

针灸治疗卒中后痉挛性瘫痪的临床研究进展

张鹏飞¹, 金 泽^{2*}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第二医院针灸五科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年6月10日; 录用日期: 2026年7月10日; 发布日期: 2026年7月24日

摘 要

脑卒中后痉挛性瘫痪是脑卒中后常见的后遗症之一, 临床见患侧肌肉拘紧、关节僵直、肢体疼痛和姿势异常, 目前西医对于卒中后痉挛性偏瘫的康复疗法, 临床效果并不理想。针灸作为中国传统医学的重要组成部分, 凭借其易于操作, 安全性高, 成本低廉, 切实有效, 已然成为世界公认的中风后康复的有效治疗手段。本文对近几年针灸治疗卒中后痉挛性偏瘫的临床研究进行系统综述并分层梳理现有方案, 以期临床工作者提供更具操作性的治疗思路。

关键词

脑卒中, 痉挛性瘫痪, 针灸

Clinical Research Progress on Acupuncture for Post-Stroke Spastic Paralysis

Pengfei Zhang¹, Ze Jin^{2*}

¹Graduate School, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Acupuncture Department V, The Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: June 10, 2026; accepted: July 10, 2026; published: July 24, 2026

Abstract

Post-stroke spastic paralysis is one of the common complications following stroke, clinically characterized by muscle tightness on the affected side, joint stiffness, limb pain, and postural abnormalities, which severely impact patients' daily living activities and motor functions. Currently, the

*通讯作者。

clinical outcomes of Western rehabilitation therapies for post-stroke spastic hemiplegia remain suboptimal. As an essential component of traditional Chinese medicine, acupuncture has been widely recognized worldwide as an effective therapeutic intervention for post-stroke rehabilitation due to its ease of operation, high safety profile, low cost, and proven efficacy. This article provides a systematic review of recent clinical studies on acupuncture for the treatment of post-stroke spastic hemiplegia, aiming to identify the latest and most optimal acupuncture treatment protocols and to serve as a reference for frontline clinical practitioners.

Keywords

Stroke, Spastic Paralysis, Acupuncture

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. 前言

脑卒中是指由于各种疾病引起的脑血管意外破裂或梗塞, 导致脑组织缺血或出血的一类疾病[1], 随着现代医疗技术的不断进步, 针对其急性期的治疗和后遗症期的康复均取得了重大进展, 尽管如此其在中国致死率仍高居第3位[2]。脑卒中常见后遗症中, 痉挛性瘫痪发病率可达25%~46% [3]。痉挛性瘫痪的成因多是脑卒中后上级运动神经元损伤, 失去了对下级运动神经元的抑制作用, 下级运动神经元兴奋性病理性地增高, 导致肌肉过度紧张和僵硬, 从而引发一系列临床症状, 严重影响了患者的肢体运动能力, 生活自理能力, 给患者带来极大的痛苦。针灸治疗脑卒中后痉挛性瘫痪具有较好的临床疗效, 研究证实[4]针灸能够促进神经损伤修复, 改善血液循环, 进而改善患者的痉挛状态, 促进患肢功能恢复。本文对近几年针灸治疗卒中后痉挛性偏瘫的临床研究进行系统综述, 总结出最新的针灸治疗方案, 为一线临床工作者提供参考。

2. 毫针刺刺

2.1. 头针

头针疗法, 是在传统针灸理论基础上发展而来的一种针刺方法, 通过刺激头皮上大脑功能区的投影调节相应大脑功能区的兴奋性而发挥作用。甘俊鹤[5]等运用互动式头针辅助治疗脑卒中后下肢痉挛, 对照组(47例)给予常规康复训练, 观察组(48例)在对照组基础上加用互动式头针治疗, 结果显示治疗后, 观察组治疗总有效率高达85.42% ($P < 0.05$), 表明该疗法治疗脑卒中后下肢痉挛临床疗效确切。张媛[6]观察艾灸阳陵泉穴联合头针治疗脑卒中后下肢痉挛的临床疗效, 选取中风后下肢痉挛性偏瘫患者64例, 随机分为两组, 对照组(32例)采用常规康复训练, 观察组(32例)采用常规康复训练加用头针治疗, 治疗后发现观察组总有效率为90.63% ($P < 0.05$), 表明艾灸阳陵泉穴联合头针可显著改善中风后下肢痉挛状态。

