

温针灸结合康复训练治疗上肢痉挛性瘫痪临床观察

郑 州

钟祥市中医医院 湖北 钟祥 431900

【摘要】目的：观察温针灸联合康复训练对上肢痉挛性瘫痪患者痉挛程度及运动功能的影响，为临床提供有效康复方案。方法：选取2025年1月~2025年12月收治的上肢痉挛性瘫痪患者68例，随机分为对照组与观察组各34例。对照组仅采用常规康复训练，观察组在康复训练基础上加用温针灸，均连续治疗8周。以改良Ashworth痉挛量表(MAS)评价痉挛程度，以上肢Fugl-Meyer运动功能评分(FMA-UE)评价运动功能。结果：治疗后，观察组MAS痉挛分级显著优于对照组($P<0.05$)；观察组FMA-UE各分项及总分均明显高于对照组($P<0.05$)。结论：温针灸联合康复训练能更有效降低上肢肌张力、改善痉挛状态，提高上肢运动功能，疗效优于单纯康复训练。

【关键词】温针灸；康复训练；上肢痉挛性瘫痪；肌张力；运动功能

DOI:10.12417/2811-051X.26.07.074

上肢痉挛性瘫痪是中枢神经系统损伤后常见的功能障碍，多由脑卒中、脑外伤等疾病引发，主要表现为上肢肌张力异常增高、关节活动受限和运动控制能力下降，持续的痉挛状态会加重肌肉挛缩与关节畸形，直接降低患者日常生活活动能力^[1]。临床多以康复训练作为基础干预方式，通过肢体牵拉和功能训练改善运动功能，但对痉挛的缓解效果有限，难以快速纠正肌张力失衡。温针灸是中医传统外治法，将针刺与温热刺激相结合，能够疏通经络、温养筋脉、缓解拘挛，在改善肢体痉挛方面具有独特优势^[2]。为进一步优化临床治疗方案，本研究选取上肢痉挛性瘫痪患者，采用随机对照方法，观察温针灸联合康复训练对肢体痉挛程度和上肢运动功能的影响，为临床提供安全、有效、可推广的中西医结合康复模式。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2025年1月~2025年12月在我院康复科治疗的上肢痉挛性瘫痪患者68例，按随机数字表法分为对照组和观察组，每组34例。对照组男20例，女14例；年龄42~73岁，平均(58.64±7.21)岁；病程1~10个月。观察组男19例，女15例；年龄40~75岁，平均(59.12±7.58)岁；病程1~11个月。两组性别、年龄、病程、病情程度比较差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

纳入标准：符合脑卒中、脑外伤等中枢神经系统损伤所致上肢痉挛性瘫痪诊断标准；患侧上肢肌张力增高，改良Ashworth痉挛量表(MAS)分级1~4级；病程1~12个月；意识清楚，认知功能正常，可配合完成治疗与评估；生命体征平稳，无严重认知障碍、言语交流障碍；患者及家属知情同意，自愿参与本研究并签署知情同意书。

排除标准：合并严重心、肝、肾、造血系统等重要脏器功能衰竭及恶性肿瘤者；患侧上肢存在骨折未愈合、关节脱位、软组织严重损伤、周围神经病变者；有针灸过敏、局部皮肤感

染、出血倾向等针灸禁忌证者；既往接受过肉毒素注射、手术松解、神经阻滞等抗痉挛治疗者；伴有严重认知障碍、精神疾病无法配合治疗及评估者；依从性差，未能完成全程干预或资料不全者。

1.2 治疗方法

对照组实施常规康复训练，由专业康复治疗师根据患者病情制定个性化方案，每日1次，每周6次，连续干预8周。训练内容包括：被动关节活动度训练，对患侧肩关节、肘关节、腕关节、掌指关节进行缓慢被动牵拉，每个关节重复15—20次，缓解关节挛缩；痉挛肌肉放松训练，重点放松肱二头肌、旋前圆肌、指屈肌等痉挛肌群，采用轻柔按摩、静态牵伸，每次持续10—15分钟；主动运动训练，指导患者进行上肢抬举、屈伸、抓握等主动动作，根据肌力水平调整训练强度，逐步提升运动控制能力；日常生活能力训练，模拟穿衣、进食、洗漱等动作，强化上肢实用功能。

