, 经络气血痹阻, 致皮脉瘀滞, 属于本虚标实。本案患儿自幼出汗多, 考虑为正气虚、营卫失调所致, 加之平素又贪凉, 风、寒等外邪易侵袭人体导致经脉滞塞, 气血运行不畅, 肌肤不荣, 发为皮痹。辨证为气虚寒凝血瘀, 采用针刺配合火罐疗法。其中头针顶旁 1 线、L₂-L₄ 夹脊穴善于治疗腰臀部及下肢病症; 环跳、居髎、阿是穴、风市, 可祛风散寒、化湿通络、调和气血; 委中可疏筋通络活血; 阳陵泉为筋会, 悬钟为髓会, 两穴可荣筋益髓通络; 足三里可补益气血; 申脉通于阳跷脉, 可散寒助阳通络。诸穴共奏益气温经散寒、活血通络之功效。针刺后配合督脉及左侧足少阳胆经、足太阳膀胱经在腰腿部循行线上走罐治疗, 达宣通阳气、祛风散寒、活血通络之功效。治疗 1 个疗程 (6 次) 后, 患儿左侧下肢皮肤发硬感明显减轻, 左侧下肢较治疗前舒适, 可连续行走约 1 000 m, 大便成形不黏。4 个月后随访, 患儿病情平稳, 左侧下肢皮肤僵硬无加重, 身高增长约 4 cm, 仅轻微跛行, 左侧臀部及大腿至腘窝外侧可触及皮肤僵硬带, 范围未扩大。针刺取穴加右侧颌厌, 取右侧颌厌是基于“维筋相交”理论, 是全国第七批名老中医药专家孙华教授治疗经筋病的经验取穴。“维筋相交”是指维系筋的络脉互为牵连, 互有影响的现象。《灵枢·经筋》记载“足少阳之筋, ……支者, 结于目眦为外维……维筋急, 从左之右, 右目不开,

(下转第 994 页)

参考文献

- [1] 杨萌, 杨梦琪, 张向东, 等. 赵明宇教授治疗顽固性肱骨外上髁炎诊疗思路[J]. 风湿病与关节炎, 2021, 10(11): 50-52, 59.
- [2] 杨志新. 针灸临床讲座(16) 肱骨外上髁炎[J]. 中国临床医生, 2007, 35(5): 28-29.
- [3] 徐颖烨, 沈翔宇, 王杰龙. 肱骨外上髁炎的研究进展[C]//第十三届全国体育科学大会论文摘要集——墙报交流(运动医学分会)(二). 天津, 2023: 262-265.
- [4] 燕军, 蒋素英, 胡赞, 等. 刃针治疗肱骨外上髁炎临床疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2011, 27(2): 34-35.
- [5] 郭福成. 刃针苍龟探穴法治疗肱骨外上髁炎 54 例[J]. 河北中医, 2003, 25(6): 446.
- [6] 郑国良, 窦思东. 刃针阿是穴定点散刺治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(17): 132-133.
- [7] 张伟, 刘直, 梁国芳. 刃针深浅刺法结合放血治疗神经根型颈椎病变疗效观察[J]. 国医论坛, 2016, 31(3): 37-39.
- [8] 段金帅, 刘泽中, 林建南, 等. 水针刀阳明经、太阴经同治法治疗肱骨外上髁炎的疗效[J]. 浙江临床医学, 2024(1): 101-103.
- [9] 杨德洪. 运动解剖视角下羽毛球运动中常见损伤探究[J]. 当代体育科技, 2022, 12(31): 5-8.
- [10] 王刚, 董宝强, 王芳玉. 针刺手阳明经筋治疗肱骨干骨折术后桡神经损伤临床疗效观察[J]. 中华中医药学刊, 2015, 33(6): 1431-1433.
- [11] 胡淑平, 董宝强, 裴瑾玮, 等. 肱骨外上髁炎当从“经筋论治”[J]. 中医药临床杂志, 2017, 29(10): 1655-1658.
- [12] 朱镜, 陈华, 彭雷, 等. 针刀治疗肱骨外上髁炎 38 例疗效观察[J]. 上海医药, 2016, 37(2): 28-29, 32.
- [13] 王文远, 毛效军, 张利芳, 等. 平衡针灸治疗颈肩腰腿痛临床研究[J]. 中华中医药学刊, 2009, 27(6): 1202-1204.
- (收稿日期: 2024-04-25, 网络首发日期: 2025-05-18, 编辑: 李婧婷)

(上接第 984 页)

上过右角, 并跷脉而行, 左络于右, 故伤左角, 右足不用, 命曰维筋相交”。“维筋相交”理论是古代中医对大脑支配对侧肢体功能的初步认识, 与现代医学神经系统“锥体交叉”理论相符。第 2 个疗程继续治疗 6 次后, 患儿皮肤触诊较前松软, 可见左侧下肢肿胀程度较治疗前明显缓解, 并且体力改善, 持续行走约 2 000 m 不觉得劳累。因病理活检为有创检查, 且患儿目前 SSS 诊断已明确, 从伦理上考虑, 再次复查病理活检的临床意义不大, 所以针刺、火罐治疗是否能干预 SSS 患儿的病理组织变化, 有待进一步验证。

参考文献

- [1] Zhao Q, Chu ZW, Li L, et al. New clinical classification of stiff skin syndrome[J]. Arch Dermatol Res, 2024, 316(6): 333.
- [2] Cerejeira D, Bonito F, António AM, et al. Segmental stiff skin syndrome (SSS): clinical case and a brief review[J]. Australas J Dermatol, 2021, 62(3): 380-382.
- [3] Myers KL, Mir A, Schaffer JV, et al. Segmental stiff skin syndrome(SSS): a distinct clinical entity[J]. J Am Acad Dermatol, 2016, 75(1): 163-168.
- [4] Loeys BL, Gerber EE, Riegert-Johnson D, et al. Mutations in fibrillin-1 cause congenital scleroderma: stiff skin syndrome[J]. Sci Transl Med, 2010, 2(23): 23ra20.
- [5] Esterly NB, McKusick VA. Stiff skin syndrome[J]. Pediatrics, 1971, 47(2): 360-369.
- [6] Asano Y, Fujimoto M, Ishikawa O, et al. Diagnostic criteria, severity classification and guidelines of localized scleroderma[J]. J Dermatol, 2018, 45(7): 755-780.
- [7] Mazilu D, Boltașiu Tătaru LA, Mardale DA, et al. Eosinophilic fasciitis: current and remaining challenges[J]. Int J Mol Sci, 2023, 24(3): 1982.
- (收稿日期: 2024-08-24, 网络首发日期: 2025-02-12, 编辑: 杨立丽)

《中国针灸》杂志对研究性论文中组别命名的建议

随着循证医学理念逐步深入针灸界, 越来越多的临床与实验研究采取了随机对照、多组对照的方法, 极大地提高了针灸临床研究和实验研究论文的科学性。但是, 在大量来稿中我们看到, 对组别的命名方式比较混乱, 不能一目了然, 因此, 有必要提出一定的原则, 加以统一。《中国针灸》杂志对投稿本刊的研究性论文提出组别命名的基本要求: (1) 直接以具体方法命名, 如针刺组、艾灸组、西药组、中药组、××穴位组、×××疗法组, 等等, 在组名字数较少的情况下, 药物组也可以直接写出药物的名称。这种命名方式直接反映了研究的主体和客体, 明确表示研究者的目的, 在文章中反复出现, 起到了强化主题的作用。(2) 如果同一组内所采用的疗法较多, 可称“综合组”。