2.2. 腹针

腹针疗法是在脐周进行针刺刺激, 通过脐与全身各脏腑经络的联系, 以调节经络、脏腑、气血功能的一种针灸疗法, 在治疗脑卒中后遗症方面疗效确切[7], 一项关于腹针治疗脑卒中后痉挛性偏瘫疗效的Meta分析显示, 腹针治疗对于减轻脑卒中后痉挛性偏瘫患者的痉挛症状、提高其日常生活活动能力以及

改善运动功能方面疗效显著[8]。金灵青[9]等运用腹针联合运动疗法治疗中风后痉挛性偏瘫患者,并检测该疗法患者体内 Glu(谷氨酸)与 GABA(γ -氨基丁酸)的水平,治疗后发现观察组痉挛状态改善程度及生活能力提高显著($P < 0.05$),治疗后观察组 Glu、GABA 含量变化较对照组更加显著($P < 0.05$),表明腹针联合运动疗法对痉挛性偏瘫具有较好的临床疗效,且作用机理可能与升高兴奋递质、降低抑制递质的含量有关。

2.3. 腕踝针

腕踝针[10]可基于针灸学皮部理论,将腕踝部各分为 6 个区域,通过这 12 个区域内的压痛点,皮下结节等阳性反应点,以达到治疗疾病的目的。许思焕[11]运用腕踝针联合常规针刺治疗脑卒中后痉挛性偏瘫患者的疗效差异,将 70 例符合纳排标准的患者随机分为两组,试验组(35 例)采用腕踝针联合常规针刺治疗,对照组(35 例)采用常规针刺治疗,治疗结束后,发现试验组的总有效率为 88.24% ($P < 0.05$),表明腕踝针联合常规针刺能改善患者的痉挛程度、提高运动功能,且联合应用临床疗效更优。张婷等[12]运用腕踝针结合阴阳平衡透刺法用于治疗中风后上肢痉挛性偏瘫并观察其临床疗效,结果显示观察组患者的治疗总有效率高于对照组($P < 0.05$),表明腕踝阵联合阴阳平衡针法能提高整体治疗效果,显著提高患者的日常生活能力。

3. 特种针刺

3.1. 火针

火针首见于,《灵枢·官能》,利用温热和针刺双重刺激穴位,具有,温阳散寒,化瘀通络等功效,可有效改善中风后痉挛性瘫痪患者经络闭塞,筋脉失养的病理状态。盛广勇[13]等发现火针治疗中风后痉挛性偏瘫疗效比常规针刺更好,火针较常规体针刺刺激量大,具有温通经脉的作用,能够降低神经元病理性兴奋性,降低肌张力,缓解肢体痉挛状态。李志峰[14]等探讨毫火针联合体外冲击波改善中风后痉挛性偏瘫患者病情的疗效,将 80 例符合纳排标准的患者随机分为两组,观察组(40 例)予以毫火针联合体外冲击波治疗,对照组(40 例)予以常规针刺治疗,结果发现毫火针联合体外冲击波治疗可有效改善中风后痉挛性偏瘫患者痉挛程度,值得临床推广。房慧岭[15]等运用“滋水涵木”针灸法结合毫火针治疗中风后痉挛性偏瘫,实际应用中取得了较好的临床疗效,通过进一步研究发现,该方法作用机理可能与该疗法可提升 bFGF 和 VEGF 表达水平,改善脑组织微循环有关。

