

头部围针、体针联合作业疗法对脑卒中后上肢痉挛性偏瘫患者认知、肌痉挛和患肢精细运动的影响

陆家卉, 阴秀春, 李元婧

宁波市康复医院老年重症康复科, 浙江 宁波 315100

[摘要] 目的: 观察头部围针、体针联合作业疗法对脑卒中后上肢痉挛性偏瘫患者认知功能、肌痉挛及患肢精细运动的影响。方法: 选取2023年3月—2024年3月宁波市康复医院收治的100例脑卒中伴上肢痉挛性偏瘫患者为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组和研究组各50例。对照组给予作业疗法进行康复治疗, 研究组给予头部围针、体针联合作业疗法进行康复治疗。治疗2个月后, 比较2组治疗前后神经功能[美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)、神经功能缺损程度量表(NDS)]、认知功能[蒙特利尔认知评估量表(MoCA)]、肌痉挛评分[上肢改良Ashworth量表(MAS)]、上肢精细运动功能[简式Fugl-Meyer运动功能评定量表(FMA)、Carroll手功能评定(UEFT)]、日常生活活动能力[改良Barthel指数(MBI)、功能独立性评定量表(FIM)]的差异。结果: 治疗后, 2组NIHSS、NDS评分均较治疗前降低($P<0.05$), 且研究组NIHSS、NDS评分均低于对照组($P<0.05$)。治疗后, 2组MoCA评分均较治疗前升高($P<0.05$), 且研究组MoCA评分高于对照组($P<0.05$)。治疗后, 2组肌痉挛MAS评分均较治疗前降低($P<0.05$), 且研究组肌痉挛MAS评分低于对照组($P<0.05$)。治疗后, 2组FMA、UEFT评分均较治疗前升高($P<0.05$), 且研究组FMA、UEFT评分均高于对照组($P<0.05$)。治疗后, 2组MBI、FIM评分均较治疗前升高($P<0.05$), 且研究组MBI、FIM评分均高于对照组($P<0.05$)。结论: 头部围针、体针联合作业疗法康复治疗脑卒中后上肢痉挛性偏瘫具有良好疗效, 能改善患者神经功能、认知功能及上肢肌肉痉挛, 提高上肢精细运动功能及日常生活活动能力。

[关键词] 脑卒中; 上肢痉挛性偏瘫; 头部围针; 体针; 作业疗法; 认知功能; 肌痉挛; 患肢精细运动

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2025) 04-0083-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2025.04.017

Effects of Scalp Acupuncture and Body Acupuncture Combined with Occupational Therapy on Cognition, Muscular Spasticity, and Fine Motor of Affected Limbs in Patients with Spastic Hemiplegia of Upper Limbs After Stroke

LU Jiahui, YIN Xiuchun, LI Yuanjing

Elderly Intensive Rehabilitation Department, Ningbo Rehabilitation Hospital, Ningbo Zhejiang 315100, China

Abstract: **Objective:** To observe the effects of scalp acupuncture and body acupuncture combined with occupational therapy on cognition, muscular spasticity, and fine motor of affected limbs in patients with spastic hemiplegia of upper limbs after stroke. **Methods:** A total of 100 patients with stroke were treated in the Ningbo Rehabilitation Hospital from March 2023 to March 2024 were selected and divided into the control group and the study group according to the random number table method, with 50 cases in each group. The control group received occupational therapy for rehabilitation, and the study group received scalp acupuncture and body acupuncture combined

[收稿日期] 2024-05-13

[修回日期] 2024-11-04

[基金项目] 宁波市康复医院院级项目(2020FH18)

