

# 泻阴补阳合巨刺针刺法治疗脑卒中后肌张力障碍 Ashworth 痉挛量表的临床疗效观察

李作伟<sup>1,2</sup> 李平<sup>3</sup> Eudes Saturnin Régis ITOUA<sup>4</sup>, Françoise NDINGA ANDELY<sup>4</sup>, Donatien MOUKASSA<sup>4</sup>

(1 天津市南开医院中西医结合脑病科, 天津, 300100; 2 天津中医药大学, 天津, 300193; 3 天津市第三中心医院针灸科, 天津, 300170; 4 Hôpital Général de Loandjili de PointeNoire. Republique Du Congo)

**摘要** 目的: 观察泻阴补阳合巨刺法治疗脑卒中后肌张力障碍 Ashworth 痉挛量表的临床疗效。方法: 120 例脑卒中后肌张力障碍患者采用随机分组法分为治疗组 A 组和对照组 B、C、D 组, 治疗组采用泻阴补阳合巨刺针刺法, 对照组 B 组采用传统针刺法合巨刺法, C 组采用泻阴补阳针刺法, D 组采用传统针刺法, 每组各 30 例患者, 每位患者均在脑卒中的西医常规治疗方法的基础上进行治疗。治疗前后采用 Ashworth 痉挛量表进行评定。结果: 泻阴补阳合巨刺法对脑卒中后肌张力障碍的治疗效果明显优于对照组。结论: 泻阴补阳合巨刺法对脑卒中后肌张力障碍的疗效显著, 能有效改善患者的运动功能和生活能力。

**关键词** 泻阴补阳合巨刺法; 针刺; 脑卒中; 肌张力障碍

## Clinical Observation of Reducing Yin and Reinforcing Yang Companioned with Contralateral Channel Needling in Treating Dystonia after Stroke Based on Modified Ashworth Spasm Scale

Li Zuwei<sup>1,2</sup>, Li Ping<sup>3</sup>, Eudes Saturnin Régis ITOUA<sup>4</sup>, Françoise NDINGA ANDELY<sup>4</sup>, Donatien MOUKASSA<sup>4</sup>

(1 Combined Traditional Chinese and Western Medicine Encephalopathy of Hospital of Tianjin Nankai, Tianjin 300100, China; 2 Tianjin University of Chinese Medicine, Tianjin 300193, China; 3 Department of Acupuncture Tianjin Third Central Hospital, Tianjin 300170, China; 4. Hôpital Général de Loandjili de PointeNoire. Republique Du Congo)

**Abstract Objective:** To observe the clinical effect of reducing yin and reinforcing yang companioned with contralateral channel needling in the treatment of dystonia after stroke based on modified Ashworth dystonia spasm scale. **Methods:** Patients with dystonia after stroke of total 120 cases were divided into treatment group A and control group B, C, D. Treatment group A received reducing yin and reinforcing yang companioned with contralateral channel needling treatment, control group B received traditional contralateral channel needling treatment; group C reducing yin and reinforcing yang needling; group D traditional needling. The 30 patients in the four groups also received routine western treatment for dystonia after stroke. Ashworth spasm scale was used to evaluate the efficacy before and after the treatment. **Results:** The effect of group A was obviously better than that of the other three groups. **Conclusion:** Reducing yin and reinforcing yang companioned with contralateral channel needling has a clear effect in the treatment of dystonia after stroke and can efficiently improve patients' movement and living capacity.

**Key Words** Reducing yin and reinforcing yang companioned with contralateral channel needling in the treatment of dystonia after stroke; Acupuncture; Stroke; Dystonia

中图分类号: R255.2; R246.6 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2016.02.036

脑卒中是一种突然起病的脑血液循环障碍性疾病, 又叫脑血管意外, 临床上表现为一次性或永久性脑功能障碍的症状和体征, 因此脑卒中是严重危害人类健康和生命安全的常见难治性疾病, 给患者本身带来极大的痛苦, 给家庭和社会增加沉重负担<sup>[1]</sup>, 且具有发病率高、致残率高和死亡率高的特点<sup>[2]</sup>。本文对临床运用泻阴补阳合巨刺法治疗脑卒中后肌张力障碍改良 Ashworth 痉挛量表的疗效观察, 发现该方法可以有效改善患者的肢体运动功能, 帮助患

者的恢复。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 120 例患者为天津市南开医院中西医结合脑病科 2013 年 6 月至 2014 年 7 月住院患者, 随机分为治疗组 A 组泻阴补阳合巨刺法 30 例和对照组 B 组传统针刺法合巨刺针刺法、C 组泻阴补阳针刺法、D 组传统针刺法各 30 例。治疗组 A 组 30 例, 年龄 51 ~ 88 岁, 平均年龄 67.67 岁。对照组 B 组 30 例, 年龄 46 ~ 88 岁, 平均年龄 64.00 岁。对