3.2. 浮针

浮针疗法是符仲华教授于 1996 年发明的一种针刺疗法,将传统针灸学和现代医学相结合,使用一次性浮针浅筋膜层进行针刺并施以扫散手法以达到治疗疾病的目的。黄水二[16]等运用体外冲击波联合浮针治疗脑卒中后小腿三头肌痉挛患者,将 80 例符合纳排标准的患者随机分为两组,治疗组(40 例)与对照组(40 例),对照组采用痉挛肌低频治疗联合浮针治疗,治疗组采用体外冲击波联合浮针治疗,发现该联合疗法可有效改善小腿三头肌痉挛,增加踝关节活动度。戴梦圆[17]运用浮针配合肌肉能量技术治疗卒中后痉挛性偏瘫,发现研究组治疗总有效率优于对照组,且上下肢运动功能恢复和痉挛程度改善均优于对照组($P < 0.05$),表明浮针联合肌肉能量技术疗法的临床疗效确切,可值得临床推广。

3.3. 芒针法

芒针针身细长,形如麦芒,故曰“芒针”,可深刺穴位或透刺多个穴位或多条经络,以较强的针感调经络气血,促进肢体运动功能恢复。陈雄杰等[18]观察芒针透刺对卒中后足下垂患者下肢功能的影响,

发现芒针透刺疗法能有效改善卒中后足下垂患者的下肢运动功能。李伟等[19]发现芒针透刺督脉组穴可有效减轻中风后痉挛性偏瘫患者患肢痉挛程度, 改善其运动功能, 且效果优于常规针刺治疗, 并且发现其机制可能与芒针透刺督脉, 强针感与广泛生物效应更利于激发经气、疏通经络, 以调节中枢神经系统的兴奋性, 促进 CST 神经纤维的再生与重塑有关。赵卫锋等[20]运用芒针阴阳透刺法治疗中风后痉挛性偏瘫, 发现芒针阴阳透刺法能够有效改善提高运动能力。曾超[21]等以赵卫锋等的芒针阴阳透刺法为基础联合温阳通络汤治疗中风后痉挛性偏瘫, 发现该联合疗法疗效确切, 不仅能够改善患者运动功能及平衡功能, 还能发现该疗法的作用机理可能和兴奋、抑制神经递质的重新达到平衡有关。

3.4. 针刀法

针刀可以松解粘连的筋膜、肌纤维等, 起到缓解肢体疼痛, 降低肌张力的作用, 有助于改善肢体痉挛状态。段渊[22]运用针刀结合康复训练治疗中风后下肢痉挛性偏瘫患者, 将患者 103 名符合纳排标准的患者, 随机分为针刀治疗组(46 例)和电针治疗组(57 例), 结果表明: 针刀治疗结合康复训练相较于常规针刺结合康复训练可以更加有效地改善中风后痉挛性偏瘫的痉挛状态, 提升患者运动能力。陆顺庠等[23]运用经筋理论指导针刀应用并联合中药熏蒸治疗脑卒中后上肢痉挛性偏瘫, 检测治疗前后患者肌张力、运动控制功能、日常生活能力及上肢血流速度等指标, 发现治疗结束后, 两组 MAS、FMA、MBI 评分及桡动脉 Vr 与治疗前比较均有显著改善($P < 0.05$), 表明针刀联合中药熏蒸能够显著改善脑卒中患者偏瘫上肢运动功能, 显著降低上肢肌张力, 且这些良性改变可能与针刀联合中药熏蒸加快了患侧肢体的血流量有关。

