

中医综合康复方案治疗脑卒中后肢体痉挛的临床价值研究

马潇俊

宁夏吴忠市利通区金星镇社区卫生服务中心中医康复科 宁夏 吴忠 751100

【摘要】：目的：临床对脑卒中后肢体痉挛患者治疗期间，研究中医综合康复方案的应用价值。方法：选择就诊于 2023 年 1 月到 2026 年 1 月的 70 例脑卒中后肢体痉挛患者为对象，按照计算机表法分组为对照组和研究组，其中对照组为 35 例，治疗方法为常规康复治疗，而研究组为 35 例，治疗方法为中医综合康复方案治疗，组间完成各项指标对比，如：治疗前后 Ashworth 痉挛评分、治疗前后 Fugl-Meyer 运动功能评分、治疗效率、治疗前后 BI 评分、不良反应发生率。结果：治疗前各项指标比较无明显差异性，为 $P>0.05$ ；治疗后，研究组 Ashworth 痉挛评分低于对照组 ($P<0.05$)；研究组 Fugl-Meyer 运动功能评分高于对照组 ($P<0.05$)；研究组治疗效率和对照组比较明显提升 ($P<0.05$)；治疗后研究组 BI 评分均高于对照组 ($P<0.05$)；不良反应发生率组间比较，研究组的不良反应发生率明显降低，可见一定差异性 ($P<0.05$)。结论：中医综合康复方案治疗脑卒中后肢体痉挛的临床价值高，疗效明显，不良反应减少，值得推广。

【关键词】：中医综合康复方案；脑卒中；肢体痉挛

DOI:10.12417/2811-051X.26.10.043

脑卒中属于致残的主要原因，发病率和致残率高。肢体痉挛是脑卒中后的运动功能障碍，发病率高，表现为肌肉张力异常增高、关节功能障碍，还伴有疼痛症状，甚至影响患者肢体功能康复，生活质量降低。临床治疗为西医药物、常规训练，虽使痉挛症状得到缓解，但药物长期应用还面临较高不良反应风险，对患者神经功能和肢体改善不佳。中医综合康复方案治疗包括针灸、推拿、中药、康复训练等，既使患者肌肉痉挛逐渐缓解，也利于气血运动。本次调查可见，针对 70 例脑卒中后肢体痉挛患者，调查中医综合康复方案治疗优势。

1 基线信息和方法

1.1 基线信息

2023 年 1 月到 2026 年 1 月选择就诊的 70 例脑卒中后肢体痉挛患者进行调查，分组按照计算机表法分为对照组和研究组各 35 例。

对照组：男性患者和女性患者分别为 20 例和 15 例，年龄设定最低为 45 岁、最高为 78 岁，均值 (56.67 ± 3.35) 岁；病程设定最低为 1 个月、最高为 5 个月，均值 (2.34 ± 1.23) 个月；病变性质：脑出血和脑梗死分别为 19 例、16 例。

研究组：男性患者和女性患者分别为 19 例和 16 例，年龄设定最低为 44 岁、最高为 77 岁，均值 (56.65 ± 3.36) 岁；病程设定最低为 1 个月、最高为 5 个月，均值 (2.33 ± 1.24) 个月；病变性质：脑出血和脑梗死分别为 18 例、17 例。

基线信息组间对比结果无差异 ($P>0.05$)。

纳入标准：患者疾病确诊经 CT 和 MIR 诊断；患者诊断参照《中医内科常见病诊疗指南》；患者运动功能为 II-IV 阶段。

排除标准：患者心血管疾病严重；患者肝肾功能异常；患者的病案信息不足。

1.2 方法

对照组：常规康复治疗。对患者完成被动的关节牵拉，日常控制痉挛锻炼，1 天 1 次，1 次为 30 分钟，持续 1 个月。

研究组：中医综合康复方案治疗。

(1) 针灸。选择百会穴、四神聪穴位，若患者属于上肢痉挛，可针对合谷穴、曲池穴、手三里穴位针灸；若患者属于下肢痉挛，可针对三阴交、太冲穴针灸。针灸中选择毫针，按照提插方式完成。

(2) 推拿。推拿选择头部和项经部，穴位针对四神聪、百会穴等，遵循按法和点法为主；选择患者头部两侧少阳经、颈部两侧推拿；若患者肢体发生痉挛，可针对手阳明大肠经按照拿捏法推拿。

