

# The Observation of the Curative Effect of Phased Acupuncture Combined with Shaoyao Gancao Decoction in the Treatment of Spastic Hemiplegia

Xinyi Li Wenping Dong\* Xueping Han Lei Feng Zhenzhen Guo

The 9th Division Hospital of Xinjiang Production and Construction Corps, Xinjiang Production and Construction Corps, 834600, China

## Abstract

**Objective:** To investigate the clinical efficacy of staged acupuncture combined with Shaoyao Gancao Decoction in the treatment of spastic hemiplegia and analyze its improvement effects on patients' muscle tone and activities of daily living (ADL). **Methods:** A total of 32 patients with spastic hemiplegia from January 2024 to December 2025 were selected as the study subjects. A randomized controlled trial was conducted, dividing the 32 patients into a control group (16 cases, treated with traditional acupuncture combined with TCM syndrome differentiation and herbal medicine) and an observation group (16 cases, treated with staged acupuncture combined with Shaoyao Gancao Decoction). Both groups received combined basic rehabilitation interventions. The Ashworth spasticity scores and ADL scores in each dimension were compared before and after treatment. **Results:** Before treatment, there were no statistically significant differences in Ashworth spasticity scores or ADL scores in each dimension between the two groups ( $P > 0.05$ ). After treatment, both groups showed improvements in the aforementioned indicators compared to pre-treatment levels. The observation group demonstrated greater improvements in key muscle groups such as elbow flexors, wrist flexors, and ankle plantar flexors compared to the control group. The ADL scores in dimensions such as dressing, toileting, bed-to-chair transfer, and walking were significantly higher in the observation group than in the control group, with statistically significant differences ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Staged acupuncture combined with Shaoyao Gancao Decoction can more effectively alleviate the increased muscle tone in patients with spastic hemiplegia and improve their self-care abilities. The clinical efficacy is significant, making it worthy of promotion and application.

## Keywords

Staged Acupuncture; Paeoniae Radix and Glycyrrhizae Radix Decoction; Spastic Hemiplegia; Randomized Controlled Trial

# 分期针刺配合芍药甘草汤治疗痉挛性偏瘫的疗效观察

李心怡 董文苹\* 韩雪平 冯磊 郭珍珍

新疆生产建设兵团第九师医院, 中国·新疆 塔城 834600

## 摘要

**目的:** 探讨分期针刺配合芍药甘草汤治疗痉挛性偏瘫的临床疗效, 分析其对患者肌张力、日常生活能力的改善作用。 **方法:** 选择2024年1月至2025年12月我院32例痉挛性偏瘫患者为研究对象, 采用随机对照试验方法, 将32例患者分为对照组(16例, 传统针刺配合中医辨证方药治疗)与观察组(16例, 分期针刺配合芍药甘草汤治疗)。两组均联合基础康复干预, 对比治疗前后两组患者Ashworth痉挛评分及日常生活能力(ADL)各维度评分。 **结果:** 治疗前, 两组患者Ashworth痉挛评分、ADL各维度评分比较无统计学差异( $P > 0.05$ ); 治疗后, 两组上述指标均较治疗前改善, 且观察组肘屈肌、腕屈肌、踝跖屈肌等关键肌群改善幅度大于对照组; 穿衣、如厕、床椅转移、行走等ADL维度评分高于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。 **结论:** 分期针刺配合芍药甘草汤可更有效缓解痉挛性偏瘫患者的肌张力增高状态, 提升日常生活自理能力, 临床疗效显著, 值得推广应用。

## 关键词

分期针刺; 芍药甘草汤; 痉挛性偏瘫; 随机对照试验

**【作者简介】**李心怡(1987-), 中国湖北郧县人, 本科, 副主任医师, 从事中医研究。

**【通讯作者】**董文苹(1987-), 女, 中国四川乐至人, 本科, 主治医师, 从事针灸推拿研究。

## 1 引言

痉挛(肌张力增高)期是脑血管病后常见且必经的神经恢复过程, 早期可能有积极的作用, 如维持肌肉形态、支撑稳定性等, 但若肌张力持续增高, 不受控制发展时, 就成为了功能恢复的主要障碍<sup>[1]</sup>。痉挛性偏瘫以肌肉紧张度增加、

