DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2026.01.023

针刺联合解痉汤治疗脑卒中后上肢肌张力增高临床疗效研究

秦小旭
(郑州工业应用技术学院医学院,河南 郑州 451100)

摘要:目的 观察针刺联合解痉汤治疗脑卒中后上肢肌张力增高的临床疗效。方法 选择医院2021年6月—2022年12月诊治的84例脑卒中后上肢肌张力增高患者作为研究对象,根据随机数字表法随机均分为两组,每组42例。对照组采用解痉汤治疗,观察组采用针刺联合解痉汤治疗,治疗4周。观察比较两组总有效率,肌张力,上肢运动功能,日常生活能力以及不良反应,以中医症状积分变化判断疗效、改良Ashworth分级标准评估肌张力、Fugl-Meyer运动积分(Fugl-Meyer assessment scale,FMA)评估上肢运动功能、Barthel指数评估日常生活能力。结果 观察组总有效率(97.62%,41/42)显著高于对照组(80.95%,34/42),组间差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前两组肌张力分级情况差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后观察组显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前两组患侧桡神经、尺神经及正中神经反射波H波最大波幅与M波最大波幅比值(Hmax/Mmax,H/M)比值差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后观察组患侧桡神经、尺神经及正中神经反射波H/M显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前两组患者的上肢FMA评分及Barthel指数评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),治疗后两组上肢FMA评分及Barthel指数评分均显著升高,并且观察组显著高于对照组($P<0.05$)。两组均无严重不良反应发生。结论 针刺联合解痉汤治疗脑卒中后上肢肌张力增高的临床疗效满意,能够显著改善患者的上肢肌张力状况,并且提高上肢运动功能和日常生活能力,并且安全性良好。

关键词:脑卒中;上肢;肌张力增高;针刺;解痉汤
中图分类号:R246.6;R255.2 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2026)01-0108-04

Effect of Acupuncture Combined with Jiejing Decoction(解痉汤) on Upper Limb Muscle Tension, Motor Function and Life Ability in Patients with Increased Upper Limb Muscle Tension after Stroke

QIN Xiaoxu
(School of Medicine, Zhengzhou Institute of Industrial Application Technology, Zhengzhou 451100, Henan, China)

Abstract: *Objective* To observe the clinical effect of acupuncture combined with Jiejing Decoction(解痉汤) in the treatment of upper limb muscle tension after stroke. *Methods* Eighty-four patients with increased upper limb muscle tension after stroke diagnosed and treated in the hospital from June 2021 to December 2022 were selected as the research objects. According to the random number table method, they were randomly divided into two groups, with 42 cases in each group. The control group was treated with Jiejing Decoction and the observation group was treated with acupuncture combined with Jiejing Decoction for 4 weeks. The total effective rate, muscle tension, upper limb motor function and daily living ability of the two groups were observed and compared. The curative effect was judged by the change of TCM symptom scores, the muscle tension was evaluated by modified Ashworth grading standard, the upper limb motor function was evaluated by Fugl-Meyer motor score(FMA), and the daily living ability was evaluated by Barthel index. *Results* The total effective rate of the observation group was 97.62%(41/42), significantly higher than that(80.95%,34/42) of the control group, and the difference between two groups was statistically significant($P<0.05$). There was no statistically significant difference in muscle tone grading between the two groups before treatment ($P>0.05$), but after treatment, the observation group was significantly better than the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). There was no significant difference in the H/M ratio of the radial nerve, ulnar nerve or median nerve reflection wave between the two groups before treatment($P>0.05$). After treatment, the H/M ratio of the radial nerve, ulnar nerve and median nerve reflection wave in the observation group was significantly lower than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). After treatment, the FMA score and Barthel index score of the two groups were significantly increased, and the scores of the observation group were significantly higher than those of the control group($P<0.05$). No serious adverse reactions occurred in both groups. *Conclusion* The clinical efficacy of acupuncture combined with

基金项目:国家教育部高等教育司第二批产学合作协同育人项目(202102257006,202102253001)
作者简介:秦小旭(1987-),女,河南新郑人,实验师,学士,研究方向:临床医学教育与培训。

Jiejing Decoction in the treatment of upper limb muscle tension after stroke is satisfactory. It can significantly improve the upper limb muscle tension, and improve the upper limb motor function and daily living ability of the patients, and it has good safety.

