基于阴虚理论指导针刺取穴治疗脑卒中后下肢偏瘫临床研究

王真南[1]，崔煜[2]，王育育[1]

1. 平湖市中医院针推科，浙江 平湖 314200；2. 平湖市中医院神经内科，浙江 平湖 314200

［摘要］**目的：**观察基于阴虚理论指导针刺取穴治疗脑卒中后下肢偏瘫的临床效果及对下肢肌张力的影响。**方法：**选取2020年1月—2022年1月平湖市中医院收治的96例脑卒中后下肢偏瘫患者，按随机数字表法随机分为针刺组和常规组各48例。在积极控制原发疾病的基础上，常规组进行常规康复治疗，针刺组在常规组基础上行基于阴虚理论指导的针刺取穴治疗。2组均连续治疗3个月。比较2组临床疗效；比较2组治疗前后下肢肌张力、运动功能、血液流变学指标、平衡和移动能力以及生活质量的变化。**结果：**针刺组治疗总有效率87.50%（42/48），高于常规组70.83%（34/48）（$P<0.05$）。治疗后，2组全血黏度、血浆黏度以及血细胞比容均降低（$P<0.05$），且针刺组低于常规组（$P<0.05$）。治疗后，2组改良Ashwoth量表（MAS）评分均降低（$P<0.05$），且针刺组低于常规组（$P<0.05$）；2组简化Fugl-Meyer量表（FMA）评分均升高（$P<0.05$），且针刺组高于常规组（$P<0.05$）。治疗后，2组Berg平衡量表（BBS）、老年人身体移动量表（EMS）评分均升高（$P<0.05$），且针刺组高于常规组（$P<0.05$）。治疗后，2组改良Barthel量表（MBI）、生活满意度量表（SWLS）评分均升高（$P<0.05$），且针刺组高于常规组（$P<0.05$）。**结论：**基于阴虚理论指导针刺取穴治疗脑卒中后下肢偏瘫的疗效更佳，可改善患者血液流变学指标，提升其下肢肌张力以及运动、平衡功能，改善患者生活质量。

［关键词］脑卒中后下肢偏瘫；阴虚理论；针刺；下肢肌张力；血液流变学；运动功能；生活质量
［中图分类号］R246.6 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2025）09-0120-05
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.09.022

Clinical Study on Treatment of Lower-Limb Hemiplegia After Stroke by Acupuncture Acupoint Selection Based on Theory of Yin Deficiency

WANG Zhennan[1], *CUI Yu*[2], *WANG Yuyu*[1]

1. Department of Acupuncture and Tuina, Pinghu Traditional Chinese Medicine Hospital, Pinghu Zhejiang 314200, China; 2. Department of Neurology, Pinghu Traditional Chinese Medicine Hospital, Pinghu Zhejiang 314200, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of acupuncture acupoint selection guided by the theory of yin deficiency in the treatment of lower-limb hemiplegia after stroke and its impact on lower-limb muscle tone. **Methods:** A total of 96 patients with lower-limb hemiplegia after stroke admitted to Pinghu Traditional Chinese Medicine Hospital from January 2020 to January 2022 were selected and randomly divided into the acupuncture group and the conventional group according to the random number table method, with 48 cases in each group. Based on actively controlling the primary diseases, the conventional group received conventional rehabilitation treatment, and the acupuncture group received acupuncture treatment based on the guidance of acupoint selection by the theory of yin deficiency in addition to the conventional treatment. Both groups were treated continuously for three months. The clinical effects were compared between the two groups; the changes in lower-limb muscle tone, motor function, hemorheological indicators, balance