照组 C 组 30 例, 年龄 49 ~ 86 岁, 平均年龄 66.73 岁。对照组 D 组 30 例, 年龄 35 ~ 85 岁, 平均年龄 64.67 岁。

1.2 诊断标准 中医诊断以《中风病中医诊断、疗效评定标准》<sup>[3]</sup> 为准进行诊断。西医诊断依据全国第四届脑血管病学术会议上制订的《各类脑血管病诊断要点》<sup>[4]</sup>, 并经 CT 或 MRI 确诊。

1.3 观察指标 肢体痉挛程度采用改良的 Ashworth 痉挛量表评分法(0 ~ 5 分)进行评定。

1.4 疗效标准 基本痊愈:改良的 Ashworth 痉挛量表评级恢复至 0 级。明显好转:改良的 Ashworth 痉挛量表评级恢复 2 级以上,但尚未达到 0 级。好转:改良的 Ashworth 痉挛量表评级恢复 1 级。无效:改良的 Ashworth 痉挛量表评级无变化。

1.5 评价方法量表 对每位患者的评价均按统一格式填写,各项评定项目在治疗前后均评定 1 次,且 2 次均在同一时间进行评定,排除评定时的人为因素。

1.5.1 研究设计类型 采用随机对照的临床试验研究方法,比较泻阴补阳合巨刺法和传统针刺法合巨刺针刺法、泻阴补阳针刺法、传统针刺法治疗卒中后肌张力障碍的临床疗效。

1.5.2 在严格按照纳入标准的基础上,将患者按 1:1:1:1 的比例,运用随机数字法将 120 例患者完全随机分配到泻阴补阳合巨刺法、传统针刺法合巨刺针刺法、泻阴补阳针刺法、传统针刺法。每组病例数均等,统一收集病例,并统一进行受试者的随机分配。

1.5.3 盲法 本研究采取观察分析盲法,要求在方案设计、产生随机数编制盲底、研究者记录试验结果并作出评价直至统计分析,都必须保持盲态。采用盲法应制定相应控制试验偏倚的措施,使已知的偏倚来源达到最小。研究完成后由专门负责统计的相关人员进行数据统计分析。

1.2 治疗方法 4 组患者均针刺时均选用 0.30 mm × 50 mm, 华成牌针灸针, 针刺 1 次/d, 6 次/周, 治疗 30 d。

1.2.1 治疗组泻阴补阳合巨刺法 A 组 取穴:患侧:上肢阴经取极泉、尺泽、大陵、内关;下肢取血海、阴陵泉、三阴交、太溪。上肢阳侧取肩髃、臂臑、天井、小海、手三里、合谷、八邪;下肢取髌关、阴市、膝阳关、阳陵泉、绝骨、丘墟、太冲、足临泣。合巨刺法健侧:上肢阳侧取肩髃、臂臑、天井、小海、手三里、合谷、八邪;下肢取髌关、阴市、膝阳关、阳陵泉、绝骨、

丘墟、太冲、足临泣。操作:被动牵拉上下肢关节至功能位,先刺阴侧穴,快速刺入,行提插捻转泻法;再刺阳侧穴,轻轻提插,使其得气,避免强刺激而引起的患者痉挛性抽动,行提插捻转补法;再刺健侧阳侧穴,行提插捻转,使其得气,留针 30 min。

1.2.2 对照组传统针刺法合巨刺针刺法 B 组 取穴:双侧,阳经上肢阳侧取肩髃、臂臑、天井、小海、手三里、合谷、八邪;下肢取髌关、阴市、膝阳关、阳陵泉、绝骨、丘墟、太冲、足临泣。操作:予平补平泻手法,留针 30 min。

1.2.3 对照组泻阴补阳针刺法 C 组 取穴:患侧:上肢阴经取极泉、尺泽、大陵、内关;下肢取血海、阴陵泉、三阴交、太溪。上肢阳侧取肩髃、臂臑、天井、小海、手三里、合谷、八邪;下肢取髌关、阴市、膝阳关、阳陵泉、绝骨、丘墟、太冲、足临泣。操作:阴侧穴行提插捻转泻法,不留针;阳侧穴行提插捻转补法,留针 30 min。

1.2.4 对照组传统针刺法 D 组 取穴:取患侧阳经:上肢阳侧取肩髃、臂臑、天井、小海、手三里、合谷、八邪;下肢取髌关、阴市、膝阳关、阳陵泉、绝骨、丘墟、太冲、足临泣。操作:予平补平泻手法,留针 30 min。