关节屈伸障碍、不自主的运动姿势为主要特征,此时期是脑血管病患者康复的重要节点<sup>[2]</sup>;目前针对此时期进行的康复训练可提高运动水平,但单纯的康复训练或者常规针刺治疗,对肢体痉挛的缓解效果有限<sup>[3]</sup>。中医认为中风后偏瘫多是正虚为本、痰瘀为标,痉挛性偏瘫多为邪气久留后筋脉失养、虚风内动,故而出现肢体挛急不舒<sup>[4]</sup>。《伤寒论》中的芍药甘草汤就以“酸甘化阴、柔肝缓急”的方法来治痉挛期偏瘫,古今很多医家用它来治“挛急”一症,现代的研究也证实了此方对于肌肉痉挛有很好的调节作用<sup>[5]</sup>。根据痉挛期病机特点,给予分期针刺:软瘫期以“益气活血、温通经络”为则,多取阳经穴位;痉挛期遵“泻急补缓、柔筋缓急”,侧重阴阳经透刺;恢复期循“滋阴养血、强筋健骨”,兼顾补泻。联合服用中医辨证三类证型方药合用芍药甘草汤,或能标本兼治,从而提高临床疗效,本文基于以上思路对其进行治疗痉挛性偏瘫的临床效果进行观察及分析。

## 2 资料与方法

### 2.1 一般资料

选择2024年1月至2025年12月间我院收治的患者32例作为本次研究的对象,采用随机数表法分组,分为对照组(16例,传统针刺配合芍药甘草汤治疗)与观察组(16例,分期针刺配合芍药甘草汤治疗)。所有患者年龄在45-78岁之间,平均年龄(62.3±8.5)岁。所有患者均符合痉挛性偏瘫诊断标准,中医辨证属风痰阻络证、气虚络瘀证或肝肾两虚证,临床资料完整且自愿参与本研究。

### 2.2 纳入与排除标准

纳入标准:符合脑卒中诊断标准,经头颅CT或MRI证实,遗留单侧肢体痉挛性偏瘫;Ashworth痉挛评分I-III级;病程14天-6个月,处于中风恢复期;意识清晰,能配合治疗与评估;中医辨证属风痰阻络证、气虚络瘀证或肝肾两虚证;患者及家属知晓研究内容,自愿签署知情同意书;临床资料可完整追踪疗效指标。

排除标准:合并严重心肝肾衰竭、恶性肿瘤;严重感染或全身性疾病急性期;意识障碍、认知功能缺陷无法配合治疗;凝血功能障碍、皮肤破损或感染影响针刺;对芍药甘草汤及相关中药成分过敏;既往有肢体功能障碍病史;妊娠或哺乳期女性;临床资料缺失,影响疗效评估;中途转院或退出研究。

### 2.3 方法

#### 2.3.1 基础康复干预

①采用抑制性体位,打破肌痉挛模式:所有患者进行体位管理,采用抑制性体位,维持抗痉挛体位,卧位时使用楔形枕辅助摆放。

②采用神经促进技术中的抑制性手法降低肌张力:采用Bobath技术、Brunnstrom技术,通过抑制异常运动模式、

促进正常运动功能恢复,每日1次,每次30分钟。

③借助支具或夹板缓慢牵张肌肉:根据患者肢体畸形情况,正确佩戴踝足矫形器、分指板等。

④肌肉牵张技术(被动徒手牵张,自我牵张):每日进行2次系统性被动/主动牵伸训练,每个关节牵伸维持30秒,每组10-20次,缓解肌张力增高。

⑤理疗:给予患者物理因子治疗,进行功能性电刺激、蜡疗等治疗,每周5次,每次20分钟。

⑥运动训练:根据评定结果及病情给予平衡训练、步态训练、日常生活能力训练等。

#### 2.3.2 对照组

采用传统针刺联合中医辨证方药治疗

①中医辨证方药治疗。

风痰阻络证:治法搜风化痰、行瘀通络,予解语丹加减,药物组成:白附子、石菖蒲、远志、天麻、全蝎、羌活、南星等,每日1剂,水煎400mL,分早晚两次餐后温服。

气虚络瘀证:治法益气活血通络,予补阳还五汤加减,药物组成:黄芪、当归尾、赤芍、地龙、川芎、红花、桃仁等,每日1剂,水煎400mL,分早晚两次餐后温服。

肝肾两虚证:治法滋养肝肾,予左归丸合地黄饮子加减,药物组成:熟地黄、枸杞子、山药、山茱萸、麦冬、五味子、肉苁蓉等,每日1剂,水煎400mL,分早晚两次餐后温服。

②常规针刺治疗:遵循“治痿独取阳明”原则,取穴为肩髃、臂臑、手五里、手三里、外关、合谷、八邪、髀关、伏兔、足三里、阳陵泉、三阴交、悬钟、太冲。针刺操作:采用0.30mm×40mm毫针,常规消毒后直刺,得气后留针30分钟,每日1次,每周治疗5次。