Keywords: stroke; upper limbs; increased muscle tension; acupuncture; Jiejing Decoction(解痉汤)

脑卒中是我国成年人致死和致残的首位原因,“脑卒中高危人群筛查和干预项目”数据显示,我国40岁及以上人群的卒中人口标化患病率由2012年的1.89%上升至2019年的2.58%,至2019年我国40岁及以上人群现患和曾患卒中人数约为1704万[1]。50%~70%的脑卒中患者会遗留不同程度的功能障碍,如肌肉、感觉障碍等,严重影响患者的日常生活活动能力[2-3]。中医学属于“中风病”范畴,本病的病位在脑,与肝、脾、心、肾也有关,是由于肝气郁滞、痰浊内生、肝阳上亢、气滞血瘀、血溢脉外、神机受累所致[4]。血气不运、筋脉不通可能导致上肢肌张力增高,增加患者的康复难度[5]。近年来有研究提示中医治疗方法在脑卒中后遗症患者的康复中发挥着重要作用[6-7]。本研究观察针刺联合解痉汤治疗脑卒中后上肢肌张力增高的临床疗效,现总结分析相关资料并报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院2021年6月—2022年12月诊治的84例脑卒中后上肢肌张力增高患者作为研究对象,纳入标准:①患者均符合《中西医结合脑卒中循证实践指南(2019)》[8]脑卒中相关诊断标准,出现肌张力增高且改良Ashworth分级[9]≥1级;②成年患者、性别不限;③病情平稳并且意识清楚。排除标准:①肌肉萎缩患者;②严重心、肝、肾疾病或出血倾向患者;③其他影响肢体运动功能的疾病患者;④有皮肤疾病等针刺治疗禁忌证患者。所有患者按照随机数字表法均分为两组、每组42例。观察组中男24例,女18例;年龄44~79岁,平均(67.8±5.9)岁;患病部位左侧17例,右侧19例,双侧6例;病程1~21个月,平均(9.3±2.6)个月。对照组中男22例,女20例;年龄46~78岁,平均(67.4±6.1)岁;患病部位左侧18例,右侧17例,双侧7例;病程1~19个月,平均(9.0±2.9)个月。两组患者的一般资料进行统计学分析,结果差异均无统计学意义($P>0.05$),具有均衡可比性。两组患者均知情同意研究内容并能够积极配合研究工作,本试验遵循《赫尔辛基宣言》准则,研究内容经单位医学伦理委员会审核批准进行,临床试验注册号:ChiCTR2500020376,伦理审批号:院伦审(2025)132号。

1.2 方法 对照组采用解痉汤治疗,药用:白芍30 g,龙眼肉20 g,伸筋草30 g,夜叉藤20 g,当归15 g,枸杞子15 g,木瓜15 g,鸡血藤15 g,桑枝15 g,菟丝子15 g,僵蚕10 g,桃仁10 g,红花10 g,炙甘草10 g。药物以水加热煎服,每日1剂,分早晚2次温服,治疗4周。

观察组采用针刺联合解痉汤治疗,解痉汤治疗方法同对照组,同时采用0.22 mm×40 mm一次性无菌针灸针进行针刺治疗,患者平卧位伸出患侧手臂,取外关、手三里、曲池、尺泽、曲泽、肘髎穴,快速垂直进针1.0~1.5 cm,得气后留置15 min,每日1次,每周6次,连续治4周。