(3) 功能训练：要求患者保持行走或者站立姿势，完成 7 个动作练习，每次半个小时；还需配合呼吸，呼吸期间用鼻吸气，嘴巴呼气。

(4) 关节牵拉活动训练：对已经发生的痉挛肢体牵拉，从关节活动位置末端开始，牵拉中保持 10 秒，循环 10 次。

(5) 抑制痉挛：针对躯干痉挛情况，训练中可应用木钉板，针对上肢在肩胛带支持下保持手指屈曲训练、负重锻炼；若属于下肢，可保持起立训练、负重训练，每次半个小时。

1.3 指标判定标准

(1) 治疗前后 Ashworth 痉挛评分：对患者肢体痉挛情况评估，按照 0-4 级分级，0 级代表肢体活动无阻力、1 级为肢体活动被动活动期间轻微阻力；2 级为肢体被动活动中全程出现阻力；3 级是患者肢体被动活动期间阻力明显，活动难度大；4 级是患者肢体僵硬，无法完成被动活动^[1]。

(2) 治疗前后 Fugl-Meyer 运动功能评分：为评估患者肢

体活动情况，调查 33 条目，按照情况分为 0 分（无法完成）、1 分（部分完成）、2 分（完全完成），总分 100 分，其中上肢和下肢分为 66 分和 34 分，分值增加代表患者的肢体运动功能良好^[2]。

（3）治疗效率：参照《中医病症诊疗疗效标准》分析，显效为患者临床症状消失，可独立生活；有效是患者的临床症状改善，基本能独立生活；无效是患者的临床症状未改善，生活自理能力差。

（4）治疗前后 BI 评分：以 Barthel 指数评估患者日常生活活动能力，一共 10 条目，总分 100 分，分值增加代表患者的日常生活活动能力增强^[3]。

（5）不良反应发生率：观察患者是否出现注射点淤血、下肢乏力、注射点疼痛等不良反应。

1.4 统计学方法

使用 SPSS21.0 软件计算本次研究的指标，经不同模式代表完成对应的差异性验证，标准判定为 $P < 0.05$ 即数据有差异性。

2 结果

2.1 治疗前后 Ashworth 痉挛评分

表 1 组间对比 Ashworth 痉挛评分，治疗前统计学未见 ($P > 0.05$)，治疗后可见 Ashworth 痉挛评分明显降低(研究组)，组间比较可见差异性 ($P < 0.05$)。

表 1 治疗前后 Ashworth 痉挛评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别		研究组	对照组	T 值	P 值
例数		35	35		
肘屈	治疗前	3.12±1.02	3.13±1.01	0.0412	0.9672
	治疗后	2.01±0.02	2.78±0.04	101.8614	0.0000
膝伸	治疗前	1.97±0.05	1.95±0.06	1.5150	0.1344
	治疗后	1.32±0.34	1.78±0.42	5.0362	0.0000

2.2 治疗前后 Fugl-Meyer 运动功能评分

表 2 组间对比 Fugl-Meyer 运动功能评分，治疗前统计学未见 ($P > 0.05$)，治疗后可见 Fugl-Meyer 运动功能评分明显增加（研究组），组间比较可见差异性 ($P < 0.05$)。

表 2 治疗前后 Fugl-Meyer 运动功能评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	研究组	对照组	T 值	P 值
例数	35	35		
治疗前	28.45 ± 12.23	28.44 ± 12.21	0.0034	0.9973

治疗后 2 周	43.45 ± 13.23	33.44 ± 14.23	3.0479	0.0033
治疗后 4 周	58.45 ± 15.34	48.67 ± 16.23	2.5908	0.0117

2.3 治疗效率

表 3 分析治疗效率，组间比较可见研究组数值明显增加，可见差异性 ($P < 0.05$)。

表 3 治疗效率 (n/%)

组别	研究组	对照组	X ²	P 值
例数	35	35		
显效	20(57.14)	14(40.00)		
有效	14(40.00)	14(40.00)		
无效	1(2.85)	7(20.00)		
治疗效率	34(97.14)	28(80.00)	5.0806	0.0241

2.4 治疗前后 BI 评分

表 4 组间对比 BI 评分，治疗前统计学未见 ($P > 0.05$)，治疗后可见 BI 评分明显增加（研究组），组间比较可见差异性 ($P < 0.05$)。

表 4 治疗前后 BI 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	研究组	对照组	T 值	P 值
例数	35	35		
治疗前	35.34 ± 20.23	35.33 ± 20.21	0.0021	0.9984
治疗后 2 周	50.34 ± 24.34	38.35 ± 24.62	2.0489	0.0443
治疗后 4 周	70.43 ± 30.55	55.33 ± 30.22	2.0789	0.0414

2.5 不良反应发生率

表 5 分析不良反应发生率，组间比较可见研究组数值减少，可见差异性 ($P < 0.05$)。

表 5 不良反应发生率 (n/%)

组别	研究组	对照组	X ²	P 值
例数	35	35		
注射点淤血	1(2.85)	4(11.42)		
下肢乏力	1(2.85)	4(11.42)		
注射点疼痛	0(0.00)	3(8.57)		
不良反应发生率	2(5.71)	11(31.42)	7.6518	0.0056

