

壮医经筋推拿治疗中风偏瘫痉挛的临床研究观察

潘广喜 黄俊能 代琪 梁英业

广西中医药大学第一附属医院, 广西南宁, 530000;

摘要: 目的: 观察壮医经筋推拿治疗中风偏瘫痉挛的临床疗效。方法: 选取 86 例中风偏瘫痉挛患者, 随机分为观察组和对照组各 43 例, 对照组采用常规康复治疗, 观察组采用壮医经筋推拿疗法, 比较两组治疗总有效率及治疗前后肌张力、运动功能评分。结果: 观察组的总体有效率为 93.02%, 明显比对照组的 76.74% 高 ($P < 0.05$); 治疗前两组肌张力、运动功能评分无显著性差异 ($P > 0.05$); 治疗后两组上肢肌张力评分分别为 (1.47 ± 0.52) 分、(2.13 ± 0.61) 分, 下肢肌张力评分分别为 (1.38 ± 0.49) 分、(2.06 ± 0.58) 分, Fugl-Meyer 运动功能总分分别为 (71.3 ± 11.5) 分、(58.8 ± 10.3) 分, 观察组均优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 壮医经筋推拿治疗中风偏瘫痉挛可以有效地降低肌张力、改善运动功能、提高临床疗效, 有推广应用的价值。

关键词: 中风偏瘫痉挛; 壮医; 经筋推拿; 运动功能

DOI: 10.64216/3104-9656.25.03.015

引言

中风偏瘫痉挛是脑卒中患者康复期常见的运动功能障碍, 由于上运动神经元损伤造成肌张力异常增高、关节活动受限, 严重影响患者的日常生活能力及生活质量, 目前临床多采用被动牵伸训练、抗痉挛体位摆放、针刺治疗等常规康复方法, 但疗效不理想^[1]。壮医经筋推拿疗法把十二经筋理论同广西民间捉筋术融合起来, 遵照“松筋为主、解结为要”的治疗准则, 依照经筋循行路线开展深层松解手法, 可以较好地疏通经络、松筋解结, 具备操作简便、安全可靠、经济实惠等特点^[2]。本研究采用对照观察的方式, 观察壮医经筋推拿联合常规康复治疗中风偏瘫痉挛的临床疗效, 为临床提供安全有效的治疗方案, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2024 年 3 月至 2025 年 6 月在我院推拿科住院的中风偏瘫痉挛患者 86 例, 用随机数字表法分为观察组、对照组各 43 例。观察组男 27 例、女 16 例, 年龄 46 岁至 75 岁、平均(61.3 ± 8.7)岁, 病程 15 天至 6 个月、平均(2.8 ± 1.4)个月, 脑梗死 35 例、脑出血 8 例, 左侧偏瘫 23 例、右侧 20 例; 对照组男 29 例、女 14 例, 年龄 48 岁至 73 岁、平均(62.1 ± 9.2)岁, 病程 18 天至 6 个月、平均(2.6 ± 1.5)个月, 脑梗死 33 例、脑出血 10 例, 左侧偏瘫 21 例、右侧 22 例。两组基线资料比较无统计学差异 ($P > 0.05$), 有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组

常规康复治疗方案。患者仰卧或侧卧, 根据改良 Ashworth 量表评定结果选择痉挛明显的肌群做被动牵伸训练, 上肢主要牵伸肱二头肌、肱桡肌、指屈肌群, 下肢主要牵伸腓肠肌、比目鱼肌、股四头肌, 每组肌肉牵伸 30 秒至 60 秒, 重复 3 次至 5 次。采用 Bobath 技术进行抗痉挛体位摆放, 上肢为肩关节外展外旋、肘关节伸展、腕关节背伸、手指伸展位, 下肢为髋关节屈曲内旋、膝关节屈曲、踝关节背屈位, 每次保持 20 分钟至 30 分钟^[3]。同时进行针刺治疗, 选取极泉、尺泽、曲池、外关、合谷、阳陵泉、足三里、解溪、太冲等穴位, 用平补平泻法, 留针 30 分钟, 每天 1 次。

1.2.2 观察组

采用壮医经筋推拿疗法。手法原则以松筋为主、解结为要, 根据筋结部位大小、软硬程度、深浅层次, 采取轻以松结、中以解结、重以破结的递进式手法。患者取健侧卧位, 医者沿足太阳经筋循行路线, 用肘尖从患侧足底涌泉穴开始点按至足部发热并有热感向上传导, 然后用肘法(点、揉、按、摩、分筋、理筋等复式手法)沿足跟筋结、腓肠肌筋结、腓绳肌筋结、股二头肌筋结、臀大肌筋结依次松解到腰骶部, 手法要求刚柔相济、气到病所。再沿足少阳经筋走行, 用拇指指腹配合肘部重点松解腓骨长肌筋结、股外侧肌筋结、髂胫束、阔筋膜张肌、梨状肌筋结^[4]。患者改为仰卧位, 医者用拇指和四指配合前臂沿足阳明经筋方向, 从足背中三趾开始依

