

头穴透刺联合常规针刺治疗脑卒中后丘脑痛的临床观察

万 华¹, 尚艳杰^{2*}, 王淑杰²

¹黑龙江省中医药科学院研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江省中医医院针灸二科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年7月6日; 录用日期: 2026年7月29日; 发布日期: 2026年8月7日

摘 要

目的: 观察头穴透刺联合常规针刺治疗脑卒中后丘脑痛的临床疗效。方法: 选取2024年10月~2025年10月在黑龙江省中医医院针灸二科收治且符合脑卒中后丘脑痛标准的患者, 随机分成观察组和对照组, 两组各30例。两组患者连续治疗3周, 观察两组治疗前后简化McGill疼痛量表评分, 以及HAMD、HAMA评分的情况分析。结果: 治疗后, 两组简化McGill疼痛量表、HAMD、HAMA的评分均与治疗前相比显著降低($P < 0.05$); 总体疗效得到了明显的提升($P < 0.05$)。结论: 观察头穴透刺联合常规针刺治疗脑卒中后丘脑痛临床效果良好, 为临床治疗该病提供了安全可行的非药物方案。

关键词

脑卒中后丘脑痛, 头部透刺, 常规针刺, 针灸治疗, 疼痛评分

Clinical Observation on Scalp Point Penetration Combined with Conventional Acupuncture for the Treatment of Post-Stroke Thalamic Pain

Hua Wan¹, Yanjie Shang^{2*}, Shujie Wang²

¹Heilongjiang Academy of Traditional Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²The Second Acupuncture Department of Heilongjiang Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: July 6, 2026; accepted: July 29, 2026; published: August 7, 2026

*通讯作者。

文章引用: 万华, 尚艳杰, 王淑杰. 头穴透刺联合常规针刺治疗脑卒中后丘脑痛的临床观察[J]. 临床个性化医学, 2026, 5(4): 184-189. DOI: 10.12677/jcpm.2026.54238

Abstract

Objective: To observe the clinical efficacy of scalp penetration acupuncture combined with conventional acupuncture in the treatment of post-stroke thalamic pain. **Methods:** Patients who met the criteria for post-stroke thalamic pain and were admitted to the Second Acupuncture and Moxibustion Department of Heilongjiang Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine from October 2024 to October 2025 were selected and randomly divided into an observation group and a control group, with 30 patients in each group. Both groups underwent continuous treatment for 3 weeks. The simplified McGill Pain Scale scores, as well as HAMD and HAMA scores, were observed and analyzed before and after treatment in both groups. **Results:** After treatment, the simplified McGill Pain Scale, HAMD and HAMA scores in both groups were significantly lower than those before treatment ($P < 0.05$); the overall efficacy was significantly improved ($P < 0.05$). **Conclusion:** Observations indicate that the clinical efficacy of scalp penetration acupuncture combined with conventional acupuncture in treating post-stroke thalamic pain is promising, providing a safe and feasible non-pharmacological approach for clinical management of the condition.

Keywords

Post-Stroke Thalamic Pain, Scalp Penetration Acupuncture, Conventional Acupuncture, Acupuncture and Moxibustion Therapy, Pain Score

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

脑卒中后丘脑痛(Post-Stroke Thalamic Pain, PSTP)是脑卒中常见的严重后遗症之一,是一种慢性残疾性神经性疼痛障碍,属于中枢性疼痛之一。临床症状通常包括患者自发性患侧偏瘫部位产生持久和难以忍受的疼痛,同时可能伴随着多种形式疼痛,如酸麻、蚂蚁爬行感和灼烧等,严重者可能会导致患者的手脚感觉敏感或者感觉过度[1]。现代医学认为 PSTP 的发病与丘脑对痛觉的处理异常密切相关。目前西医主要使用加巴喷丁、卡马西平、普瑞巴林等药物治疗,但治疗效果往往达不到预期,且容易产生肝肾损伤等副作用和药物耐受现象[2]。在临床实践中发现头部透刺法在治疗中枢性疼痛方面具有一定疗效,现展开以下报告分析。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

选取 2024 年 10 月~2025 年 10 月在黑龙江省中医院针灸二科诊治的脑卒中后丘脑痛患者 60 例,采用随机数字表法分为观察组与对照组,各 30 例。观察组男 16 例,女 14 例,年龄 41~64 岁;对照组男 16 例,女 14 例,年龄 41~65 岁。两组基线资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2.2. 纳入与排除标准

纳入标准:① 西医诊断符合《中国神经病理性疼痛诊疗指南(2024 版)》[3]、中医诊断符合《中医病证诊断疗效标准》[4]中风病相关标准;② 一侧丘脑部位存在出血或梗死灶;③ 未接受丘脑痛其他针对