［收稿日期］2024-03-14
［修回日期］2025-01-21
［基金项目］浙江省中医药科技计划项目（2024ZF151）
［作者简介］王真南（1972-），男，主治中医师，E-mail：jxphwzn@126.com。

and mobility, and quality of life before and after treatment were compared between the two groups. **Results**: The total effective rate of treatment in the acupuncture group was 87.50% (42/48), which was higher than that in the conventional group, 70.83% (34/48) ($P<0.05$). After treatment, the whole blood viscosity, plasma viscosity, and hematocrit in both groups were decreased ($P<0.05$), and these indicators were lower in the acupuncture group than in the conventional group ($P<0.05$). After treatment, the Modified Ashworth Scale (MAS) scores in the two groups were decreased ($P<0.05$), with the acupuncture group showing lower scores than the conventional group ($P<0.05$); the simplified Fugl-Meyer Assessment (FMA) scores in both groups were increased ($P<0.05$), and the scores in the acupuncture group were higher than those in the conventional group ($P<0.05$). After treatment, the Berg Balance Scale (BBS) and the Elderly Mobility Scale (EMS) scores in both groups were increased ($P<0.05$), with higher scores in the acupuncture group than in the conventional group ($P<0.05$). After treatment, the Modified Barthel Index Scale (MBI) and Satisfaction with Life Scale (SWLS) scores in both groups were increased ($P<0.05$), and the acupuncture group had higher scores than the conventional group ($P<0.05$). **Conclusion**: Acupuncture acupoint selection by the theory of yin deficiency in the treatment of lower-limb hemiplegia after stroke have better efficacy, and can improve the hemorheological indicators of patients, enhance their lower-limb muscle tone and motor and balance functions, and improve the quality of life of patients.

Keywords: Lower-limb hemiplegia after stroke; Theory of yin deficiency; Acupuncture; Lower-limb muscle tone; Hemorheology; Motor function; Quality of life

脑卒中患者可出现头晕、偏瘫等症状，严重者甚至出现脑疝等并发症，危及患者生命[1]。通过早期溶栓、降压以及介入治疗等手段，可帮助缓解患者病症，稳定病情，但因脑组织缺血坏死所致的偏瘫症状较难改善，需术后进行长期康复治疗以改善患者生活运动功能及生活质量。偏瘫可归属于中医学中风范畴。脑卒中后所致出血性中风或缺血性中风主要是因阴虚血瘀，致使筋脉痹阻，治疗上可针对阴虚、血瘀施以养阴行气、活血通络之法，改善患者相关症状[2]。针刺治疗可通过刺激特定穴位达到通经理气、平衡脏腑等功效。本研究基于阴虚理论指导针刺取穴治疗脑卒中后下肢偏瘫，观察其临床效果及对下肢肌张力的影响，报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》[3]及《中国脑出血诊治指南(2019)》[4]中脑卒中的诊断标准。急性起病、局部神经功能缺损表现、影像学出现责任病灶或症状/体征持续24 h以上，且排除非血管性病因，并经影像学检查确诊。

1.2 纳入标准 符合诊断标准；出现单侧下肢瘫痪；具备基本的读写能力；患者及家属均签署知情同意书。

1.3 排除标准 生命体征极不平稳；合并先天或其他因素所致的肢体功能障碍；合并其他重要脏器功能障碍；合并认知功能或精神功能障碍；对康复治疗的依从性极差。

1.4 一般资料 将2020年1月—2022年1月平湖市中医院收治的96例脑卒中后下肢偏瘫患者以随机数字表法分为针刺组和常规组各48例。常规组男26例，女22例；年龄54～76岁，平均(63.52±3.11)岁；脑出血13例，脑梗死35例；偏瘫侧：左侧26例，右侧22例。针刺组男25例，女23例；年龄53～74岁，平均(62.76±3.20)岁；脑出血15例，脑梗死33例；偏瘫侧：左侧24例，右侧24例。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究经平湖市中医院伦理委员会审核批准。

2 治疗方法

2组均行溶栓、降压、营养神经等常规西药治疗，积极控制原发病症。

2.1 常规组 行常规康复治疗。由卧位向步行进行过渡，主要包括翻身、肢体摆放；床上肢体活动和肌力训练；坐位、站位的平衡训练；体位改变、转体等动态平衡训练；站立、步态训练；日常生活活

动能力训练，由易至难，逐步提升训练难度。每次1～2 h，每天2次。

2.2 针刺组 在常规组基础上行基于阴虚理论指导针刺取穴治疗。取不锈钢毫针消毒后，于肩髃、肩井、曲池、手三里、合谷、足三里、梁丘、解溪、外关、丰隆等穴位进针，直刺0.5～1.5寸，得气后留针30 min，以穴位出现酸胀感为宜，每天1次。