4. 针刺联合治疗

4.1. 针刺联合中药治疗

针刺联合中药内服治疗, 内外并治, 双管齐下, 实践中被证明是一种切实可行、易于操作且最贴合临床实际的综合疗法。袁芳英[24]等运用逐瘀通脉汤联合靳三针治疗气虚血瘀型脑卒中后痉挛性偏瘫患者, 发现该联合方案可以改善患者的血液流变学指标, 降低肢体痉挛程度。刘辉等[25]开展补阳还五汤加减联合益气回阳针法治疗气虚血瘀型脑卒中后痉挛性偏瘫的临床观察实验, 结果发现补阳还五汤加减联合益气回阳针法治疗气虚血瘀型脑卒中后痉挛性偏瘫可有效减轻患者的临床症状及炎症反应, 可有效提高患者的运动能力。梁建芳等[26]运用自拟益气活血通络汤联合针刺治疗脑卒中后痉挛性偏瘫并观察其临床疗效及其对 RI、PI、Vm、Vs 的影响, 结果发现: 自拟益气活血通络汤联合针刺治疗 PSH 具有良好的临床疗效, 可以有效改善患者中医证候和脑血流动力学指标, 提高其日常生活能力及肢体运动能力, 且这一良性改变可能与该联合方案提高了患者脑血流量有关。另外, 亦有针刺联合中药外用用于治疗中风后下肢痉挛, 张敏敏等[27]进行了舒筋活血除痹汤熏洗联合针刺治疗缺血性脑卒中后上肢痉挛性偏瘫的疗效观察, 结果表明, 舒筋活血除痹汤熏洗联合针刺治疗后总有效率高达 91.4%, 表明舒筋活血除痹汤治疗缺血性脑卒中后上肢痉挛性偏瘫疗效确切, 通过该方熏洗, 可改善上肢痉挛程度, 提高日常生活能力。

4.2. 针刺联合推拿治疗

推拿治疗可以直接扩张毛细血管和毛细淋巴管, 促进局部血液和淋巴回流, 降低局部组织炎性因子水平和消除水肿, 且通过一定的推拿手法作用于痉挛肢体可以抑制肌梭的异常兴奋, 降低肌张力改善患者肢体运动能力。推拿联合针刺治疗能够更加有效地促进气血运行, 缓解肌肉痉挛, 减轻痛苦[28]。徐安瑜等[29]进行了一项针刺结合推拿治疗中风后痉挛性偏瘫临床研究, 发现, 与对照组相比观察组 RANKIN

评分显著下降, Barthel 指数显著升高, 表明针刺疗法结合推拿治疗中风后痉挛性偏瘫临床疗效确切。丁晓丹等[30]运用温针灸联合推拿治疗脑卒中后痉挛性偏瘫, 发现温针灸联合推拿与常规康复训练结合, 相较于单纯的常规康复训练能够有效地提高脑卒中后痉挛性偏瘫患者运动能力, 具有较好的临床疗效。

4.3. 针刺联合艾灸治疗

艾灸具有温经散寒, 化瘀通络的作用, 可改善中风后偏瘫患者正气不足, 筋脉失养, 邪阻筋脉的病理状态, 现代医学研究发现, 艾灸燃烧的温热效应可使局部皮温升高, 促进毛细血管扩张, 加速血液循环和淋巴回流, 改善组织营养减少炎性因子水平。另外, 其燃烧时产生特定波长的近红外线可穿透较深组织, 调节细胞活性, 促进组织修复。针刺联合艾灸针刺疏通经络, 偏于祛邪, 艾灸温养补虚, 偏于扶正, 两者联合正对中风后本虚标实的根本病机。冉俊宁等[31]在经筋理论指导下进行艾灸联合常规体针治疗脑卒中后痉挛性偏瘫的临床观察, 结果表明, 经筋理论指导下的艾灸联合常规体针疗法在脑卒中后痉挛性偏瘫的临床治疗中显示出良好的应用价值, 能够促进肢体运动功能恢复, 提高神经肌肉控制的有效性和协调性, 更快缓解肌张力增高及关节活动障碍等临床症状, 从而提高临床整体治疗效果。黄璐[32]等运用艾灸联合循经按摩治疗卒中后痉挛性偏瘫, 治疗后发现, 观察组 MAS 分级优于对照组, FMA、BBS、FAC、ADL 评分均高于对照组, 表明艾灸联合循经按摩可有效缓解痉挛状态, 改善患者肢体状态。