[作者简介] 陆家卉(1992-), 女, 主治医师, E-mail: 121999494@qq.com。

with occupational therapy for rehabilitation. After two months of treatment, the differences in neurological function [National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), Neurological Deficit Scale (NDS)], cognitive function [Montreal Cognitive Assessment (MoCA)], muscular spasticity [Modified Ashworth Scale (MAS) for upper limbs], fine motor function of the upper limbs [Simplified Fugl-Meyer Assessment (FMA), Carroll Upper Extremity Function Test (UEFT)], and activities of daily living [Modified Barthel Index (MBI), Functional Independence Measure (FIM)] were compared between the two groups before and after treatment. **Results:** After treatment, the scores of NIHSS and NDS in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the study group had lower scores of NIHSS and NDS compared to the control group ($P < 0.05$). MoCA scores in the two groups increased significantly after treatment ($P < 0.05$), with the study group showing higher MoCA score than the control group ($P < 0.05$). MAS scores for muscular spasticity in the two groups decreased significantly after treatment ($P < 0.05$), with the study group showing lower MAS score than the control group ($P < 0.05$). The scores of FMA and UEFT in the two groups increased significantly after treatment ($P < 0.05$), with the study group showing higher scores of FMA and UEFT than the control group ($P < 0.05$). The scores of MBI and FIM in the two groups increased significantly after treatment ($P < 0.05$), with the study group showing higher scores of MBI and FIM than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Scalp acupuncture and body acupuncture combined with occupational therapy has a significant therapeutic effect on patients with spastic hemiplegia of upper limbs after stroke, which can improve neurological function, cognitive function, and muscular spasticity of upper limbs, as well as enhance fine motor function of upper limbs and activities of daily living.

Keywords: Stroke; Spastic hemiplegia of upper limbs; Scalp acupuncture; Body acupuncture; Occupational therapy; Cognitive function; Muscular spasticity; Fine motor of affected limbs

偏瘫是脑卒中常见后遗症之一，主要表现为一侧肢体肌力减弱或丧失，常常伴有感觉障碍、语言障碍和认知障碍。中医学认为，脑卒中多由气血逆乱、脏腑功能失调及经络阻塞等多种因素引起，治疗多以活血化瘀、祛痰通络为原则，常用中药调治、针灸疗法等治疗，特别是头部围针和体针通过调和气血、疏通经络而促进神经功能恢复^[1]。传统的作业疗法治疗脑卒中能够一定程度上提高患者的生活质量，改善临床症状^[2]。笔者在传统作业疗法的基础上，联合头部围针、体针治疗脑卒中后上肢痉挛性偏瘫患者，收到良好疗效，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》^[3]脑卒中的诊断标准，并经头颅CT或颅脑MRI检查确诊为脑卒中。

1.2 纳入标准 符合脑卒中诊断标准，并伴有上肢痉挛性偏瘫；患者意识清楚，肢体功能处于恢复期；依从性良好，愿配合治疗；患者及家属对本研究知

情同意。

1.3 排除标准 存在头颅手术史或损伤者；伴有脑出血者；存在恶性肿瘤、血液病、免疫疾病、严重心肺肾脑等疾病；存在精神疾病或沟通困难者；近期接受过其他有关脑卒中的治疗者。

1.4 一般资料 选取2023年3月—2024年3月宁波市康复医院收治的脑卒中后上肢痉挛性偏瘫患者100例，按照随机数表法分为对照组与研究组各50例。对照组男26例，女24例；年龄34~68岁，平均 (53.38 ± 5.24) 岁；发病至入院时间1~5 h，平均 (3.62 ± 1.21) h；上肢偏瘫侧：左侧27例，右侧23例。研究组男27例，女23例；年龄35~70岁，平均 (52.85 ± 5.64) 岁；发病至入院时间1~5 h，平均 (3.58 ± 1.25) h；上肢偏瘫侧：左侧24例，右侧26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。本研究经宁波市康复医院伦理委员会审核通过[伦审号：(2024)年伦理审查(科研第005)号]。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予作业疗法康复治疗。对患者的病情、能力进行全面的评估。依据评估结果,与患者及家属共同制定短期和长期的康复目标。根据患者的具体情况,进行针对性训练。①日常生活能力训练:针对患者的具体情况,设计穿衣、洗漱、进食等一系列日常生活活动,通过反复练习,帮助患者逐渐恢复日常生活能力。②手功能训练:对于手部功能障碍者,进行有针对性的手部活动训练,如抓握、捏、夹等动作,以恢复手部功能。③认知训练:通过注意力训练、记忆力训练等一系列认知活动,提高患者的认知能力,帮助其更好地适应日常生活。④平衡与协调训练:在治疗师的帮助下,进行坐位、立位平衡训练逐步过渡到身体协调训练,协调性训练包括练习控制身体各部分的运动,如手、脚、头部和躯干等。可以通过一些游戏或活动来训练,例如拍球、跳绳、跳舞等。⑤心理康复:提供心理疏导和支持,帮助患者建立战胜疾病的信心;鼓励患者家属参与康复过程,充分利用社区资源,使患者在家庭和社区中得到持续的康复训练。⑥定期评估与随访:出院后给予相关康复指导,包括功能锻炼、饮食调整等;提醒患者定期随访复查,了解患者的康复情况和需求,以便及时调整康复计划和治疗方案;对患者的生活质量和心理健康定期进行评估,根据评估结果调整康复计划。治疗时间为2个月。

