

# 火龙罐治疗痉挛性偏瘫的临床观察

赵彩兰

台山市中医院 广东 台山 529200

**【摘要】**目的：探究火龙罐在痉挛性偏瘫患者中的治疗效果。方法：根据随机数字表法将2024年11月-2025年5月台山市中医院收治的60例痉挛性偏瘫患者分为对照组（30例，常规护理）与观察组（30例，在对照组基础上给予火龙罐治疗），对比两组干预效果。结果：观察组总有效率高于对照组（ $P<0.05$ ）。干预前一天、干预一个疗程后对比，两组肌张力均好转，且观察组优于对照组；两组简化的Fuel-Meyer运动功能评分法（FMA）、Berg平衡量表（BBS）、健康调查简表（SF-36）评分均提高，且观察组高于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组护理满意率高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：火龙罐可显著提高治疗痉挛性偏瘫患者的总有效率，改善肌张力、运动功能、平衡能力与生活质量，获得较高护理满意率。

**【关键词】**：痉挛性偏瘫；火龙罐；肌张力；运动功能

DOI:10.12417/2982-3676.25.04.011

痉挛性偏瘫是中枢神经系统损伤引发的一种常见运动功能障碍综合征，以患侧肢体肌张力增高、反射亢进、自主运动受限为核心特征，严重影响患者日常生活能力与生存质量<sup>[1]</sup>。目前临床治疗以常规康复护理为主，虽能在一定程度上延缓病情进展，但对肌张力调节及运动功能恢复的效果仍有待提升。中医认为<sup>[2]</sup>，痉挛性偏瘫属于“中风”、“偏枯”范畴，其病机核心为脑络受损、气血瘀滞、经筋失养。中医外治法因具温通经络、活血化瘀、调理气血之效，在该病治疗中展现出独特优势，其中灸法、推拿等疗法已被证实可有效改善患者痉挛状态。火龙罐作为新型中医外治疗法，融合了艾灸的温热效应、推拿的力学刺激及刮痧的疏通作用，通过特制罐体作用于体表经络穴位，实现温阳通脉、调和气血、松解筋结的功效<sup>[3]</sup>。因临床相关研究较少，且未形成系统性定论，因此，本研究选择了60例患者进行相关研究。现将结果报道如下：

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

根据随机数字表法将2024年11月-2025年5月台山市中医院收治的60例痉挛性偏瘫患者分为各30例的两组。两组一般资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），见表1。本研究严格遵守“赫尔辛基宣言”。

表1 对比两组一般资料（[n(%)]/ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	对照组(n=30)	观察组(n=30)	$t/\chi^2$	P	
性别	男性	20	0.287	0.592	
	女性	12	10		
年龄(岁)	范围	55-79	57-77	0.308	0.759
	$\bar{x}\pm s$	67.06 $\pm$ 5.32	67.49 $\pm$ 5.48		
偏瘫部位	左侧	16	0.067	0.796	

右侧

15

14

### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准：（1）符合疾病诊断<sup>[4]</sup>；（2）无精神方面疾病或精神障碍，能够正常配合本研究者；（3）知情并同意本研究研究者。

排除标准：（1）入组前已接收相关治疗者；（2）合并严重心、肺等重要器官功能障碍者；（3）合并恶性肿瘤者；（4）皮肤出血、过敏、感染等火龙罐治疗禁忌证者。

### 1.3 方法

对照组：常规护理：在患者入院后进行健康宣教、完善相关检查，并根据检查结果进行治疗；同时，安抚患者及家属情绪，在患者病情稳定后予以心理干预与健康教育，讲解痉挛性偏瘫产生原因、机制、治疗方案与注意事项，帮助患者正确认识痉挛性偏瘫，缓解其焦虑等负面情绪。同时告知患者及家属用药注意事项，指导患者进行必要的康复训练（如肌肉牵伸、维持关节活动度、站立平衡训练）及预防性康复干预（如关节僵直、定时翻身、正确体位）。在患者出院时进行常规出院指导，并与患者约定复查时间，鼓励其定期复查。

观察组：在对照组基础上给予火龙罐治疗：协助患者保持坐位、卧位或半坐位，指导患者充分袒露治疗部位，后在治疗部位涂抹按摩油，点燃罐内艾炷，在艾炷前端燃烧均匀后，护理人员双手捧罐，在患者穴位上开始操作。艾灸部分集中在患者风池穴、肩颈穴、膈俞穴、足三里、足五里、膝关节下缘等穴位。运罐过程中，护理人员选取患者阳陵泉、外关、曲池等穴位，每个穴位点按2min，治疗以患者皮肤红润改变走透为宜，每次30min，走罐结束后叮嘱患者多饮温水，4h后方可沐浴。每3天治疗1次，于第1、4、7天进行，共3次，7d为1个疗程，治疗1个疗程后观察结果。