5. 总结

针灸作为中国极具特色的临床治疗方法, 具有确切的临床疗效, 针刺治疗中风后痉挛方法多样, 根据针刺部位分头针、腹针、腕踝针, 按照针具的不同有火针、浮针、芒针、针刀, 另外针刺结合其他疗法临床应用广泛, 针药结合、针推并用、针刺艾灸并用等综合方案亦显示出协同增效优势, 针对中风“本虚标实”病机, 临床应推行“分层治疗”策略: 早期轻症以头针、腹针调节整体机能; 中重度痉挛优选火针、针刀松解肌筋, 或芒针透刺激发经气; 顽固性病例推荐“针药并用”或“针推结合”的综合方案以标本同治。未来研究亟需解决操作规范不统一、样本量偏小等问题, 应利用神经影像等技术深入探索针灸调节中枢重塑的分子机制, 并开展大样本多中心随机对照试验, 以建立标准化、精准化的临床治疗路径。

参考文献

- [1] Barthels, D. and Das, H. (2020) Current Advances in Ischemic Stroke Research and Therapies. *Biochimica et Biophysica Acta—Molecular Basis of Disease*, **1866**, Article 165260. <https://doi.org/10.1016/j.bbadis.2018.09.012>
- [2] Lin, Y., Song, L., Tang, Y., et al. (2025) Epidemiology of Neurological Diseases in China: Key Insights from the 2024 Report of the National Center for Neurological Disorders. *Brain Network Disorders*, **1**, 257-264. <https://doi.org/10.1016/j.bnd.2025.12.002>
- [3] 蔡小娟, 陈艳. 我国脑卒中流行及防控现状[J]. 广东医学, 2019(S1): 212-215.
- [4] 郑婷婷, 张少武, 李娜, 等. 运动针刺经筋结点联合筋膜松解手法治疗脑卒中后痉挛性瘫痪的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2024, 40(12): 10-14.
- [5] 甘俊鹤, 王峰, 崔向武. 互动式头针辅助治疗脑卒中后下肢痉挛临床研究[J]. 新中医, 2023, 55(13): 160-164.
- [6] 张媛, 周小炫, 姚娟娟. 艾灸阳陵泉穴联合头针治疗脑卒中后下肢痉挛 32 例[J/OL]. 福建中医药, 1-5. 2026-07-16. <https://kns.cnki.net/kcms2/article/abstract?v=sUuNT8fGw0a9TyFWy1XNFWLed-mEgKMGq69FgZoJO3OhI3IcRvFr6oSWCiqGv961Kf9vVAGMUossGftJiDP8SghmkYpMf7ISOpkE8tjl-PDD2e0ZIRgpYe98yrlknQZnp5vdBhHFSASyolJ3os-Kam0gzqTyX6GsPpIAGn5avDF5H0nj7QHx9VPXQ==&uniplatform=NZKPT&language=CHS>
- [7] 吴薇, 黄文婷, 招远祺, 等. 腹针引气归元法治疗缺血性中风机制探析[J]. 新医, 2014, 46(3): 1-3.
- [8] 邢范雨, 王兆庆, 刘志桐, 尹丽丽, 等. 腹针治疗脑卒中后痉挛性偏瘫疗效的 Meta 分析[J]. 中国民族民间医药, 2025, 34(24): 112-118.