性治疗；④ 年龄 40~75 岁，性别不限；⑤ 脑卒中病程处于恢复期(1 个月 < 病程 ≤ 6 个月)；⑥ 治疗前 VAS 评分 ≥ 5 分；⑦ 自愿配合研究所需治疗并签署知情同意书。

排除标准：① 不满足研究参与的基本标准；② 合并严重心、脑、肾、造血系统器质性病变；③ 有意识障碍、失语或严重精神疾病，无法配合研究；④ 因外周神经肌肉受损导致肢体疼痛，与中枢性疼痛混淆；⑤ 妊娠期及哺乳期妇女；⑥ 安装心脏起搏器、有房颤病史，不耐受针刺；⑦ 有针刺不良反应史(如晕针、滞针)；⑧ 依从性差，不愿配合治疗及随访。

2.3. 治疗方法

对照组采用常规针刺治疗，取穴参照“十四五”规划教材《针灸学》(第十一版) [5] 中风取穴依据，主要穴位包括水沟、内关、极泉、尺泽、委中、三阴交，肢体疼痛加环跳、阴陵泉、风市、解溪；头痛加风池、完骨、翳风。操作：患者侧卧位，针刺部位常规 75% 酒精消毒，采用 0.30 mm × 40 mm 汉医牌毫针，快速进针至得气(酸、麻、胀、痛感)，诸穴行平补平泻法，每 20 分钟捻转 1 次，留针 40 分钟。每日 1 次，每周 6 次，连续治疗 3 周。

观察组采用头穴透刺联合常规针刺治疗。常规针刺治疗取穴、治疗及疗程同对照组。头穴透刺取穴：百会透曲鬓、前神聪透悬厘、顶旁 1 线、上星透神庭。操作：患者仰卧位，穴位常规消毒，采用 0.30 mm × 40 mm 汉医牌毫针，单手进针，针身与头皮呈 15°~30° 夹角，快速刺入头皮下深约 30 mm，得气后以每分钟 200 次速度捻转 2 分钟，留针 30 分钟，留针期间反复捻转 2 次。头部透刺每日 1 次，与常规针刺同步进行，每周 6 次，连续治疗 3 周。

2.4. 观察指标

通过简化 McGill 疼痛量表评分、汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)评分、汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)评分来比较两组患者病情变化情况进行对比分析。安全性指标：记录治疗期间脉搏、血压变化及晕针、滞针、皮下出血等不良反应，评估治疗安全性。

2.4.1. 疼痛程度评估

采用简化 McGill 疼痛量表评分来评估患者的疼痛水平。包括视觉模拟评分(VAS)和疼痛分级指数(PRI)以及现时疼痛强度(PPI)。

视觉模拟评分法(VAS)主要用于评价患者疼痛程度，标尺两端分别标记“无痛(0 分)”与“最剧烈疼痛(10 分)”，区间内对应不同疼痛等级，由患者根据自身感受在直线上标记对应位置以反映疼痛程度。疼痛分级指数(PRI)包含有 15 个关于疼痛的词句，由 11 种感官和 4 种情绪的感受条目构成。每个条目都使用 0~3 分的等级评分，其中 0 代表没有痛苦，1 表示微弱的疼痛，2 为中等程度的疼痛，3 为严重的疼痛。可评价疼痛等级及严重程度。现时疼痛强度(PPI)则采用六级口述评分标准，具体分级为：0 分为无痛，1 分为轻度不适，2 分为不适，3 分为难受，4 分为可怕疼痛，5 分为极为痛苦。

2.4.2. 抑郁程度评估

对患者抑郁状态评估采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)进行评定。该量表有 24 项指标，总得分范围从 0 到 74 分。得分低于 8 分为无抑郁，在 8 至 19 分之间为轻度抑郁，20 至 35 分为中等程度抑郁，大于 35 分为重度抑郁。

2.4.3. 焦虑程度评估

患者焦虑状况评估采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)进行评定，该评估共包括了 14 项指标，总得分范围从 0 到 56 分。评分低于 7 分表示无焦虑症状；在 7 至 13 分之间为可能有焦虑；14 至 20 分的肯定有

焦虑；21 到 28 分的显示出明显的焦虑；若达到或高于 29 分，就表明是严重的焦虑。

2.5. 疗效评定标准

依据《临床疾病诊断依据治愈好转标准》来评判，并以 VAS 评分计算疗效指数判定疗效。治愈：疼痛完全消失，疗效指数 $>80\%$ ；显效：疼痛明显减轻，疗效指数 $60\%\sim 80\%$ ；有效：疼痛有所缓解，疗效指数 $20\%\sim 60\%$ ；无效：疼痛无改善，疗效指数 $<20\%$ 。总有效率 = (治愈 + 显效 + 有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