次松懈股四头内侧肌筋结、气冲筋结、腰大肌筋结，每次治疗 30 分钟至 40 分钟，每天 1 次。

1.3 观察指标

1.3.1 肌张力评估

用改良 Ashworth 量表来评价患者治疗前后患侧上肢和下肢肌张力，该量表分为 0 级到 4 级共 6 个等级，0 级为肌张力正常，1 级为肌张力轻度增高，1+级为在关节活动范围后 50%出现阻力，2 级为肌张力较明显增高但仍能较容易移动，3 级为被动活动困难，4 级为受累部分僵直，分值越高表明肌张力越高^[5]。

1.3.2 运动功能评估

采用 Fugl-Meyer 运动功能评分量表对患者治疗前后运动功能进行评价，该量表分为上肢运动功能 66 分、下肢运动功能 34 分，总分为 100 分，分值越高说明运动功能恢复越好^[6]。

1.3.3 临床疗效评定

参照国家中医药管理局的中医病证诊断疗效标准来制定疗效标准，显效为肌张力降低 2 级以上，Fugl-Meyer 评分提高 20 分以上，有效为肌张力降低 1 级，Fugl-Meyer 评分提高 10 分以上，无效为肌张力和运动功能评分均无明显变化或者恶化，总有效率为显效率和有效率之和^[7]。

1.4 统计学方法

用 SPSS21.0 进行分析，计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，经 t 检验，计数资料用 (%) 表示，统计学意义为 P<0.05。

2 结果

2.1 两组患者肌张力改善情况比较

治疗前两组患者上肢、下肢改良 Ashworth 量表评分比较差异无统计学意义(P>0.05);治疗后两组肌张力评分较治疗前均明显下降，观察组上肢、下肢肌张力评分均优于对照组(P<0.05)。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后肌张力改善情况比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	上肢肌张力				下肢肌张力			
	治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
观察组	3.21±0.68	1.47±0.52(1)2)	13.52	<0.05	3.15±0.72	1.38±0.49(1)2)	14.18	<0.05
对照组	3.18±0.71	2.13±0.61(1)	8.64	<0.05	3.19±0.69	2.06±0.58(1)	9.27	<0.05

注:1)与本组治疗前比较,P<0.05;2)与对照组治疗后比较,P<0.05

2.2 两组患者运动功能改善情况比较

治疗前两组患者 Fugl-Meyer 运动功能评分比较无统计学意义(P>0.05);治疗后两组上肢运动功能评分、下肢运动功能评分和总分均比治疗前明显提高，且观察组的各项评分都高于对照组(P<0.05)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后运动功能改善情况比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别		观察组	对照组
上肢运动功能	治疗前	28.4±6.3	27.9±6.5
	治疗后	46.7±8.2(1)2)	38.5±7.6(1)
	t	11.83	7.92
	P	<0.05	<0.05

下肢运动功能	治疗前	15.8±4.2	16.1±4.4
	治疗后	24.6±5.1(1)2)	20.3±4.8(1)
	t	9.47	5.38
	P	<0.05	<0.05
总分	治疗前	44.2±9.7	44.0±10.1
	治疗后	71.3±11.5(1)2)	58.8±10.3(1)
	t	12.64	7.85
	P	<0.05	<0.05

注:1)与本组治疗前比较,P<0.05;2)与对照组治疗后比较,P<0.05

2.3 两组临床疗效总有效率比较

观察组总有效率 93.02%,明显高于对照组的 76.74%(P<0.05)。见表 3。

表 3 两组临床疗效总有效率比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率	χ^2	P
观察组	43	25(58.14)	15(34.88)	3(6.98)	40(93.02)>1)	4.762	<0.05
对照组	43	16(37.21)	17(39.53)	10(23.26)	33(76.74)		

注:1)与对照组比较,P<0.05

3 讨论

中风偏瘫痉挛主要是由于上运动神经元损伤后牵张反射亢进、抑制性中间神经元功能减弱、肌梭敏感性增高而造成的,导致肌肉持续性收缩、关节活动受限。壮医学认为中风后气血运行不畅,经筋失养,筋脉拘急挛缩而导致痉挛,治疗当以疏通经络、松筋解结为法^[8]。壮医经筋推拿用肘法沿足太阳、足少阳、足阳明三条经筋循行路线做深层松解,重点对痉挛肌群的起止点和肌腹部位的筋结进行点、揉、按、摩等复式手法,可以松解痉挛肌群的病理性粘连和筋结,改善局部微循环,促进致痛物质代谢,通过手法刺激本体感受器调节牵张反射的兴奋性,使痉挛肌群张力趋于正常化。