- [9] 金灵青, 郎伯旭, 常盛. 腹针联合运动疗法治疗中风后痉挛性偏瘫的疗效观察及其对 Glu 与 GABA 的影响[J]. 中国中医药科技, 2021, 28(6): 921-923.
- [10] 王琼, 周庆辉. 腕踝针疗法的理论根源和临床应用探析[J]. 中国针灸, 2017, 37(5): 509-512.
- [11] 许思焕. 腕踝针联合常规针刺治疗脑卒中后痉挛性偏瘫的临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 福州: 福建中医药大学, 2022.
- [12] 张婷, 石文英, 卓彩虹, 等. 腕踝针联合阴阳平衡透刺法在中风后上肢痉挛性偏瘫患者中的应用效果[J]. 中国临床医生杂志, 2025, 53(10): 1239-1242.
- [13] 盛广勇, 赵秋岭. 火针在中风后痉挛性偏瘫治疗中的应用[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(14): 115.
- [14] 李志峰, 项晓伟, 张璇, 等. 毫火针联合体外冲击波治疗中风后痉挛性偏瘫的临床疗效[J]. 世界复合医学(中英文), 2025, 11(5): 18-21.
- [15] 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.
- [16] 黄水二, 杨青宇, 白沐平, 等. 体外冲击波联合浮针治疗脑卒中后小腿三头肌痉挛患者的效果[J]. 中国当代医药, 2025, 32(6): 78-81.
- [17] 戴梦圆, 周敏亚, 吴李秀, 等. 浮针配合肌肉能量技术对卒中后痉挛性偏瘫肢体功能恢复的影响[J]. 新中医, 2021, 53(20): 132-135.
- [18] 陈雄杰, 高雪霞, 周宏春, 等. 芒针透刺对卒中后足下垂患者下肢功能的影响[J]. 上海针灸杂志, 2025, 44(6): 655-659.
- [19] 李伟, 邹维志, 殷红彪, 等. 芒针透刺督脉组穴对脑卒中后痉挛性偏瘫患者皮质脊髓束重塑的影响[J]. 安徽中医药大学学报, 2026, 45(3): 60-65.
- [20] 赵卫锋, 任媛媛, 曾保霞, 等. 芒针阴阳透刺法治疗中风后痉挛性肢体功能障碍: 随机对照研究[J]. 中国针灸, 2021, 41(7): 711-715.
- [21] 曾超, 李霞, 张淑青, 等. 芒针阴阳透刺法联合温阳通络汤治疗中风后痉挛性偏瘫临床研究[J]. 新中医, 2022, 54(17): 210-214.
- [22] 段渊, 廖迎春, 余骏. 针刀结合康复训练治疗中风后下肢痉挛性偏瘫的临床疗效评价[J]. 按摩与康复医学, 2021, 12(2): 38-41.
- [23] 陆顺庠, 王晓文, 姚红. 基于经筋理论运用针刀联合中药熏蒸治疗脑卒中后上肢痉挛性偏瘫的随机对照研究[J]. 四川中医, 2025, 43(9): 146-151.
- [24] 袁芳英, 吴艳孙. 针药联用治疗脑卒中后痉挛性偏瘫临床观察[J]. 光明中医, 2022, 37(23): 4300-4302.
- [25] 刘辉, 齐春伟, 蒋伟, 等. 补阳还五汤加减联合益气回阳针法治疗气虚血瘀型脑卒中后痉挛性偏瘫的临床疗效[J]. 实用心脑血管病杂志, 2026, 34(6): 101-105.
- [26] 梁建芳, 李阳, 郭晓, 等. 自拟益气活血通络汤联合针刺治疗脑卒中后痉挛性偏瘫的临床疗效及其对 RI、PI、Vm、Vs 的影响[J]. 检验医学与临床, 2026, 23(7): 911-916.
- [27] 张敏敏, 王安荔, 吕越. 舒筋活血除痹汤熏洗联合针刺治疗缺血性脑卒中后上肢痉挛性偏瘫的疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2026, 33(1): 73-76.
- [28] 李子康, 张静, 陈彩容. 中风后偏瘫患者行针灸推拿联合康复训练治疗的效果分析[J]. 中外医疗, 2023, 42(10): 189-193+198.
- [29] 徐安瑜, 徐应倩, 黄璐. 针刺疗法结合推拿治疗中风后痉挛性偏瘫临床研究[J]. 新中医, 2021, 53(3): 135-139.
- [30] 丁晓丹, 郭孟琦, 尧彦, 等. 温针灸联合推拿治疗脑卒中后痉挛性偏瘫[J]. 长春中医药大学学报, 2025, 41(12): 1388-1392.
- [31] 冉俊宁, 任浩, 陈朝阳, 等. 经筋理论指导下艾灸联合常规体针治疗脑卒中后痉挛性偏瘫的临床观察[J]. 检验医学与临床, 2026, 23(10): 1402-1407+1413.
- [32] 黄璐, 辜一平, 田滨滨, 等. 艾灸联合针刺在出血性脑卒中后痉挛性偏瘫中的应用效果[J]. 慢性病学杂志, 2025, 26(12): 1917-1920.