2.2 研究组 在对照组基础上实施头部围针、体针治疗。①头部围针治疗。在确定病灶中心层面时,依据CT和MRI的检查结果,识别出距离病灶中心最近的头皮上的一点,并将其作为圆心,划定一个直径为3~4 cm的圆。沿着这个圆的周边,向圆心方向进行皮刺针的操作。在这个过程中,采用捻转手法,或者使用电针仪连接焦氏头针进行操作,确保治疗的准确性和有效性。②体针治疗。选穴:穴位包括主穴百会,配穴上星、印堂等头部穴位;主穴曲池、外关,配穴手三里等上肢穴;主穴足三里、三阴交,配穴涌泉等下肢穴位。每次取穴不宜过多,一般每次选择1~2个主穴及相应配穴,可轮流交替使用。常规针刺治疗,每天1次,连续10天为1个疗程,持续治疗2个月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 2组分别于治疗前后采用问卷调查

的方式进行疗效评价。①神经功能。采用了国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)和神经功能缺损程度量表(NDS)评估神经功能缺损程度^[4-5]。NIHSS量表包括11个评估项目,每个项目最高分4分,总分为44分。得分越低表示神经功能越好;NDS包含意识、语言、运动、感觉、共济失调等8个评估维度,共45分。0~15分表示神经功能轻度影响,16~30分表示中度损伤,31~45分表示重度损伤。②认知功能。采用蒙特利尔认知评估量表(MoCA)评分^[6],对患者认知功能恢复情况进行评估。该量表包括7个评估项目,总分为30分,得分越高表示认知功能越好。③肌痉挛情况。采用上肢改良Ashworth量表(MAS)^[7],对患者的肌痉挛情况进行评估。总分4分,其中0分表示无肌张力增加,4分表示肌张力极度增加,肌肉僵硬。④上肢精细运动功能。采用简式Fugl-Meyer运动功能评定量表(FMA)和Carroll手功能评定(UEFT)评估上肢精细运动功能^[8-9]。FMA上肢包括手、腕、肘和肩部等多方面的评估,共66分,评分越高表示患者上肢肢体运动功能越好。UEFT分为6大类,共33项,包括抓握、握、侧捏、捏、放置、旋前和旋后等,共99分,分数越高表示患者手部精细运动越好。⑤日常生活活动能力。采用改良Barthel指数(MBI)和功能独立性评定量表(FIM)^[10-11]进行评估。MBI聚焦于10项核心日常活动,每项活动均采用0~10分的细致评分法,总分跨度为0~100分。FIM涵盖移动能力、自我照顾、运动能力、括约肌控制、对社会的认知及交流能力等6项内容,采用1~7分的评分法,从1级(完全依赖)~7级(完全独立),总分126分。MBI和FIM的评分与患者日常生活活动能力之间呈正向关系。

3.2 统计学方法 所有数据均采用SPSS24.0软件进行统计学分析。计量资料符合正态分布者以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用配对样本或成组样本 t 检验;计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 治疗结果