3 讨论

脑卒中后肢体痉挛发病机制复杂，该疾病是因为患者大脑

皮层损伤,肌张力功能紊乱、神经炎症、肌肉纤维重塑异常导致,且发病率高,若干预不及时将导致痉挛症状更严重,从而影响患者的肢体运动功能和日常生活能力^[4]。临床对该疾病治疗常见为西医,虽药物可缓解肌肉痉挛,但长期应用可能发生不良反应,无法改善神经功能,长期应用还可能发生不良反应。对此,需选择一种安全且有效的康复治疗方法^[5]。

中医角度分析脑卒中后肢体痉挛,该疾病属于范畴“中风后遗症”、“筋挛”,发病机制为气血运行不畅、正气亏虚等导致经络阻滞、筋脉失养,从而出现肌肉痉挛、肢体活动不佳等症状^[6]。对此,中医方面对脑卒中后肢体痉挛治疗需遵循益气活血、疏通经络原则。中医综合康复方案在多种方法结合下,达到疾病标本兼治目的,可优化单一方法应用不足,临床应用优势明显^[7]。中医综合康复方案具有辩证论治、多靶点调理效果,针灸属于常见方法,通过穴位针刺可完成疏通经络、调和气血目的,利于患者肌肉痉挛改善,保证患者神经功能逐渐恢复,且应用安全性更高。推拿按摩方法作为中医综合康复治疗的一部分,通过手法按摩使紧张肌肉逐渐放松,利于肌肉痉挛缓解,促使患者局部血液循环;推拿发挥气血调节、经络疏通目的,帮助患者改善正气亏虚状态,可增强患者的机体抵抗力,

防止发生并发症,实际应用针对性良好,操作方便,患者接受度更高^[8]。

本次研究结果可见,治疗前各项指标比较无明显差异性,为 $P>0.05$;治疗后,研究组 Ashworth 痉挛评分低于对照组($P<0.05$);研究组 Fugl-Meyer 运动功能评分高于对照组($P<0.05$);研究组治疗效率和对照组比较明显提升($P<0.05$);治疗后研究组 BI 评分均高于对照组($P<0.05$);不良反应发生率组间比较,研究组的不良反应发生率明显降低,可见一定差异性($P<0.05$)。可见中医综合康复方案的应用价值。分析原因:中医综合康复方案和常规康复训练不同,在消除患者肌肉痉挛情况下,可指导患者完成针对性的肢体功能训练,利于患者肢体运动功能恢复,日常生活功能能力提升^[9]。中医综合康复方案既使患者 Ashworth 痉挛评分降低,防止肌肉痉挛症状改善,患者的 Fugl-Meyer 运动功能评分、BI 评分逐渐增加,利于肢体功能恢复,实际应用安全性高,且不会发生明显不良反应^[10]。

从上述调查可见,中医综合康复方案治疗脑卒中后肢体痉挛与中医辩证理念符合,呈现多靶点、全方位和安全性特点,利于患者预后改善,生活质量提升,总体值得推广。

参考文献:

- [1] 王佳佳,邢红艳,王晓鹤,等.中医辨证穴位按摩结合情志调护对脑卒中后偏瘫患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2026,31(03):138-140.
- [2] 王丽帆,宋晓锋,孟洋洋,等.县域地区急性缺血性脑卒中溶栓患者中医辨证分型与相关指标的研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2026,47(02):163-167.
- [3] 付琳,刘超,王晓菲,等.中医定向透药联合肌内效贴治疗脑卒中后肩痛的临床效果观察[J].当代医药论丛,2026,24(02):125-127.
- [4] 项颐,张雯舒,林乾昭.脑卒中后认知功能障碍:发病机制、康复评估与中医治疗进展[J].空军军医大学学报,2026,47(02):284-292.
- [5] 黄丽平.中医特色护理对脑卒中恢复期患者平衡功能及生活自理能力的影响[J].基层医学论坛,2025,29(36):20-22+56.
- [6] 陈禧,王雯,胡传国.基于中医证型的 H 型高血压合并急性缺血性脑卒中预测模型构建及验证[J].广东医学,2025,46(12):1845-1851.
- [7] 秦燕,张鹏程,王晓娟,等.基于中医时间理论的隔药灸联合针刺法应用在脑卒中尿潴留患者中的效果探究[J].中国现代药物应用,2026,20(02):133-135.
- [8] 江敏.中和医派调神通络针刺法联合热敏灸治疗脑卒中后肢体痉挛临床观察[J].光明中医,2025,40(15):3251-3254.
- [9] 帅欢.中医特色综合康复护理对脑卒中后偏瘫病人肢体痉挛情况及运动功能的影响[J].全科护理,2024,22(18):3447-3449.
- [10] 刘雅玲,王莹.中医定向透药联合神经肌肉电刺激治疗缺血性脑卒中后肢体痉挛性偏瘫的临床研究[J].中国医学创新,2022,19(35):100-104.