1.3 观察项目 (1)临床疗效:根据手指曲指、拇指内收或者前臂旋前等中医症状积分变化情况进行判定,显效:肌张力增高症状体征较轻或者明显减少,中医症状积分下降>70%;有效:肌张力增高症状体征减轻,30%≤中医症状积分下降≤70%;无效:未达到上述标准[10]。总有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%。(2)肌张力:采用改良Ashworth分级标准[9]评估,正常肌张力0级,肌张力略微增加1级,肌张力轻度增加1$^+$级,肌张力较明显增加2级,肌张力严重增加3级,僵直4级。(3)神经反射功能:治疗前和治疗4周后通过肌电图检查获取患侧桡神经、尺神经及正中神经反射波H波最大波幅与M波最大波幅比值(Hmax/Mmax,H/M)比值,H/M越大则表明肌张力越高。(4)上肢运动功能:采用Fugl-Meyer运动积分(Fugl-Meyer assessment scale,FMA)[11]评估,上肢运动功能共包括10个维度的33个项目,共计66分,分值越高表明上肢运动功能越好。(5)日常生活能力:以Barthel指数[12]评估,共有日常生活的10个项目,总分0~100分,分值越高表明日常生活能力越好。(6)不良反应:观察记录治疗过程中发生的局部血肿、皮下瘀紫、局部麻木等不良反应情况。

1.4 统计学方法 数据分析采用SPSS 22.0统计软件包进行,计数资料用例(%)表示、采用χ^2检验或秩和检验,经Levene's检验计量资料呈正态分布,均以$\bar{x}\pm s$表示、采用t检验,以$P<0.05$表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 观察组总有效率(97.62%),显著高于对照(80.95%),组间差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 两组脑卒中后上肢肌张力增高患者临床疗效比较

单位:例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	42	19(46.34)	22(52.38)	1(2.38)	41(97.62)
对照组	42	16(38.10)	18(42.86)	8(19.05)	34(80.95)
χ^2值					4.480
P值					0.034

2.2 肌张力比较 治疗前两组肌张力分级情况差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后观察组显著优于对照组、差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 两组脑卒中后上肢肌张力增高患者肌张力分级比较

单位:例(%)

组别	例数	时间	0级	1级	1$^+$级	2级	3级
观察组	42	治疗前	0(0.00)	9(21.43)	14(33.33)	12(28.57)	7(16.67)
		治疗后	4(9.52)	18(42.86)	15(35.71)	5(11.90)	0(0.00)
对照组	42	治疗前	0(0.00)	8(19.05)	15(35.71)	13(30.95)	6(14.29)
		治疗后	2(4.76)	12(28.57)	16(38.10)	12(28.57)	0(0.00)
两组治疗前比较		$Z1$值			0.019		
		$P1$值			0.985		
两组治疗后比较		$Z2$值			3.943		
		$P2$值			0.041		

2.3 神经反射功能比较 治疗前两组患侧桡神经、尺神经及正中神经反射波H/M比值差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后观察组患侧桡神经、尺神经及正中神经反射波H/M显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表3 两组脑卒中后上肢肌张力增高患者神经反射功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	桡神经反射波 H/M	尺神经反射波 H/M	正中神经反射波 H/M
观察组	42	治疗前	0.25±0.07	0.19±0.06	0.23±0.08
		治疗后	0.13±0.04	0.10±0.03	0.11±0.05
		*t*1值	6.636	8.695	8.244
		*P*1值	<0.001	<0.001	<0.001
对照组	42	治疗前	0.24±0.09	0.20±0.07	0.24±0.07
		治疗后	0.17±0.05	0.14±0.04	0.16±0.03
		*t*2值	5.190	4.823	6.810
		P2值	<0.001	<0.001	<0.001
两组治疗前比较		*t*3值	0.568	0.703	0.610
		*P*3值	0.571	0.484	0.544
两组治疗后比较		*t*4值	2.538	5.185	5.557
		*P*4值	0.013	<0.001	<0.001

2.4 上肢运动功能、日常生活能力比较 治疗前两组患者的上肢FMA评分及Barthel指数评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),治疗后两组上肢FMA评分及Barthel指数评分均显著升高,并且观察组显著高于对照组($P<0.05$)。见表4。