4.1 2组治疗前后神经功能比较 见表1。治疗前,2组神经功能指标NIHSS、NDS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2组NIHSS、NDS评分均较治疗前降低($P < 0.05$),且研究组NIHSS、NDS评分低于对照组($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后神经功能比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	NIHSS		NDS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	50	35.33±3.54	15.42±2.27 ^{①②}	27.64±4.31	13.38±2.62 ^{①②}
对照组	50	35.42±3.48	20.51±2.59 ^①	27.72±4.26	18.53±3.26 ^①

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

4.2 2组治疗前后MoCA评分比较 见表2。治疗前，2组认知功能指标MoCA评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组MoCA评分均较治疗前升高($P<0.05$)，且研究组MoCA评分高于对照组($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后MoCA评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
研究组	50	15.49±2.63	24.82±3.40	15.348	<0.001
对照组	50	15.54±2.56	20.67±2.85	9.469	<0.001
t 值		0.096	6.614		
P 值		0.924	<0.001		

4.3 2组治疗前后肌痉挛MAS评分比较 见表3。治疗前，2组肌痉挛MAS评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组肌痉挛MAS评分均较治疗前降低($P<0.05$)，且研究组肌痉挛MAS评分低于对照组($P<0.05$)。

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

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
研究组	50	1.57±0.62	0.81±0.67	5.887	<0.001
对照组	50	1.65±0.57	1.34±0.72	2.387	0.019
t 值		0.672	3.810		
P 值		0.503	<0.001		

4.4 2组治疗前后FMA、UEFT评分比较 见表4。治疗前，2组FMA、UEFT评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组FMA、UEFT评分均较治疗前升高($P<0.05$)，且研究组FMA、UEFT评分均高于对照组($P<0.05$)。

4.5 2组治疗前后MBI、FIM评分比较 见表5。治疗前，2组MBI、FIM评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组MBI、FIM评分均较治疗前升高($P<0.05$)，且研究组MBI、FIM评分高于对照组($P<0.05$)。

表4 2组治疗前后FMA、UEFT评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	FMA		UEFT	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	50	32.35±3.41	52.54±4.42 ^{①②}	40.63±7.82	57.69±10.53 ^{①②}
对照组	50	31.95±3.78	44.63±4.17 ^①	40.56±7.90	48.51±10.47 ^①

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

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

组别	例数	MBI		FIM	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	50	51.26±5.34	83.62±7.48 ^{①②}	63.61±6.57	94.73±10.42 ^{①②}
对照组	50	50.88±5.67	74.53±6.39 ^①	63.70±6.48	82.81±9.74 ^①

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

5 讨论

脑卒中后上肢痉挛性偏瘫患者常常面临身体功能受限、生活自理能力下降等问题，致使生活质量下降。作业疗法作为一种重要的康复手段，在脑卒中的康复治疗中得到了广泛应用。然而，传统的作业疗法在某些方面仍有局限性，尤其是在改善肌痉挛、患肢精细运动方面效果较差。本研究在作业疗法的基础上联合头部围针、体针治疗，观察二者联合对脑卒中后上肢痉挛性偏瘫患者认知、肌痉挛和患肢精细运动的影响。

本研究结果显示，研究组NIHSS、NDS评分低于对照组，这得益于研究组应用头部围针联合体针治疗能广泛地刺激患者的神经系统，从而起到更好的治疗效果。头部围针通过刺激大脑皮层的运动中枢，有助于改善患者的认知功能和运动控制能力。而体针则能够直接作用于患者的肌肉和神经，有效缓解肌痉挛，提高患肢的精细运动功能。此外，头部围针、体针联合作业疗法能够有效促进血液循环和淋巴循环，加速新陈代谢，有助于缓解炎症反应和减轻疼痛。本研究结果显示，研究组MoCA评分高于对照组，MAS评分低于对照组，提示联合治疗可有效改善患者认知功能，减轻卒中后肌肉痉挛。究其原因，针灸疗法可促进脑部血液循环而改善脑损伤、作业疗法可加强上肢功能锻炼而缓解肌肉紧张有关。且二者联合应用可以调节患者的神经内分泌系统，产生协同效应。头部围针、体针治疗可以缓解肌痉挛、减轻肌肉的异常收缩，为作业疗法创造更好的

