

针灸推拿联合现代康复治疗脑卒中后功能障碍的研究进展

韩倍炜 黄瀚凯 彭于铭 李佳慧 戚锦阳

广州东华职业学院 广东 广州 510540

【摘要】：目的：梳理脑卒中后针灸、推拿与现代康复联合治疗的研究进展及临床应用，明确其优势、现存问题与改进方向，为临床康复提供参考。方法：以脑卒中、针灸、推拿、作业治疗、偏瘫为关键词，检索 PubMed、CNKI 近 15 年文献，筛选高质量临床研究、综述与指南，系统归纳整理。结果：针灸推拿联合现代康复可显著提升患者运动、语言、认知功能，降低残疾率；个性化辨证取穴、分期手法干预、联合治疗时间窗为当前研究热点。结论：针灸推拿是脑卒中后康复的有效手段，与现代康复联用可协同增效，其促进神经修复、缓解痉挛的作用已得到验证。但当前研究存在单中心小样本居多、取穴与手法缺乏统一量化标准、康复介入时机不明确、疗效评价体系不统一等问题。未来需开展多中心大样本随机对照试验，制定标准化诊疗方案，深入探究中西医结合作用机制，为临床提供高质量证据。

【关键词】：脑卒中；针灸；推拿；偏瘫；康复治疗

DOI:10.12417/2705-098X.26.12.016

1 引言

脑卒中作为神经科常见的疾病，其中偏瘫是最常见的后遗症。脑卒中中以高发病率、高复发率、高致残率及高死亡率为特征。是我国成年人群致残的首要原因。随着医学的发展，脑卒中患者的存活率显著提高，但大部分患者会遗留不同程度的肢体、感觉、认知及言语功能障碍，严重影响患者的家庭生活与社会参与能力，因此脑卒中术后恢复期与后遗症期目的是降低致残率，帮助患者回归社会。单一现代康复治疗存在患者依从性低、痉挛缓解效果有限等短板；单一针灸、推拿无法满足患者全方位康复需求。二者联合已成为脑卒中后康复的重要研究方向。针灸通过刺激穴位疏通经络、调畅气血，推动神经功能修复；推拿以手法作用于体表，舒经通络、滑利关节，改善肌张力异常与局部血液循环，二者与现代康复结合可实现优势互补。

2 脑卒中的发病机制与康复分期

脑卒中通常分为两类，如图 1 发病机制所示：

缺血性脑卒中：短暂的脑缺血发作和脑梗死

常见原因：动脉粥样硬化，血管壁长斑块，斑块破裂形成血栓。心源性栓塞，心脏内形成的血块脱落，随血流堵住脑血管。小血管病变：高血压等导致脑内微小血管硬化、闭塞。

出血性脑卒中：脑出血和蛛网膜下腔出血

常见原因：高血压，长期高压冲击导致小血管壁变脆破裂，

血管畸形，血管壁存在先天或后天的变脆破裂。

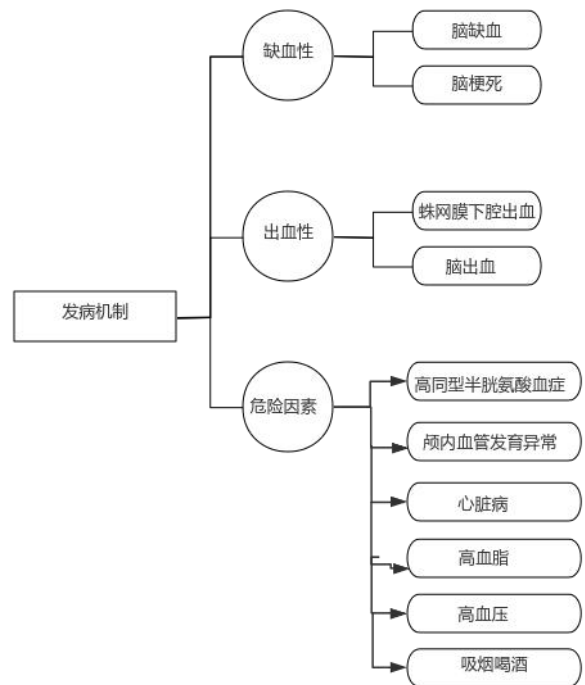


图 1 发病机制

脑卒中术后康复按病程可分为 3 期：急性期（发病后≤2 周）、恢复期（发病后 2 周~6 个月）、后遗症期（发病 6 个月后）。

作者简介：

- 韩倍炜，男（2005.09--），汉族，大专，研究方向：针灸、脑卒中。
- 黄瀚凯，男（2004.11--），汉族，大专，研究方向：针灸、脑卒中。
- 彭于铭，男（2002.03--），汉族，大专，研究方向：针灸、脑卒中。
- 李佳慧，女（2005.08--），汉族，大专，研究方向：针灸、脑卒中。
- 戚锦阳，男（2006.01--），汉族，大专，研究方向：针灸、脑卒中。