2.6. 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件进行统计学分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组内治疗前后比较采用配对 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以例数和百分率表示，组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

3. 结果

3.1. 两组患者治疗前后简化 McGill 疼痛量表评分比较

经过对两组患者简化 McGill 疼痛量表各项评分的研究，发现两组之间的差异并没有统计学上的显著性($P > 0.05$)。在治疗结束后，这两组患者的疼痛评分都明显比治疗前有所改善($P < 0.05$)；经过进一步进行两组数据对比发现，观察组对简化 McGill 疼痛量表各项评分方面的改进效果更为显著，这与对照组相比差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

Table 1. Comparison of simplified McGill pain scale scores before and after treatment in two groups ($\bar{x} \pm s$)

表 1. 两组治疗前后简化 McGill 疼痛量表评分比较($\bar{x} \pm s$ ，分)

组别	时间	例数/例	VAS 评分	PRI 评分	PPI 评分
观察组	治疗前	30	7.27 ± 0.78	23.43 ± 2.05	4.13 ± 0.68
	治疗后	30	2.83 ± 1.39	10.00 ± 4.04	1.77 ± 0.82
对照组	治疗前	30	7.13 ± 0.86	22.87 ± 2.39	3.97 ± 0.72
	治疗后	30	4.13 ± 1.52	13.57 ± 4.34	2.37 ± 0.89

注：与治疗前数据进行对比， $P < 0.05$ ；与对照组治疗后进行对比， $P < 0.05$ 。

3.2. 两组治疗前后 HAMD、HAMA 评分比较

经过对两组患者 HAMD、HAMA 评分的研究，治疗前两组 HAMD、HAMA 评分无显著差异($P > 0.05$)；治疗后两组评分均明显下降($P < 0.05$)，观察组改善更显著($P < 0.05$)。见表 2。

Table 2. Comparison of HAMD and HAMA scores before and after treatment in two groups ($\bar{x} \pm s$)

表 2. 两组治疗前后 HAMD、HAMA 评分比较($\bar{x} \pm s$ ，分)

组别	时间	例数/例	HAMD 评分	HAMA 评分
观察组	治疗前	30	23.43 ± 2.05	17.17 ± 1.34
	治疗后	30	11.50 ± 3.84	7.67 ± 2.70
对照组	治疗前	30	22.87 ± 2.39	16.87 ± 1.70
	治疗后	30	14.73 ± 4.21	10.17 ± 3.07

注：与治疗前数据进行对比， $P < 0.05$ ；与对照组治疗后进行对比， $P < 0.05$ 。

3.3. 两组临床疗效比较

通过对比两组数据表明，观察组总有效率为 90.0%，高于对照组的 73.3%，差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

Table 3. Comparison of clinical efficacy between two groups of patients with thalamic pain after stroke [(%)]
表 3. 两组脑卒中后丘脑痛患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数/例	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	30	4 (13.3)	14 (46.7)	9 (30.0)	3 (10.0)	90.0
对照组	30	2 (6.6)	6 (20.0)	14 (46.7)	8 (26.7)	73.3

注：与对照组比较， $P < 0.05$ 。

3.4. 安全性评价

治疗期间，两组患者脉搏、血压均维持在正常范围，无明显波动，均未出现针刺引发的晕针、滞针、严重皮下出血或局部感染等副作用。整体治疗安全性良好，患者耐受度高。

4. 讨论

脑卒中后丘脑痛在传统医学认为发病机理为患者气血不畅脉络闭阻等，为“中风”“痛症”“痹证”的范畴。丘脑痛发生在卒中后，脑卒中患者机体气血亏虚，无力推动血行，而脑内瘀血阻滞脑络与肢体经络，不通则痛[6]。《景岳全书》云“凡人之气血犹源泉也，盛则流畅，少则壅滞，故气血不虚则不滞，虚则无有不滞者”。督脉为阳脉之海，统领周身阳气，瘀血阻络则督脉失养、阳气不达四肢，加之头部为诸阳之会、脑神所居之处，脑络瘀闭直接导致脑神失调、痛觉传导异常，最终引发患侧肢体顽固性疼痛[7]。临床常规针刺多选取手足三阳经、太阴经穴位，侧重疏通肢体经络、调畅周身气血，能在一定程度上缓解偏瘫肢体疼痛，但针对脑神失调、脑络瘀闭的核心病机针对性不足，镇痛效果有限。头穴透刺是针灸治疗中枢性脑病的特色疗法，本研究选取的百会透曲鬓、前顶透悬厘等穴位，均位于头部丘脑感觉传导反射区及顶颞后斜线，头为诸阳之会，顶颞后斜线横贯督脉、膀胱经和胆经 3 条经脉，根据《头皮针穴名标准化方案》[8]，顶颞后斜线可用于治疗躯体的感觉异常，故此，我们根据丘脑痛特点选穴针刺可直接作用于脑部病所，激发头部阳气、疏通脑络瘀滞，起到调神开窍、化瘀止痛的功效；同时透刺法能扩大针刺刺激范围，强化经气传导效果，更好地改善脑部血液循环，促进受损丘脑神经功能修复。