#### 2.3.3 观察组

在上述辩证用方基础上,每种证型方药合用芍药甘草汤治疗:

①芍药甘草汤治疗:基于“酸甘化阴、柔肝缓急”理论,采用经典芍药甘草汤为基础方,原方为芍药、炙甘草各四两,结合现代用药规范及临床实践,调整药物组成及剂量为白芍18g、炙甘草10g,加入对应辨证后的药方中同煎。煎服方法:上诸药(含辨证方药与芍药甘草汤药材)以水800mL浸泡30分钟后,武火煮沸转文火煎煮30分钟,煮取400mL,去滓,分早晚两次餐后温服,每日1剂。

②分期针刺治疗(针对痉挛期):上肢以阳经穴位为主,下肢以阴经穴位为主,配合电针兴奋对应经络,上肢兴奋阳经,下肢兴奋阴经。上肢取肩髃透臂臑、臑会透天井、四渎透外关、阳溪透偏历;下肢取箕门透血海、阴陵泉透地机、曲泉透阴包、三阴交透照海。采用0.30mm×50mm毫针,常规消毒后进行透刺操作,针刺手法为平补平泻,得气后连接电针仪,采用连续波密波,频率2Hz,强度以患者耐受为度,留针30分钟,每日1次,每周治疗5次。

## 2.4 评价标准

①痉挛程度评估: 采用Ashworth痉挛评定表, 对肘屈肌、腕屈肌、指屈肌、踝跖屈肌进行评分, 评分范围0-IV级共6级, 分数越高痉挛程度越重。

②日常生活能力评估: 采用ADL量表, 从穿衣、如厕、床椅转移、行走等评分, 每个维度0-15分, 分数越高日常生活自理能力越强。

## 2.5 统计学指标

采用SPSS26.0统计软件进行统计分析, Ashworth痉挛评分为等级资料(0-IV级), 用‘等级范围’描述分布特征, 组间治疗后等级分布比较采用秩和检验; 计数资料用率(%)表示, 采用 $\chi^2$ 检验;  $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 3 结果

### 3.1 两组患者 Ashworth 痉挛评定表各关节肌群评分比较

治疗后, 两组患者各关节肌群痉挛等级均较治疗前降低, 对照组痉挛等级降至 I - I<sup>+</sup>级, 观察组降至 0- I<sup>+</sup>级; 观察组肘屈肌、腕屈肌及踝跖屈肌等关键功能肌群痉挛等级改善程度优于对照组, 组间等级分布比较差异有统计学意义(Z值分别为 3.412、3.786、2.514、4.129,  $P < 0.05$ ); 见表1。

### 3.2 两组患者日常生活能力(ADL)各维度评分比较

治疗前, 两组患者在穿衣、如厕、行走、床椅转移等ADL各维度评分比较, 差异无统计学意义。治疗后, 观察组患者ADL各维度恢复水平明显优于对照组, 组间差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 见表2。

表1 两组患者 Ashworth 痉挛评定表各关节肌群痉挛等级分布比较(例, n=16)

组别	时间	肘屈肌	腕屈肌	指屈肌	踝跖屈肌
对照组	治疗前	I - III级	I - III级	I - III级	I - III级
对照组	治疗后	I - I <sup>+</sup> 级	I - I <sup>+</sup> 级	I - I <sup>+</sup> 级	I - I <sup>+</sup> 级
观察组	治疗前	I - III级	I - III级	I - III级	I - III级
观察组	治疗后	0- I <sup>+</sup> 级	0- I <sup>+</sup> 级	0- I <sup>+</sup> 级	0- I <sup>+</sup> 级
Z值(治疗后组间)	—	3.412	3.786	2.514	4.129
P值(治疗后组间)	—	0.002	0.001	0.017	0.010