表4 两组脑卒中后上肢肌张力增高患者上肢FMA评分及Barthel指数评分比较($\bar{x}\pm s$) 单位:分

组别	例数	时间	FMA评分	Barthel指数评分
观察组	42	治疗前	27.89±5.10	51.63±8.39
		治疗后	43.26±6.83	71.25±9.73
		*t*1值	11.686	9.897
		*P*1值	<0.001	<0.001
对照组	42	治疗前	28.21±5.82	50.97±7.75
		治疗后	38.94±6.26	64.02±8.90
		*t*2值	8.136	7.166
		*P*2值	<0.001	<0.001
两组治疗前比较		*t*3值	0.268	0.375
		*P*3值	0.789	0.709
两组治疗后比较		*t*4值	3.022	3.553
		*P*4值	0.003	0.001

2.5 不良反应比较 观察组不良反应发生率为11.90%、对照组不良反应发生率为7.14%,组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表5。两组患者发生的局部血肿、皮下瘀紫、局部麻木等症状均较轻微,无需特殊处理、能够自行缓解。

表5 两组脑卒中后上肢肌张力增高患者不良反应情况比较 单位:例(%)

组别	例数	局部血肿	皮下瘀紫	局部麻木	合计
观察组	42	1(2.38)	3(7.14)	1(2.38)	5(11.90)
对照组	42	1(2.38)	0(0.00)	2(4.76)	3(7.14)
χ^2值					0.138
*P*值					0.710

3 讨论

脑卒中后上肢肌张力增高属于中医学中的“痉证”范畴,病因在于筋脉,多由于机体气虚血瘀,脉络瘀阻,气虚不能运血,气不能行,血不能荣,气血瘀滞,脉络痹阻而致肢体筋脉失养所致[13-14]。《灵枢·终始》提到“手屈而不伸者,其病在筋;伸而不屈者,其病在骨;在骨守骨,在筋守筋”。现代医学则认为脑卒中发病导致患者运动神经元损伤,发生肌群失衡,进一步引发协同运动功能障碍,从而出现肌张力增高[15]。

解痉汤中白芍养血敛阴、柔肝止痛,龙眼肉补益心脾、养血安神,伸筋草祛风除湿、舒筋活络,夜叉藤养心安神、祛风通络,当归补血活血,枸杞子滋补肝肾,木瓜和胃化湿、舒筋活络,鸡血藤活血补血、舒筋活络,桑枝祛风湿、通经络、行水气,菟丝子补益肝肾,僵蚕息风止痉、祛风止痛,桃仁活血化瘀,红花活血通经、消肿止痛,炙甘草调和诸药,共同发挥活血补血、柔筋通络的作用[16-17]。本研究结果提示单独应用解痉汤治疗的对照组也在一定程度上改善了脑卒中后上肢肌张力增高的上肢运动功能和日常生活能力评分,但是效果不如针刺联合解痉汤治疗的观察组,表明了针刺联合解痉汤治疗脑卒中后上肢肌张力增高的优势。《标幽赋》中曾言:“拯救之法,妙用者针”。何聪等[18]曾指出针刺可从多方面改善缺血性脑卒中造成的损伤,其可上调血管内皮生长因子、碱性成纤维细胞生长因子等促血管新生因子,下调内皮抑素等抑血管新生因子,从而促进血管新生。同时,针刺可疏通经络、平衡阴阳,对肌张力增高具有独特的治疗优势,其使经络通畅,气血运行正常,促进局部血液循环,从而增加骨骼肌肉系统的血液供应,维持正常的关节活动范围,同时经络的通畅是保证人体脏器气血的运行正常的基础[19-20]。针刺治疗中选穴非常关键,需要根据患者疾病的证候特点,分析病因病机而辨证选取穴位[21-22]。本研究观察组中取外关、手三里、曲池、尺泽、曲泽、肘髎穴,外关穴位于前臂背侧、在前臂后区,可联络气血、补阳益气;手三里穴在前臂背面桡侧,此穴为手阳明脉气所发之处,且脉气较深,针刺此穴针感很强,其疏通经络、消肿止痛的作用强;曲池穴在肘横纹外侧端,此穴位于肘部,乃经气运行之大关,可消肿止痛、调和气血、疏经通络;尺泽穴在肘横纹中、肱二头肌腱桡侧凹陷处,可清宣肺气、泻火降逆[23-24];曲泽穴位于肘横纹中、肱二头肌腱的尺侧缘,可散热降浊;肘髎穴在臂外侧,此穴属手阳明大肠经,擅长通经活络、舒筋利节;以上取穴同时包含阴阳经穴,阴阳共济,达到平衡阴阳、调和气血、通畅经络的功效[25-27]。