2组均连续治疗3个月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①血液流变学指标。取2组治疗前后空腹静脉血5 mL，通过全自动血液流变测试仪测定其血浆黏度、全血黏度以及血细胞比容。②下肢肌张力及运动功能。治疗前后以改良Ashworth量表(MAS)评估2组肌张力变化，总分48分，分数越低提示其肌张力越强；以简化Fugl-Meyer量表(FMA)评估2组运动能力变化，总分100分，分数越高提示其运动能力越强[5]。③平衡及移动能力。治疗前后通过Berg平衡量表(BBS)评价2组平衡能力，共14个项目，每项计0～4分，分数越高提示其平衡功能越强[6]。通过老年人身体移动量表(EMS)评价2组移动功能，共7个项目，总分20分，评分越高提示其移动能力越强[7]。④生活质量。通过改良Barthel指数量表(MBI)及生活满意度量表(SWLS)评价2组生活质量。MBI包括进食、穿脱衣物等共10个项目，每项0～10分；SWLS共5个项目，每项1～7分，评分越高提示患者生活质量越优[8]。

3.2 统计学方法 采用SPSS24.0统计学软件分析数据。计量资料符合正态分布以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，2组间比较采用成组t检验，同组治疗前后比较采用配对样本t检验；计数资料以百分比(%)表示，采用χ^2检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 连续治疗3个月后参考《中国脑卒中康复治疗指南(2011完全版)》[9]评价2组治疗效果。痊愈：肌力达Ⅵ～Ⅴ级，可独立完成行走及各项生理活动；显效：肌力达Ⅲ级且基本能够生活自理；有效：症状及肌力均明显改善，但各项生理活动仍需要外力辅助；无效：症状无明显改善甚至加重。总有效率=(痊愈+显效)例数/总例数×100%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。针刺组治疗总有效率87.50%，高于常规组70.83%($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组 别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
针刺组	48	19(39.58)	23(47.92)	4(8.33)	2(4.17)	42(87.50)
常规组	48	14(29.17)	20(41.67)	10(20.83)	4(8.33)	34(70.83)
χ^2值						4.360
P值						0.037

4.3 2组治疗前后全血黏度、血浆黏度以及血细胞比容比较 见表2。治疗前，2组全血黏度、血浆黏度以及血细胞比容比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组全血黏度、血浆黏度以及血细胞比容均降低($P<0.05$)，且针刺组低于常规组($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后全血黏度、血浆黏度以及血细胞比容比较($\bar{x}\pm s$)

组 别	例数	全血黏度(mPa·s)		血浆黏度(mPa·s)		血细胞比容	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	48	12.64±1.52	9.33±1.01①	2.17±0.32	1.33±0.24①	0.52±0.07	0.37±0.04①
常规组	48	12.93±1.76	10.89±1.10①	2.09±0.35	1.76±0.27①	0.50±0.06	0.43±0.05①
t值		0.834	7.237	1.169	8.247	1.503	6.492
P值		0.390	<0.001	0.246	<0.001	0.136	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

4.4 2组治疗前后MAS、FMA评分比较 见表3。治疗前，2组MAS、FMA评分比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组MAS评分均降低($P<0.05$)，且针刺组低于常规组($P<0.05$)；2组FMA评分均升高($P<0.05$)，且针刺组高于常规组($P<0.05$)。

4.5 2组治疗前后BBS及EMS评分比较 见表4。治疗前，2组BBS、EMS评分比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组BBS、EMS评分均升高($P<0.05$)，且针刺组高于常规组($P<0.05$)。

表3　2组治疗前后MAS、FMA评分比较（$\bar{x}\pm s$）　分

组　别	例数	MAS评分		FMA评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	48	2.56±0.22	1.02±0.08①	22.67±3.02	43.27±3.55①
常规组	48	2.61±0.30	1.52±0.19①	23.35±2.98	37.69±3.43①
t值		0.931	16.803	1.110	7.832
P值		0.354	<0.001	0.270	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