## 1.4 观察指标

对比临床疗效：在干预一个疗程后评价，显效：经治疗，患者痉挛性偏瘫症状基本消失，肌张力复常，且关节活动无明显阻力；有效：患者症状在治疗后有所减轻，肌张力逐渐恢复，但关节活动仍受限；无效：未达上述标准；总有效率=(显效+有效)/总例数\*100%<sup>[5]</sup>。

对比肌张力：分别在干预前一天、干预一个疗程后采用改良 Ashworth 痉挛量表<sup>[6]</sup>进行评估，0级：无肌张力增加；1级：肌张力轻微增加，受累部位被动屈伸时出现突然卡住，然后呈现最小阻力或释放；2级：大部分关节活动范围内肌张力明显增高，但受累部位被动活动容易；3级：肌张力严重增高，被动活动困难；4级：受累部位被动屈伸时呈现僵直状态，不能活动。

对比运动功能、平衡能力、生活质量：分别在干预前一天、干预一个疗程后依次采用简化的 Fuel-Meyer 运动功能评分法 (FMA)<sup>[7]</sup>、Berg 平衡量表 (BBS)<sup>[8]</sup>、健康调查简表 (SF-36)<sup>[9]</sup>评估，FMA 包括上肢/下肢功能、步行能力与平衡功能等维度，总分 100 分，分数越高，运动功能越好；BBS 包括起立、站起、闭眼站立、前伸上臂、转身等 14 个项目，总分 14-56 分，分数越高，平衡能力越好；SF-36 包括生理机能、健康状况、活力、精神健康等，各维度均为 100 分，总分换算为百分制，分数越高，生活质量越高。

对比护理满意度：采用纽卡斯尔护理满意度量表 (NSNS)<sup>[10]</sup>评价，总分 95 分，包括非常满意 (76-95 分)、基本满意 (57-75 分) 与不满意 (<57 分)，护理满意率=(非常满意+基本满意)/总例数\*100%。

## 1.5 统计学处理

采用 SPSS 25.0 软件处理数据，采用例 (%) 表示计数资料，采用 ( $\bar{x}\pm s$ ) 表示符合正态分布的计量资料，依次采用  $\chi^2$  检验、t 检验， $P<0.05$ ，差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 比较两组临床疗效

观察组总有效率高于对照组 ( $P<0.05$ )，见表 2。

表 2 比较两组临床疗效 ([n(%)]，例)

组别	对照组(n=30)	观察组(n=30)	Z/ $\chi^2$	P
显效	4	10	6.171	0.046
有效	18	18		
无效	8	2		
总有效率(%)	22(73.33)	28(93.33)	4.320	0.038

### 2.2 比较两组肌张力

干预前一天、干预一个疗程后对比，两组肌张力均好转，且观察组优于对照组 ( $P<0.05$ )，见表 3。

表 3 对比两组肌张力 ( $\bar{x}\pm s$ ，分)

组别	0 级	1 级	2 级	3 级	4 级	
对照组(n=30)	干预前一天	0	7	10	8	5
	干预一个疗程后	5*	11	9	5	0*
观察组(n=30)	干预前一天	0	8	11	7	4
	干预一个疗程后	8*	20*	2*	0*	0*
Z/P 两组干预前一天对比				0.292/0.962		
Z/P 干预一个疗程后对比				12.760/0.005		

注：与同组干预前一天同级相比，\* $P<0.05$ ，具有统计学意义。

### 2.3 比较两组运动功能、平衡能力、生活质量

干预前一天、干预一个疗程后对比，两组 FMA、BBS、SF-36 评分均升高，且观察组高于对照组 ( $P<0.05$ )，见表 4。

表 4 比较两组运动功能、平衡能力、生活质量 ( $\bar{x}\pm s$ ，分)

组别	对照组 (n=30)	观察组 (n=30)	t	P	
FMA	干预前一天	56.56±3.98	56.99±4.05	0.415	0.680
	干预一个疗程后	67.49±4.49*	75.29±5.08*	6.301	<0.001
BBS	干预前一天	32.26±2.02	32.08±1.76	0.368	0.714
	干预一个疗程后	37.23±2.44*	42.16±3.28*	6.605	<0.001
SF-36	干预前一天	67.41±4.17	67.88±4.38	0.426	0.672
	干预一个疗程后	75.29±5.26*	80.27±6.37*	3.302	0.002

注：与干预前一天相比，\* $P<0.05$ ，具有统计学意义。

### 2.4 比较两组护理满意度

观察组护理满意率高于对照组 ( $P<0.05$ )，见表 5。

表 5 比较两组护理满意度 ([n(%)]，例)