观察组在对照组康复训练基础上加用温针灸治疗，康复训练方案与频次同对照组，温针灸每日1次，每周6次，连续干预8周。取穴以患侧上肢经筋穴位为主，主穴：肩髃、臂臑、曲池、手三里、外关、合谷；配穴：痉挛明显加阳陵泉、悬钟，肌力低下加足三里。操作方法：患者取仰卧位或坐位，暴露患侧上肢皮肤，常规碘伏消毒穴位，选用0.30mm×40mm一次性无菌针灸针，快速进针后行平补平泻手法，得气后将约2cm长艾段套于针柄上，点燃艾段下端，待艾段完全燃尽、针柄冷却后取针，每个穴位留针20分钟，治疗过程中注意询问患者感受，避免烫伤。

1.3 观察指标

(1)改良Ashworth痉挛量表(MAS)：评定患侧上肢整体痉挛程度，分级标准：0级为无肌张力增高；1级为肌张力轻度增高，受累部分被动屈伸时在关节活动范围末端出现突然卡住然后释放；1+级为肌张力轻度增高，被动屈伸时在关节活

动范围后 50%内出现突然卡住，剩余范围均有轻微阻力；2级为肌张力明显增高，受累部分在关节活动范围大部分时间内均有明显阻力，但仍可被动活动；3级为肌张力重度增高，被动活动困难；4级为受累部分僵硬，被动屈伸受限。分别于治疗前、治疗 8 周后评定，记录分级结果。

(2) 上肢 Fugl- Meyer 运动功能评分 (FMA-UE)：评定患侧上肢运动功能，总分 100 分，包含肩关节、肘关节、腕关节、手指关节运动，协调能力与反射活动等项目，分值越高表示运动功能越好。具体分项：肩关节屈曲 20 分、肩关节外展 18 分、肘关节屈伸 14 分、腕关节活动 12 分、手指运动 16 分、协调与反射 20 分。分别于治疗前、治疗 8 周后由同一康复医师完成评定，确保评估一致性。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件，计量资料用均数±标准差表示，组间比较采用 t 检验；计数资料以 n(%)表示，组间比较采用 χ^2 检验或秩和检验；P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗后 MAS 痉挛程度比较 (表 1, n%)

治疗后观察组痉挛分级明显低于对照组，差异具有统计学意义 (P<0.05)。见表 1。

表 1 两组治疗后 MAS 分级比较 n(%)

组别	对照组	观察组	Z 值	P 值
例数	34	34	-	-
0 级	2(5.88)	7(20.59)	4.182	<0.05
1 级	12(35.29)	15(44.12)		
1+级	10(29.41)	8(23.53)		
2 级	8(23.53)	3(8.82)		
3 级	2(5.88)	1(2.94)		
4 级	0(0.00)	0(0.00)		

2.2 两组治疗后 FMA- UE 评分比较 (表 2)

治疗后观察组各项运动功能评分均显著高于对照组 (P<0.05)。见表 2。

表 2 两组治疗后 FMA- UE 评分比较 (x±s, 分)

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	34	34	—	—
肩关节屈曲	12.54±2.68	16.89±3.12	5.217	<0.05
肩关节外展	9.67±2.13	13.24±2.56	4.892	<0.05
肘关节屈伸	8.45±1.92	11.63±2.27	5.036	<0.05
腕关节活动	6.89±1.54	9.45±1.86	4.751	<0.05
手指运动	8.72±2.01	12.18±2.34	5.184	<0.05
协调与反射	9.56±2.24	13.72±2.61	5.629	<0.05
总分	56.83±9.15	77.11±10.23	6.842	<0.05