表4　2组治疗前后BBS及EMS评分比较（$\bar{x}\pm s$）　分

组　别	例数	BBS评分		EMS评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	48	17.96±2.33	39.17±4.52①	7.76±1.36	15.63±1.08①
常规组	48	18.56±2.68	32.27±3.79①	7.34±1.45	12.12±1.17①
t值		1.171	8.104	1.464	15.273
P值		0.245	<0.001	0.147	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

4.6　2组治疗前后MBI、SWLS评分比较　见表5。治疗前，2组MBI、SWLS评分比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组MBI、SWLS评分均升高（$P<0.05$），且针刺组高于常规组（$P<0.05$）。

表5　2组治疗前后MBI、SWLS评分比较（$\bar{x}\pm s$）　分

组　别	例数	MBI		SWLS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	48	41.17±3.02	76.26±5.13①	12.77±1.92	20.10±2.25①
常规组	48	42.08±3.19	70.19±5.24①	12.21±2.03	18.43±2.54①
t值		1.435	5.735	1.389	3.410
P值		0.155	<0.001	0.168	0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

5　讨论

脑卒中患者因局部脑组织缺血坏死，而导致其运动神经中枢受损，患者肌张力及肌肉功能受到极大影响，进而出现偏瘫、偏身感觉障碍等肢体功能障碍，如不进行有效的康复治疗，长期卧床极易引起运动中枢和其支配的肌肉出现失用性萎缩，严重影响患者的正常生活[10]。因此，在经溶栓、降压等常规治疗控制脑卒中病情发展后，有效的肢体功能康复治疗亦是临床治疗的重要一环。而常规的康复治疗主要是通过按摩、肌力训练等形式帮助患者提升肌张力，改善其运动功能，但所需要的训练、治疗周期较长，其整体疗效并不理想[11]。

脑卒中后偏瘫可归属于中医学中风、卒中范畴。且多认为其由阴虚血瘀所致，治疗以活血通络、舒筋行气之法为主。针灸可根据患者病症针对性选择相应的穴位进行刺激，疏通局部经脉，改善患者气血，促进脏腑营养趋于平衡，以达到预期的治疗效果[12]。本研究结果显示，治疗后针刺组总有效率高于常规组，且针刺组FMA评分高于常规组，MAS评分低于常规组。治疗后，2组全血黏度、血浆黏度以及血细胞比容均降低，且针刺组低于常规组，说明相较于单纯的康复训练，通过基于阴虚理论指导对脑卒中后偏瘫患者的针刺取穴治疗能提升治疗效果，调节其局部血液流变学指标，改善其下肢肌张力及相应的运动功能。基于阴虚理论指导针刺取穴治疗中，通过针刺肩髃穴、梁丘穴可达祛风除湿、舒经活络之效；针刺肩井穴可达理气止痛、活络散结之效；针刺曲池穴可缓解麻木、瘙痒症状；针刺合谷穴、外关穴可达镇静止痛、通经活络之效；针刺手三里、足三里、解溪可通经活络、补中益气；针刺丰隆穴可达开窍化瘀、行气活血之效；而肩井穴配伍合谷穴、曲池穴可提升对中风、半身不遂的治疗效果；外关穴配伍曲池穴、手三里可提升对手臂屈曲功能的改善效果；足三里配伍曲池穴、合谷穴亦可提升对下肢肌肉功能的改善作用，辅以捻转、提插手法以达到更好的活血祛瘀、行气育阴、通经活络之效[13-14]。临床实践亦显示，通过针刺穴位，可促进机体血流循环，以改善局部血液流变学水平，保证肢体肌肉得到充分供血供氧，更好的促进肢体肌张力的恢复[15]。本研究结果还显示，治疗后2组BBS、EMS、MBI及SWLS评分均升高，且针刺组高于常规组，说明基于阴虚理论指导针刺取穴治疗脑卒中后偏瘫能更好地改善患者的移动、平衡能力，进而提升其生活质量。通过阴虚理论指导针刺取穴治疗通过刺激各穴位促进机体血流循环，以保证局部肌肉的供血供氧充分，而结合日常的康复训练，提升患者对肢体的控制能力，改善其移动、平衡功能，患者生活质量更佳[16-17]。