由上可见,针刺联合解痉汤治疗脑卒中后上肢肌张力增高的临床疗效满意,能够显著改善患者的上肢肌张力状况,并且提高上肢运动功能和日常生活能力,并且安全性良好。

参考文献

[1] 《中国脑卒中防治报告》编写组.《中国脑卒中防治报告2020》概要[J].中国脑血管病杂志,2022,19(2):136-144.
[2] 曲庆明,贾杰. 脑卒中康复相关指南解读及展望[J]. 中国医刊,2022,57(5):487-490.
[3] KOH J S G,HILL A M,HILL K D,et al. Evaluating a novel multifactorial falls prevention activity programme for community-dwelling older people after stroke: a mixed-method feasibility study[J]. Clin Interv Aging,2020,15:1099-1112.
[4] 陈冰,李莹. 中医体质类型与缺血性脑卒中风险关系的研究进展[J]. 医学综述,2022,28(8):1613-1617.
[5] 吕莉丽,王崇,张恒惠,等. 靳三针配合康复训练治疗脑卒中后上肢肌张力增高的临床效果[J]. 中国医药导报,2022,19(17):163-166,179.
[6] 彭景,邹忆怀,宿家铭,等. “形神共调”针刺法治疗脑卒中后肢体麻木病人感觉障碍的临床疗效及脑电作用机制研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2022,20(19):3610-3614.
[7] 金萍,庞涛涛,陈王峰. 通督调神针刺法联合益气化瘀通络汤对脑卒中偏瘫患者平衡与肢体运动功能的影响[J]. 全科医学临床与教育,2022,20(9):842-844.

DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2026.01.024

病证结合诊断标准的优势与展望

张云帆[1,2],赵迪[1,2],魏竞竞[2],苗丽娜[2],梁晓[2],张雪茹[2],陈云梦[2],张允岭[2]
(1.北京中医药大学研究生院,北京 100029;2.中国中医科学院西苑医院,北京 100091)

摘要:证候诊断标准融合中医学的知识体系与规则体系,是中医药标准化研究的重要组成部分。病证结合的诊断标准顺应现代医学发展方向,在信息学层面反映疾病核心病机的宏微观证候学特征,在方法学层面依托多元数理统计以提升辨识水平。根据病证结合诊断标准的研制现状,阐述其作为辨识体系具备符合中西医诊疗实际、聚焦证候"外虚"属性、促进微观辨证研究等优势。据此,提出在诊断标准研制中贯彻辨证诊断恒动观、探索症状分级策略、多学科协同研究、注重资源整合等建议,以期为病证结合的证候客观化研究提供思路。

关键词:病证结合;诊断标准;辨证论治;证候规范;优势与展望
中图分类号:R241;R255 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2026)01-0111-05

Advantage and Prospect of Diagnostic Criteria with Combination of Disease and syndrome

ZHANG Yunfan[1,2],ZHAO Di[1,2],WEI Jingjing[2],MIAO Lina[2],LIANG Xiao[2],ZHANG Xueru[2],CHEN Yunmeng[2],ZHANG Yunling[2]
(1. Graduate School,Beijing University of Chinese Medicine,Beijing 100029,China;
2. Xiyuan Hospital,China Academy of Chinese Medical Sciences,Beijing 100091,China)