表2 功能障碍

功能障碍	核心受损脑区
运动功能障碍	对侧大脑半球的运动皮层及皮质脊髓束
认知功能障碍	脑区前额叶、颞叶、丘脑
言语功能障碍	左侧大脑半球的Broca区 Wernicke区及连接它们的弓状束
感觉功能障碍	丘脑、内囊后肢、顶叶皮层
吞咽功能障碍	脑干、皮质下白质传导束、双侧大脑半球

3 针灸推拿联合现代康复在脑卒中术后康复中的临床研究进展

针灸推拿联合现代康复已成为脑卒中术后恢复期康复的主流趋势。近年来，临床研究不仅证实了联合疗法的有效性，更深入探讨了其协同增效的机制与最佳应用模式。

核心共识是：联合治疗在改善运动功能、平衡能力、日常生活能力及降低致残率方面，通常优于单一疗法。针灸治疗以醒脑开窍、疏通经络为核心，头部取穴调节元神，肢体取穴以阳明经为主，电针等现代技术可实现刺激参数量化；推拿治疗需依据患者痉挛、弛缓状态调整手法，核心是诱导正确运动模式，避免暴力拉伸。针灸推拿为功能恢复创造生理条件，现代康复主动训练是实现生活自理的关键，二者协同才能达到最佳康复效果。

3.1 针灸疗法的临床应用

取穴原则

脑卒中针灸治疗遵循“急则治标，缓则治本”与“标本同治”的原则，以醒脑开窍、疏通经络为核心，结合辨证取穴与对症取穴醒脑开窍：首选督脉及头部穴位，以调节元神、恢复神机。疏通经络：以阳明经穴为主，辅以少阳、太阳经穴，旨在“治痿独取阳明”，促进气血运行。

不同功能障碍的取穴方案

运动功能障碍核心穴位：肩髃、曲池、手三里、外关、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、解溪、太冲。软瘫期：以阳明经穴为主，配合电针疏波，刺激肌肉收缩；痉挛期：重点刺激拮抗肌，避免强刺激痉挛肌群。

感觉功能障碍核心穴位：风池、风府、颈夹脊、血海、三阴交，配合温针灸或电针，改善神经传导与局部循环。

言语功能障碍核心穴位：廉泉、金津、玉液、通里、照海，廉泉穴向舌根深刺，行提插捻转手法，诱导舌体运动。

吞咽功能障碍核心穴位：风池、翳风、完骨、廉泉、夹廉泉，风池、翳风、完骨针尖朝向喉结深刺，行小幅度高频捻转补法，以咽喉部酸胀为度。受损脑区如表2功能障碍所示

3.1.1 头针对脑卒中的治疗

头针是基于大脑皮质功能定位的特殊针刺法，主要用于脑卒中后瘫痪、麻木、失语等症。脑梗死患者宜早期介入，脑出血患者待病情稳定后开始。常用刺激区：顶颞前斜线、顶颞后斜线、顶旁1线、顶旁2线、颞前线、颞后线、额中线、额旁1线。

操作：根据上述原则选好刺激区位置，快速进针，达到头皮下或肌层，斜向捻转至要求的区域长度，进行快速持续捻针，每分钟要求捻转200次左右，一般2~3分钟即达到适应刺激量和刺激强度，休息5分钟，再捻转2~3分钟，再休息5~10分钟起针。每日1次，一般10~15天为一个疗程，中间可休息1周左右，再进行下个疗程。

3.1.2 针灸联合作业治疗

针灸，通过刺激穴位，帮助疏通经络、促进脑部血液循环，为神经功能恢复创造有利的生理条件，作业治疗，通过设计穿衣、吃饭、洗漱等日常任务，帮助患者把恢复的功能真正用起来，重获生活自理能力。两者结合，相当于从两方面同时入手，效果通常好于单用一种方法在作业训练前约30-60分钟进行。针刺可以降低肌肉张力、缓解痉挛，让患侧肢体更为后续作业治疗创造最佳的肢体条件

关节活动度训练：肩关节配肩髃、肩髃、肩贞，缓解疼痛；手指腕关节配合谷、八邪、外关，促进精细功能；踝关节配解溪、昆仑、太溪，改善踝关节活动。训练时避免暴力拉扯，防止关节损伤。

抓握训练：早期头针取对侧运动区上1/5，体针取合谷、外关，训练抓握毛巾；中期体针取手三里、曲池，训练抓放积木、捏橡皮泥；后期体针取后溪、中渚，训练抓握水杯。

3.2 推拿疗法的临床分型与应用

早期（软瘫期）目标：促进血液循环，预防肌肉萎缩，维持关节活动度；手法：轻柔揉法、摩法作用于患肢，被动活动各关节。

中期（痉挛期）目标：减轻痉挛、疼痛，降低肌张力，预防关节挛缩；手法：针对痉挛肌群的拮抗肌，采用拿法、揉法、点按法。

后期（恢复期）目标：协调肌肉功能，促进分离运动；手法：揉法、抖法松解关节，配合穴位点按。

3.2.1 推拿手法联合作业治疗

推拿可以改善脑卒中术后神经功能的损伤，属于被动治疗作用单一，需联合西医作业进行联合治疗，推拿手法帮助患者放松帮助患者放松痉挛肌肉，疏通气血，为活动打下基础，作业治疗引导完成穿衣吃饭等日常活动。