中风之后运动功能障碍,不只是由于锥体束损伤引发的随意运动控制能力降低所致,而且同痉挛模式形成之后的异常运动模式固化,拮抗肌群协调失衡有着密切联系。《素问·调经论》说“病在筋,调之筋”,即筋病治疗要从筋入手^[9]。壮医经筋推拿依照点线面体的治疗规律,从足底涌泉穴开始沿经筋循行路线依次松解各个层次的筋结,既能解除痉挛肌群对于拮抗肌的抑制作用、恢复肌群之间的动态平衡,又可以通过手法刺激激活休眠的运动神经元、促进大脑皮层功能的重组和侧支循环的形成,配合气冲筋结、腰大肌筋结等核心部位的深层松解,可以改善躯干稳定性、为肢体分离运动的出现创造条件,使患者从整体运动模式转变为选择性运动模式。

壮医经筋推拿将十二经筋理论和广西民间“捉筋术”、“查灶术”结合起来,形成具有民族特色的疗法,核心是强调筋结查灶和解结,用肘法等刚性手法深入病灶松解,可以突破浅层软组织直达深层筋膜和肌腱附着点,达到“气到病所”的治疗目的^[10]。该疗法操作简便、安全性高、患者依从性好,不会给患者增加经济负担,适合基层医疗机构推广应用。

综上所述,壮医经筋推拿联合常规康复治疗中风偏瘫痉挛患者,沿足太阳、足少阳、足阳明经筋循行路线进行松筋解结手法治疗,能降低患肢肌张力,明显改善运动功能,临床总有效率明显高于单纯常规康复治疗,说明该疗法对痉挛缓解和运动功能恢复有确切疗效,将十二经筋理论与壮医民间捉筋术相结合的独特治疗模式,操作简便、安全、经济负担小,适合在基层医疗机构推广应用,为中风偏瘫痉挛患者康复提供安全有效的治疗方案。

参考文献

- [1] 马奇,王磊. 疏经通脉推拿与经筋相交针刺法联合治疗对中风偏瘫患者的影响[J]. 宁夏医学杂志, 2025, 47(08): 721-723.
- [2] Wang K, Yang F, Liu W, et al. [Study on knowledge organization and representation of medical records of stroke treated with acupuncture and moxibustion in ancient time]. [J]. Zhong guo zhen jiu = Chinese acupuncture & moxibustion, 2025, 45 (6): 851-860.
- [3] 赵炬禹,兰蕾. 从调少阳论壮医经筋疗法治疗中风后下肢麻木的思路[J]. 中国民族民间医药, 2024, 33(16): 5-8.
- [4] 钱婷婷,孙培养. 基于“经筋”理论治疗脑卒中后痉挛性偏瘫研究进展[J]. 中医药临床杂志, 2023, 35(11): 2261-2266.
- [5] Weichen S, Guangcheng J, Longman L, et al. Tuina for shoulder pain after stroke: A protocol for systematic review and meta-analysis [J]. Medicine, 2022, 101 (46): e31828-e31828.
- [6] 张书昊,于志峰,岳萍,等. 针灸推拿治疗中风后肢体痉挛的文献计量学研究[J]. 中医药导报, 2022, 28(04): 124-130.
- [7] 李湛鑫,张馨心,高显焯,等. 推拿治疗中风后痉挛性瘫痪的临床应用现状[J]. 吉林中医药, 2021, 41(09): 1239-1243.
- [8] 游佳. 以经筋理论为基础的中医综合康复护理对急性中风偏瘫病人运动功能、心理状态及生活质量的影响[J]. 全科护理, 2021, 19(05): 661-664.
- [9] 郑蒙,俞晓飞. 经筋理论对中风后痉挛性偏瘫的临床指导意义[J]. 上海中医药杂志, 2021, 55(01): 39-42.
- [10] 马健芸,许军峰,楚佳琪. 针刺结合经筋推拿治疗缺血性卒中后患者上肢痉挛性瘫痪的疗效观察[J]. 天津中医药, 2020, 37(04): 434-437.

第一作者:潘广喜(1979-),男,主治医师,研究方向:针灸推拿的临床应用;

通讯作者:梁英业(1992-),男,副研究员,研究方向:针灸推拿的临床应用与基础研究。

基金项目:广西中医药管理局自筹项目(GXZYA20230094)