注: Ashworth 痉挛评分标准: 0级 = 无痉挛; I级 = 轻度痉挛, 被动活动时出现短暂阻力; I<sup>+</sup>级 = 轻度~中度痉挛, 被动活动中阻力持续但可完成全范围运动; II级 = 中度痉挛, 被动活动阻力明显, 需用力才能完成运动; III级 = 重度痉挛, 被动活动严重受阻; IV级 = 完全痉挛, 肢体僵硬无法活动。治疗前两组各肌群痉挛等级比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表2 两组患者日常生活能力(ADL)各维度评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	穿衣	如厕	行走	床椅转移
对照组(治疗前)	16	5.2 ± 1.1	4.6 ± 1.2	4.4 ± 1.3	3.9 ± 1.1
对照组(治疗后)	16	7.1 ± 1.3	6.5 ± 1.4	6.2 ± 1.2	5.8 ± 1.3
观察组(治疗前)	16	5.3 ± 1.0	4.7 ± 1.1	4.5 ± 1.2	4.0 ± 1.0
观察组(治疗后)	16	8.3 ± 1.2	7.9 ± 1.3	7.6 ± 1.1	7.4 ± 1.2
t值	—	2.641	3.214	3.118	3.947
P值	—	0.013	0.003	0.004	0.012

## 4 讨论

### 4.1 痉挛性偏瘫的病机特点与治疗难点分析

痉挛型偏瘫是最常见的中风后运动功能障碍类型之一, 因中枢抑制系统受损, 兴奋性反射增高、肌肉本体感受器功能失调等多种原因造成。临床上对痉挛的认识不能局限于局部肌肉本身, 而应考虑为神经系统-肌肉-反射活动紊乱所致的结果, 仅仅针对局部肌肉进行肌张力控制, 效果往往不理想<sup>[6]</sup>。

中医认为本病虽发于脑而责之于肝、肾、脾诸脏功能失调所致<sup>[7]</sup>, 中风以后, 正气受损, 气血亏虚, 筋脉失于濡养或痰浊、瘀血阻滞经络, 虚实夹杂, 内生虚风, 故而出现筋脉拘急, 屈伸不利。特别是恢复期痉挛多呈持续存在状态,

“虚中夹实”, “挛而不舒”, 是临床上最难解决的问题。如果仅仅着眼于祛邪或者单用通络而忽略了阴血不足、筋脉失养之本, 效果并不理想。

### 4.2 芍药甘草汤“酸甘化阴、柔肝缓急”理论的现代临床价值

芍药甘草汤出自《伤寒论》, 原文载“伤寒脉浮, 自汗出, 小便数, 心烦, 微恶寒, 脚挛急……更作芍药甘草汤与之, 其脚即伸”, 明确将其作为“脚挛急”的核心治方, 尽管方中仅芍药、炙甘草两味, 却精准契合“筋脉失养则挛急”的核心病机, 成为后世治挛急诸症的典范。《注解伤寒论》言“酸以收之, 甘以缓之, 酸甘相合, 用补阴血”, 明确了芍药甘草汤柔筋缓急的作用。究其病机, 非止痉也, 乃滋阴血、柔肝体、筋脉得养、挛急自除之意。

现代药理学证实<sup>[8]</sup>,芍药甘草汤通过调节 $\gamma$ -氨基丁酸、GABA等神经递质来缓解肌肉痉挛。白芍有调节神经兴奋性、影响肌肉收缩状态以及镇痛的作用,甘草有加强中枢抑制、缓解平滑肌和骨骼肌痉挛的作用,二者合用,在神经-肌肉调控方面存在相辅相成的作用。本研究发现,观察组肘屈肌、腕屈肌、踝跖屈肌等主要肌群痉挛等级改善更显著,均降至0- I +级,而对照组仍维持在I - I +级,提示芍药甘草汤对中枢损伤后肌张力异常有稳定持续的调节作用。

更为重要的是,该方并非针对某一证型的权宜之计,而是可在辨证加减基础上,作为痉挛性偏瘫治疗中的基础用方,体现了“以法统方、以方应机”的中医治疗思维。

#### 4.3 分期针刺干预对痉挛状态的调控意义

针刺治疗是治疗卒中后偏瘫的常用方法之一,传统针刺以“治痿独取阳明”为理论基础,在此过程中往往使用的是较为固定的经络和穴位,主要以疏通经脉为主,而没有针对痉挛期肌肉张力障碍的特点进行选穴。痉挛期的主要特点是阴盛阳衰、经筋紧缩,若选取固定穴位并给予相同强度刺激,则无法有效纠正其异常反射弧<sup>[9]</sup>。