日常生活活动训练：推拿放松患侧肩、肘、腕关节及前臂、

手部肌肉,改善肌张力;作业治疗训练吃饭、穿衣、洗漱等日常动作,提升自理能力。

肌力训练:推拿轻柔放松痉挛肌,避免暴力操作;配合坐位抬腿、靠墙静蹲等训练,抑制痉挛、增强肌力,训练时动作缓慢、控制发力,以患者舒适为度。

4 脑卒中术后针灸推拿康复治疗的现存问题

取穴和手法差异大:不同医生、不同医院选用的穴位、针刺手法、推拿手法各不相同,没有公认的最佳方案。

介入时机模糊:虽然知道要早期介入,但具体是术后48小时、1周还是更久,缺乏清晰界定。

4.1 针灸推拿的局限性

针灸推拿常被视为脑卒中术后康复的辅助手段,而非核心治疗方式,临床中缺乏与现代康复训练的深度融合与现代康复训练缺乏深度融合。针灸推拿在缓解痉挛、改善局部循环方面有优势,但它无法替代物理治疗和作业治疗中的核心功能训练。它不能教会患者如何正确地从事坐到站,也不能替代手部精细动作的练习。

5 总结与展望

脑卒中是我国成年人群致残首要原因,偏瘫为最常见后遗症,临床分缺血性、出血性两类,康复需按急性期、恢复期、后遗症期开展,诊断需完成定位、定性、病因三步诊断,早期可通过控危险因素、社区健康教育实现有效预防。针灸、推拿

作为传统康复手段,在脑卒中术后康复中作用明确,针灸含体针、头针,有固定常用穴位与标准化操作流程,能疏通经络、促进神经修复;推拿以推、拿、揉等手法为主,可缓解肌张力异常、改善局部循环,二者单独应用均存在局限性,需与西医疗法、运动训练深度结合,且需把握联合治疗的时间窗口,才能实现被动康复与主动训练的协同效果。目前该联合治疗模式仍存在诸多问题,核心为取穴与手法无统一标准、康复介入时机界定模糊、缺乏个性化治疗方案,且针灸推拿常被视为辅助手段,与现代康复训练的有机整合不足,过度依赖还可能导致患者错过正确运动模式建立的最佳时机。

5.1 临床实践与研究指导意义

明确针灸推拿在脑卒中术后康复中的核心优势,可缓解肌肉痉挛、改善循环、疏通经络为临床制定脑卒中术后个体化康复方案提供了传统医学的理论与实践参考,同时明确了针灸推拿的应用边界,指导临床避免过度依赖单一针灸推拿治疗,应将其与现代康复训练深度融合。

5.2 对未来研究的展望

传统手法将与现代科技深度融合,解决传统治疗中“量化”和“标准化”的难题,未来的治疗将告别“千人一方”,转向基于大数据的精准医疗,结合中医学体质学说与西医影像分型,建立针对不同证型和不同分期的个性化针灸推拿方案,针灸推拿将不再作为孤立的疗法,而是深度融入现代康复医学体系。

参考文献:

- [1] Zhang, You et al. "Acupuncture, an effective treatment for post-stroke neurologic dysfunction." *Brain research bulletin* vol.215(2024):111035.
- [2] 方增焜.重复经颅磁刺激对恢复期脑卒中患者膝过伸的康复效果临床观察[D].广西中医药大学,2022.
- [3] 赵吉平,王军.基于《中风假性球麻痹针灸临床实践指南》的针灸治疗方案推荐[C]//中国康复研究中心.第七届北京国际康复论坛论文集(上册).北京中医药大学东直门医院针灸科,2012:485-487.
- [4] 马学军.针灸治疗偏瘫型小儿脑瘫 108 例[J].*针灸临床杂志*,2012,28(07):18-19.
- [5] 杜亚涛.拨穴通络推拿手法治疗肩周炎的应用性研究[D].河北医科大学,2014.
- [6] 宁长青,曹彦俊,冯伟,等.针灸推拿综合康复疗法改善脑卒中患者运动功能临床研究[J].*上海中医药杂志*,2013,47(10):47-48+56.
- [7] 袁宏,孟全菊.针灸推拿结合康复训练治疗脑卒中后偏瘫患者的效果分析[J].*现代医学与健康研究电子杂志*,2021,5(24):95-97.
- [8] 李燕,章玮.脑卒中不同阶段分级康复模式对患者神经功能与生活能力的影响[J].*现代中西医结合杂志*,2020,29(14):1576-1579.
- [9] 林衍声,林嘉滢,周钰馨.社区脑卒中患者上肢躯体感觉功能障碍康复中国专家共识(2025 版)[J].*中国医刊*,2025,60(09):1025-1034.
- [10] 卢哲.临床康复学[M].北京:人民卫生出版社,2025:22.