组别	对照组(n=30)	观察组(n=30)	$\chi^2$	P
非常满意	5	9		
基本满意	15	18		

不满意	10	3		
护理满意率(%)	20(66.67)	27(90.00)	4.812	0.028

注：续表5。

### 3 讨论

痉挛性偏瘫的核心病理表现为患侧肌肉肌张力增高、经络气血瘀滞，常规护理的康复训练与健康宣教仅能从外部干预肢体功能与认知状态，难以直接疏通经络、调和气血。中医干预能够显著改善患者病情状况，其中火龙罐以操作简单、疗效显著得到临床广泛应用。

本研究显示：观察组总有效率高于对照组（ $P<0.05$ ）。这是因为火龙罐以艾灸温热效应结合穴位点按、走罐操作，作用于风池、膈俞、足三里等关键穴位：风池穴可疏通头部经络，改善脑络瘀阻状态；膈俞为血会，能活血化瘀、缓解肌肉痉挛；足三里健脾益气，可扶助正气以促进肢体功能恢复。同时，艾灸的温热刺激可扩张局部血管、改善血液循环，减轻肌肉组织的紧张与粘连；走罐与穴位点按则能直接松解痉挛肌肉、调节神经肌肉兴奋性，二者协同作用，相较于单纯常规护理，更能从病理层面改善痉挛状态，进而提升治疗总有效率。

本研究发现：干预前一天、干预一个疗程后对比，两组肌张力均好转，且观察组优于对照组；两组FMA、BBS、SF-36

评分均提高，且观察组高于对照组（ $P<0.05$ ）。考虑原因如下：火龙罐的温热作用可降低交感神经兴奋性，抑制肌肉的过度收缩；且穴位刺激能激活本体感觉通路，促进神经功能的重塑，帮助恢复对肌肉张力的正常调控，因此观察组肌张力改善效果优于仅接受康复训练的对照组。同时，火龙罐还能够通过疏通经络、缓解肌肉痉挛，能有效改善患侧肢体的关节活动度，减少肌肉牵伸训练的阻力，提升康复训练的效果；且气血运行的改善可增强肢体的力量与协调性，帮助患者更快掌握平衡训练与肢体活动技巧，进而提高FMA与BBS评分。此外，火龙罐治疗可减轻肌肉痉挛引发的疼痛不适感，改善肢体活动能力，减少患者因运动受限产生的负面情绪；同时，温热刺激具有一定的镇静安神作用，可缓解患者的焦虑状态，综合提升患者的生理与心理舒适度，因此观察组SF-36评分显著高于对照组。

本研究提示：观察组护理满意率高于对照组（ $P<0.05$ ）。对此进行分析：火龙罐的温热刺激与轻柔的走罐、点按操作等能够给患者带来舒适的体感体验，这可直接提高患者满意度。同时，火龙罐治疗能够提高治疗效果，加速患者病情好转，使其可正常生活，故可间接促进满意度提升。

综上所述，火龙罐治疗方案的实施，可显著提高治疗痉挛性偏瘫的总有效率，有效改善患者肌张力、运动功能、平衡能力，提升生活质量与满意度。

### 参考文献：

- [1] 叶棉,张巍,彭海云.火龙罐联合中医特色护理对早期中风偏瘫患者肢体、神经功能和生活质量的影响[J].中国当代医药,2025,32(15):177-181.
- [2] 刘晶,付春爱,高莉,等.泻阴补阳针刺法联合重复经颅磁刺激治疗脑卒中后痉挛性偏瘫及对患者神经功能影响[J].辽宁中医杂志,2025,52(9):156-159.
- [3] 马晓红,陈晓娟,周辉林.醒脑开窍针刺法联合脑机接口治疗对脑梗死后上肢痉挛性偏瘫患者上肢功能的影响[J].中华中医药学刊,2025,43(8):224-227.
- [4] 周莉,伍彩云,张静,等.火龙罐温灸手法在脑卒中痉挛性偏瘫患者中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2023,8(27):14-17.
- [5] 何丽琴,刘兴潮,李海勇,等.董氏奇穴针法联合火龙罐改善中风偏瘫患者肢体功能、神经功能及实验室指标的研究[J].河北中医,2024,46(10):1695-1698,1703.
- [6] 莫春华,邓燕.火龙罐疗法联合中药熏洗对缺血性中风偏瘫患者的疗效研究[J].内蒙古中医药,2025,44(7):110-112.
- [7] 王燕燕.火龙罐综合灸在肾虚血瘀型中风(半身不遂)患者中的应用效果研究[J].中国实用医药,2025,20(2):163-166.
- [8] 张焕葵,姚伯智.火龙罐治疗对脑梗偏瘫患者肌力恢复的效果研究[J].内蒙古中医药,2025,44(6):110-112.
- [9] 路秀清,丁华丽,曹振滨,等.火龙罐疗法在脑梗死偏瘫患者康复中的应用效果[J].河南医学研究,2023,32(5):926-929.
- [10] 韩高琪,管敏,朱位怡,等.循经火龙罐联合热奄包用于缺血性脑卒中后偏瘫患者的临床价值[J].四川中医,2024,42(11):200-203.