本研究结果表明，经治疗后两组患者的各项评分指标均获得显著改善；其中，观察组在指标改善幅度上优于对照组，其临床总有效率高于对照组水平，证实头穴透刺联合常规针刺的方案，兼顾“肢体经络”与“脑部调神”，标本兼治，既契合中医头针治神理论，又贴合脑卒中后丘脑痛中枢痛觉异常的病理特点。同时两组均无明显不良反应，说明该联合疗法安全性高，适合绝大多数脑卒中后丘脑痛的中医临床治疗。

现代医学认为，丘脑是人体感觉传导的核心中继站，卒中后丘脑受损会引发脊髓 - 丘脑 - 皮质通路功能异常，进而出现神经敏化、痛觉去抑制效应，导致顽固性中枢性疼痛[9]。头穴透刺可能通过刺激头部穴位，调节脑内啡肽等神经递质释放，抑制异常痛觉信号传导，从而缓解中枢性疼痛，其具体分子机制仍需后续基础研究进一步深入探索。

本研究针对脑卒中后丘脑痛这一临床治疗难点，探索了中西医结合背景下的非药物疗法。其意义在于为常规针刺疗效不佳的患者提供了一种潜在的强化治疗方案。研究的创新性体现在将具有调节中枢神经功能的头穴透刺疗法与疏通外周经络的常规体针疗法相结合，形成“中枢 - 外周”并治的策略。这种

标本兼治的思路符合中医理论，也为针刺治疗中枢性疼痛的作用机制研究提供了新的视角。然而，本研究尚存在若干客观局限有待完善。其一，研究样本体量较小，单一中心的病例纳入方式可能造成选择偏倚，对研究结果的普适性产生一定影响。其二，本研究随访时长有限，无法有效观察患者治疗后的远期症状维持情况、疼痛复发及神经功能持续恢复状态。基于本研究现有结果，后续可扩充临床样本数量、延长中长期随访时间，并聚焦头穴透刺治疗脑卒中后丘脑痛的内在作用机制开展深度研究，进一步补充和完善该疗法的临床循证证据。

综上，头穴透刺联合常规针刺治疗脑卒中后丘脑痛能够起到明显效果、治疗安全性良好，能够缓解患者疼痛、改善患者情绪状态，为临床治疗该病提供了安全可行的非药物方案。

参考文献

- [1] 梁妙婷, 杨春梅, 魏艳, 等. 醒脑开窍针法联合重复经颅磁刺激治疗脑卒中后丘脑痛的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2023, 40(3): 640-646.
- [2] 马丽平. 抗抑郁药与加巴喷丁联合治疗丘脑性疼痛的临床观察[J]. 中国实用医药, 2013, 8(27): 168-169.
- [3] 中国神经病理性疼痛诊疗指南制订专家组, 中国老年保健协会疼痛病学分会, 程志祥, 等. 中国神经病理性疼痛诊疗指南(2024 版) [J]. 中华疼痛学杂志, 2024, 20(4): 484-508.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 211-214.
- [5] 梁繁荣, 王华. 针灸学[M]. 第 11 版. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 227-228.
- [6] 刘月, 王若愚, 李慎微, 等. 针刺治疗卒中后丘脑痛的研究进展[J]. 中国中医急症, 2022, 31(11): 2057-2060.
- [7] 田静文. 电针夹脊穴治疗卒中后丘脑痛的临床观察[D]: [硕士学位论文]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2024.
- [8] 闵友江, 姚海华, 邵水金, 等. 浅析《头针穴名国际标准化方案》的科学性[J]. 中国针灸, 2007(8): 612-616.
- [9] 毛文惠. “调神益智”针刺法治疗卒中后认知障碍的中枢机制研究——基于 rs-fMRI 技术的多频段低频振幅分析[D]: [硕士学位论文]. 天津: 天津中医药大学, 2025.