综上所述，相较于常规单纯的康复治疗，基于阴虚理论指导针刺取穴治疗脑卒中后下肢偏瘫的疗效更佳，可改善局部血液流变学水平，加快患者肌张力及肢体各项功能的恢复，患者的生活质量更优。

［参考文献］

[1]　余永胜，冉唯君，刘菲，等. 智能运动反馈训练联合推拿对脑卒

中恢复期偏瘫患者下肢功能恢复的影响[J]. 中南医学科学杂志，2022，50(1)：121-124.

[2] 郝秀元，王伟贵，熊丽，等. 平衡灸法治疗缺血性脑卒中后下肢痉挛性瘫痪疗效及对脑血流动力学影响研究[J]. 现代中西医结合杂志，2022，31(8)：1116-1119.

[3] 中华医学会神经病学分会，中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018[J]. 中华神经科杂志，2018，51(9)：666-682.

[4] 中华医学会神经病学分会，中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑出血诊治指南(2019)[J]. 中华神经科杂志，2019，52(12)：994-1005.

[5] 张婧. 脑血管病量表手册[M]. 北京：人民卫生出版社，2009：245-257，269-271.

[6] JORGENSEN V，OPHEIM A，HALVARSSON A，et al. Comparison of the berg balance scale and the mini-bestest for assessing balance in ambulatory people with spinal cord injury：validation study[J]. Physical Therapy，2017，97(6)：677-687.

[7] 李晓军，冯丽娜，余鹃. 任务导向性训练在脑卒中偏瘫患者中的应用[J]. 神经损伤与功能重建，2016，11(4)：362-363.

[8] 王赛华，施加加，孙莹，等. 简体版改良Barthel指数在脑卒中恢复期中的信度与效度研究[J]. 中国康复，2020，35(4)：179-182.

[9] 中华医学会神经病学分会神经康复学组，中华医学会神经病学分会脑血管病学组，卫生部脑卒中筛查与防治工程委员会办公室，等. 中国脑卒中康复治疗指南(2011完全版)[J]. 中国康复理论与实践，2012，18(4)：301-318.

[10] UWATOKO H，NAKAMORI M，IMAMURA E，et al. Prediction of independent gait in acute stroke patients with hemiplegia using the ability for basic movement scale ii score[J]. European Neurology，2020，83(1)：49-55.

[11] 钱云苏，陈晓. 全身振动训练结合躯干控制训练在脑卒中患者康复治疗中的应用价值研究[J]. 生命科学仪器，2023，21(1)：285.

[12] 高塬，邱晓玲. 针灸对老年脑卒中后痉挛性偏瘫患者肢体运动功能及日常生活活动能力的影响[J]. 贵州医药，2020，44(4)：605-606.

[13] 彭川，吴修华. “扶正补土”针灸法对脑卒中后偏瘫患者下肢肌力、平衡及步行功能的影响[J]. 针灸临床杂志，2019，35(9)：4-7.

[14] 王亚东，叶頔. 针灸联合康复训练对脑卒中偏瘫患者下肢功能恢复的影响[J]. 神经损伤与功能重建，2019，14(2)：102-103.

[15] 李昌欣，董观记，郑通. 扶正补土针灸法结合任务导向性训练治疗脑卒中后偏瘫效果及对血液流变学指标、Hcy、BDNF的水平的影响[J]. 贵州医药，2022，46(5)：800-802.

[16] 余媛媛，刘东，赵君. 针灸联合推拿治疗对脑卒中后偏瘫患者临床效果，肢体运动功能及生存质量的影响[J]. 解放军医药杂志，2021，33(12)：105-108.

[17] 刘涛涛，王晓燕. 滋阴通络方联合针刺治疗对中风恢复期偏瘫患者整体功能和日常生活能力的影响研究[J]. 贵州医药，2021，45(10)：1567-1568.

（责任编辑：钟志敏）