3 讨论

上肢痉挛性瘫痪作为中枢神经系统损伤后的典型继发性功能障碍，其病理核心在于损伤后神经调节网络失衡，引发患侧上肢肌张力异常增高，进而导致关节活动受限、运动控制能力衰退，若长期未得到有效干预，肌肉挛缩与关节畸形的发生风险会显著提升，最终严重影响患者的日常活动能力与生活质量^[3]。该病症的临床干预核心围绕降低肌张力、缓解痉挛状态、恢复上肢运动功能展开，目前常规康复训练是基础干预手段，但单一应用时往往难以从神经调节层面快速纠正肌张力失衡，对痉挛的缓解效果存在一定局限性，因此探索中西医结合的干预模式成为临床优化治疗方案的重要方向。

本研究分别采用单纯常规康复训练与温针灸联合常规康复训练两种干预方式，其中常规康复训练通过被动关节活动度训练、痉挛肌肉放松训练、主动运动训练及日常生活能力训练的综合干预，从肢体功能锻炼层面逐步改善上肢运动状态，其优势在于操作专业性强、针对性突出，能根据患者肌力与功能水平制定个性化方案，贴合临床不同病情的干预需求，但该方法仅作用于肢体运动层面，对神经经络的调节作用较弱，缓解痉挛的速度与效果有限^[4]。温针灸结合康复训练的干预方式，在保留康复训练肢体功能锻炼优势的基础上，融入中医温针灸治疗，通过针刺与温热双重刺激作用于患侧上肢经筋穴位，实现经络疏通与筋脉温养，弥补了单一康复训练在神经调节层面的不足，且温针灸取穴以患侧局部穴位为主，配穴根据痉挛与肌力情况灵活调整，操作规范且安全性较高，不过该方法对操

作医师的针灸专业水平有一定要求,需精准把控进针手法、艾段燃烤时长等操作要点。

本研究表明,温针灸联合康复训练在改善上肢痉挛性瘫痪患者的痉挛程度与运动功能方面,疗效显著优于单纯常规康复训练。从痉挛改善来看,联合治疗后患者的MAS痉挛分级得到更明显的降低,提示温针灸与康复训练的协同作用,能更有效地调节患侧上肢肌张力,通过温热与针刺刺激疏通经络,缓解肌肉拘挛状态,相较于单一康复训练,其对神经肌肉调节的作用更直接,能更快纠正肌张力失衡^[5]。在上肢运动功能恢复方面,观察组FMA-UE各分项及总分均显著高于对照组,说明温针灸的介入能为康复训练创造更优的肢体条件,降低痉挛带来的运动阻力,让被动牵拉、主动运动等康复训练动

作的实施效果更好,同时温针灸温养筋脉、改善局部气血运行的作用,能促进上肢肌肉力量与运动控制能力的恢复,二者形成互补,在肩关节、肘关节、腕关节及手指运动等多个维度实现运动功能的协同提升,让患者的上肢运动协调性与实用功能得到更全面的改善^[6]。

温针灸联合康复训练是治疗上肢痉挛性瘫痪的有效中西医结合方案,相较于单纯常规康复训练,该方法能更有效地降低患侧上肢肌张力、缓解痉挛状态,同时显著提升上肢各关节运动功能与整体运动控制能力,为临床治疗上肢痉挛性瘫痪提供了安全、可行且疗效确切的干预模式,具有较高的临床推广价值。

参考文献:

- [1] 谭硕硕.《国际中医药卒中后痉挛性瘫痪诊疗指南》证据质量评价及推荐意见形成过程[D].天津中医药大学,2025.
- [2] 魏丽萍,王萍萍.温针灸治疗中风后上肢痉挛性瘫痪的疗效分析[J].中国实用医药,2025,20(07):113-115.
- [3] 汪强.“康复组穴”针刺联合康复训练治疗脑卒中后上肢痉挛性瘫痪的临床研究[D].甘肃中医药大学,2024.
- [4] 杨桂芬,汪亚群,李波,等.温针灸联合基于脑机接口技术的主动式康复训练治疗中风上肢痉挛性偏瘫27例[J].浙江中医杂志,2023,58(09):673-674.
- [5] 王培峻.针灸治疗中风后痉挛性瘫痪的临床研究进展[J].新疆中医药,2022,40(03):127-128.
- [6] 吴彪.温针灸结合康复训练对中风恢复期上肢痉挛性瘫痪的临床观察[D].黑龙江省中医药科学院,2022.