基金项目:国家中医药管理局中医药创新团队及人才支持计划项目(ZYYCXTD-C-202007);中国中医科学院中医药防治脑病传承创新团队(CI2021B006);中国中医科学院科技创新工程项目(CI2021A01301)

作者简介:张云帆(1999-),男,山东淄博人,硕士在读,研究方向:中医药防治神经系统疾病。
通讯作者:张允岭(1963-),男,山东龙口人,主任医师、教授,博士研究生导师,博士,研究方向:中医药防治脑病的临床与基础。E-mail:yunlingzhang2004@126.com。

[8] 中华中医药学会脑病分会,广东省中医药学会脑病专业委员会,广东省中西医结合学会卒中专业委员会.中西医结合脑卒中循证实践指南(2019)[J].中国循证医学杂志,2020,20(8):901-912.
[9] BOHANNON R W,SMITH M B. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity[J]. Phys Ther,1987,67(2):206-207.
[10] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:251-252.
[11] 毕胜,纪树荣,顾越,等. Fugl-Meyer上肢运动功能评分与上肢运动功能状态评分的响应性研究[J].中国康复医学杂志,2006,21(2):118-120.
[12] EZEMA C I,AKUSOBA P C,NWEKE M C,et al. Influence of post-stroke depression on functional independence in activities of daily living[J]. Ethiop J Health Sci,2019,29(1):841-846.
[13] 韩小磊,丁瑞丛,刘志华.化痰通窍方联合温针灸对脑卒中肌张力增高的影响[J].国医论坛,2023,38(2):32-35.
[14] 孙畅,张轶群,党海波,等.卒中后肌张力增高治疗的研究概况[J].中华针灸电子杂志,2022,11(4):165-167.
[15] 吴俣,胡燕杰,何紫艳,等.脑卒中患者偏瘫侧徒手指部感觉刺激前后上肢正中神经F波的变化研究[J].中华神经医学杂志,2023,22(3):274-278.
[16] 刘国明,郑毅,张绪峰.自拟补肝解痉汤治疗脑卒中后上肢痉挛性瘫痪的临床观察[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(43):171-172.
[17] 李荣荣.针刺联合化痰通络解痉汤治疗脑卒中后痉挛性瘫痪临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2023,21(13):103-105.
[18] 何聪,刘征.针刺治疗缺血性脑卒中的机制研究进展[J].环球中医药,2023,16(2):343-347.
[19] 魏从兵,王丹,魏仁贤.体外冲击波联合针灸对脑卒中患者上肢屈肌痉挛状态的疗效观察[J].神经损伤与功能重建,2021,16(9):515-517,549.
[20] 万鸽,金荣疆.脑卒中后肌张力增高不同针刺部位研究进展[J].中国康复理论与实践,2019,25(2):205-207.
[21] 冯茜,周鸿飞.针刺阴阳经穴位治疗脑卒中后上肢肌张力增高疗效观察[J].山西中医,2019(8):37-38.
[22] 李平平,周鸿飞.基于数据挖掘探究脑卒中后上肢肌张力增高体针选穴规律[J].实用中医内科杂志,2021,35(10):133-136.
[23] 刘美伶,秦旖,赵艾昕,等.针刺治疗脑卒中后上肢痉挛穴位选择现状[J].世界最新医学信息文摘,2021,21(105):416-418.
[24] 康健.针刺足运感区联合八髎穴温针灸治疗脑卒中后肾气不固型尿失禁临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2023,21(11):130-132.
[25] 朱欣芳,辛玉甫,孙守琦.开窍醒神补虚通络针刺疗法联合多种感觉刺激法治疗脑卒中后偏瘫临床观察[J].实用中医药杂志,2023,39(5):1001-1004.
[26] 杨思宇.针刺经筋结点联合PNF技术治疗卒中后下肢痉挛性瘫痪的临床疗效观察[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2022.
[27] 占道伟,钱华,杨喜兵,等.针刺对急性缺血性脑卒中溶栓患者神经功能及血清炎性因子的影响[J].中国针灸,2023,43(5):489-492.