本文应用分期针刺思想,痉挛期阴阳经失调,上肢呈阴经急、阳经缓,下肢呈阳经急,阴经缓。《难经·二十九难》:“阴跷为病,阳缓而阴急;阳跷为病,阴缓而阳急”,以泻急补缓的同时又疏通经络、通利关节。配合透刺及低频电针治疗意在发挥经筋和经络双向调控作用重建神经-肌肉的兴奋抑制节律。其中透刺可以增加有效刺激面积,调整局部肌肉及筋膜紧张度,低频电针能起到阻断兴奋性反射弧的作用,减轻痉挛持久度<sup>[10]</sup>。

本研究表明,观察组各重要功能肌痉挛改善程度较对照组更好,提示分期针刺并不是简单地加强刺激,而是更加符合痉挛期病理生理特点的一种精准化治疗方案,为卒中后偏瘫针刺治疗提供了一种新途径。

#### 4.4 联合干预对日常生活能力恢复的综合效应分析

痉挛性偏瘫的最终危险不仅仅来自于肌张力增高本身,而是由于肌张力增高的存在,使得患者无法正常进行一些日常的生活动作,如吃饭、穿衣、走路等。

本研究中,观察组ADL各项评分均高于对照组,说明分期针刺联合芍药甘草汤治疗不仅能缓解局部痉挛症状,并从整体上对功能进行整合;而其整合过程可能由于肌张力降低所致关节活动范围增大以及主动运动增加有关。在急性期得到缓解之后,患者更容易接受康复锻炼,形成良性循环,

促进功能恢复向更好的方向进行<sup>[11]</sup>。

因此,该联合方案在临床上具有明显的功能导向优势,符合现代康复医学“以功能恢复为核心”的治疗目标。

综上所述,本研究采用分期针刺结合芍药甘草汤治疗痉挛性偏瘫,在抓住中风恢复期“筋脉失养,挛急不舒”的主要矛盾的基础上,充分发挥了针刺治疗与中药的优势互补,多途径调节痉挛状态患者的肌张力,减轻患者肢体重要肌肉、关节的痉挛程度,提高生活活动能力等方面均优于对照组,是中医整体观念与现代康复理念相结合的具体体现;其效果确切可靠、思路明确,值得在临床上进一步推广应用。

#### 参考文献

- [1] 高佳,孟晓艳,孙艳杰.滋阴通络解痉法联合调神解痉针刺法治疗脑卒中后偏瘫疗效及神经功能影响研究——评《脑卒中针灸康复诊疗》[J].世界中医药,2025,20(08):1410.
- [2] 尚颖,黄雅琪,王菲,等.电针联合芍药甘草汤抑制卒中后大鼠肢体痉挛[J].世界科学技术-中医药现代化,2025,27(04):982-991.
- [3] 陈梦羽,孙天祚,马良宵,等.恢刺法对卒中后痉挛性偏瘫大鼠肌痉挛及运动终板乙酰胆碱酯酶的影响[J].中华中医药杂志,2025,40(04):1879-1883.
- [4] 郭斌,王彭汉,黄麟苻,等.电针、加味芍药甘草汤及针药结合对脑卒中肢体痉挛模型大鼠海马突触超微结构及可塑性蛋白的影响[J].中医杂志,2021,62(02):151-157.
- [5] 汪瑛,汪节,崔乐乐.针刺联合平衡调筋解痉推拿对中风后偏瘫患者肢体平衡能力及肌张力恢复的影响[J].中华中医药学刊,2021,39(05):198-200.
- [6] 马晓红,陈晓娟,周辉林.醒脑开窍针刺法联合脑机接口治疗对脑梗死后上肢痉挛性偏瘫患者上肢功能的影响[J].中华中医药学刊,2025,43(08):224-227.
- [7] 孙天祚,马良宵,钱旭,等.从“恢刺恢筋急”探讨针刺治疗卒中后痉挛性偏瘫[J].中华中医药杂志,2024,39(10):5293-5297.
- [8] 张建云,李婧雯,梅紧紧,等.基于数据挖掘的不同针灸疗法治疗痉挛性偏瘫的临床应用规律[J].中国老年学杂志,2023,43(18):4419-4423.
- [9] 王英伟,杨静.基于激励理论的任务导向训练联合头针针刺在脑卒中偏瘫患者中的应用[J].中国全科医学,2023,26(S1):31-34.
- [10] 续艳丽,李少泓,李坚,等.经典名方芍药甘草汤解痉功效的关键质量属性研究[J].中国现代应用药学,2023,40(06):721-729.
- [11] 李伟艺,张菊,武尧,等.针刺分期论治联合自拟通痹舒挛汤治疗卒中后痉挛性偏瘫疗效及对FGF23/Klotho系统、神经递质的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(31):3496-3500.