训练条件；同时作业疗法通过针对性的训练，进一步加强肌肉的控制能力，减少肌痉挛的发生。

本研究结果显示，研究组FMA、UEFT评分均高于对照组，提示联合治疗可进一步提高患肢精细运动。其原因在于针灸治疗与作业疗法之间的协同作用，不仅能促进神经功能恢复，还能够通过具体的训练活动提高上肢肌肉力量和协调性。同时，联合康复治疗还可能通过改善患者的心理状态，提高康复治疗的依从性和积极性，从而间接促进上肢精细运动功能的恢复。通过缓解焦虑、抑郁等负面情绪，增强患者对康复治疗的信心和期望，联合治疗能够创造一个更加积极、有利于康复的心理环境。本次研究结果还显示，研究组MBI、FIM评分均高于对照组，提示联合治疗能更好地改善患者的日常生活活动能力。头部围针和体针作为传统的针灸疗法，通过刺激特定的穴位，能够促进脑部神经的再生和修复，这种调整有助于改善患者的运动控制能力和协调能力，从而为日常生活活动打下良好基础。作业疗法则通过一系列针对性的作业训练，可使患者掌握日常生活的技巧。这些教育内容涵盖了日常生活能力训练、手功能训练、认知训练、平衡与协调训练等，确保患者在日常生活中能够采取正确、安全的方式进行活动。

综上所述，头部围针、体针联合作业疗法康复治疗脑卒中后上肢痉挛性偏瘫患者，对患者认知、肌痉挛和患肢精细运动及患者日常生活活动能力均具有积极的影响，值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 范琳, 吉文彬. 针灸联合等速肌力训练治疗脑卒中偏瘫恢复期的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(16): 2826-2829.
- [2] 童心, 卢燕, 张永卿, 等. 悬吊下数字作业疗法系统训练对脑卒中偏瘫患者上肢运动功能的效果[J]. 中国康复理论与实践, 2022, 28(11): 1259-1264.
- [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] 朱金妹, 庄任, 何俊, 等. 阴阳平衡透刺法联合康复训练治疗脑卒中偏瘫上肢痉挛疗效观察[J]. 中国针灸, 2020, 40(7): 697-701.
- [5] 房慧岭, 王迅, 赵鹏飞. “滋水涵木”针刺法结合毫火针治疗中风后痉挛性偏瘫临床研究[J]. 陕西中医, 2024, 45(2): 264-269.
- [6] 杨伟毅, 邹慧莉, 胡晓辉. 氟西汀联合重复经颅磁刺激对急性脑卒中后抑郁患者的认知功能、神经功能及血清BDNF、CRP的影响[J]. 海南医学, 2020, 31(8): 959-962.
- [7] 刘薇, 皮敏, 翁妍珊, 等. 声触诊弹性测量对中风后痉挛的针刺治疗评估[J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(6): 1314-1318.
- [8] 刘兰兰, 宋曼萍, 耿翊宁. 焦氏头针联合薄氏腹针对老年脑卒中患者FMA评分及平衡功能的影响[J]. 中国老年学杂志, 2020, 40(7): 1385-1387.
- [9] 张宁, 鄢淑燕, 郑广昊, 等. 针刺联合镜像视觉反馈训练对卒中偏瘫患者上肢功能及日常生活能力的影响[J]. 山东中医杂志, 2021, 40(2): 157-161.
- [10] 黄馨云, 夏秋芳, 朱慧雯, 等. 运动针法联合康复训练治疗脑卒中后上肢痉挛性瘫痪疗效观察[J]. 中国针灸, 2020, 40(15): 473-478.
- [11] 陈小云, 陈书园, 李娟. 认知训练对脑卒中患者肢体功能和日常生活功能恢复的影响[J]. 中国心理卫生杂志, 2020, 34(4): 299-304.

(责任编辑: 冯天保, 邓乔丹)