1.3 统计方法 结果用 SPSS 17.0 统计软件处理,组间比较计量资料用  $t$  检验,计数资料用  $\chi^2$  检验。

表 1 治疗前 4 组改良 Ashworth 痉挛量表指数比较

部位	治疗前 4 组改良 Ashworth 痉挛指数比较			
	组别	例数	中位数	四分位数间距
治疗前肘关节	A	30	2.00	3.00
	B	30	2.00	3.00
	C	30	2.00	3.00
	D	30	5.00	2.00
治疗前腕关节	A	30	2.00	2.00
	B	30	2.00	3.00
	C	30	3.00	3.00
	D	30	4.50	2.00
治疗前膝关节	A	30	2.00	2.00
	B	30	2.00	3.00
	C	30	3.00	3.00
	D	30	4.00	2.00
治疗前踝关节	A	30	2.00	2.00
	B	30	2.00	2.00
	C	30	3.00	3.00
	D	30	4.00	1.00
治疗前总分	A	30	7.00	8.50
	B	30	7.00	13.00
	C	30	12.00	11.25
	D	30	16.00	7.25

注:统计学方法:K-W 秩和检验。

## 2 结果

2.1 治疗前4组改良 Ashwirth 痉挛量表指数 治疗前肘关节  $\chi^2 = 18.718, P < 0.01$ , 差异有统计学意义; 根据目前样本信息认为治疗前4组肘关节得分不全相同; 治疗前腕关节  $\chi^2 = 14.607, P < 0.05$ , 差异有统计学意义; 根据目前样本信息认为治疗前4组腕关节得分不全相同; 治疗前膝关节  $\chi^2 = 16.244, P < 0.01$ , 差异有统计学意义; 根据目前样本信息认为治疗前4组膝关节得分不全相同, 治疗前踝关节  $\chi^2 = 16.050, P < 0.01$ , 差异有统计学意义; 根据目前样本信息认为治疗前4组踝关节得分不全相同; 治疗前总分  $\chi^2 = 17.913, P < 0.01$ , 差异有统计学意义; 根据目前样本信息认为治疗前总分得分不全相同。

2.2 治疗后4组改良 Ashworth 痉挛指数描述性统计量 见表2。

表2 治疗后4组改良 Ashworth 痉挛指数描述性统计量

部位	治疗后4组改良 Ashworth 痉挛指数描述			
	组别	例数	中位数	四分位数间距
治疗后肘关节	A	30	1.00	2.00
	B	30	1.00	2.00
	C	30	2.00	2.00
	D	30	4.00	3.00
治疗后腕关节	A	30	1.00	2.00
	B	30	1.00	2.00
	C	30	1.50	2.00
	D	30	4.00	2.00
治疗后膝关节	A	30	1.00	1.00
	B	30	2.00	1.00
	C	30	2.00	2.00
	D	30	3.00	2.00
治疗后踝关节	A	30	1.00	1.00
	B	30	1.00	1.00
	C	30	1.50	2.00
	D	30	3.00	2.00
治疗后总分	A	30	3.50	5.00
	B	30	5.00	7.25
	C	30	7.50	7.25
	D	30	13.50	7.25

2.3 4组疗后改良 Ashworth 痉挛量表肘关节得分指标 在校正疗前基础上,4组治疗后肘得分比较的  $F = 16.442, P < 0.001$ , 差异有统计学意义; 根据目前样本信息认为治疗后4组肘关节得分不全相同。泻阴补阳合巨刺法与传统针刺法合巨刺针刺法两两比较  $P = 0.002 < 0.05$ , 差异有统计学意义; 根据目前样本信息认为治疗后泻阴补阳合巨刺法与传统针刺法合巨刺针刺法肘关节得分不同。传统针刺法合巨刺针刺法与泻阴补阳针刺法两两比较  $P =$

$0.166 > 0.05$ , 差异无统计学意义; 根据目前样本信息认为治疗后传统针刺法合巨刺针刺法与泻阴补阳针刺法肘关节得分相同。泻阴补阳针刺法合传统针刺法两两比较  $P = 0.015 < 0.05$ , 差异有统计学意义; 根据目前样本信息认为治疗后泻阴补阳针刺法合传统针刺法肘关节得分不同。见表3。

表3 4组疗后改良 Ashworth 痉挛量表肘关节得分指标比较

变异来源	平方和	自由度	均方	F值	P值
校正模型	254.610	4	63.653	172.991	<0.001
截距	0.523	1	0.523	1.421	0.236
疗前肘组别	168.052	1	168.052	456.721	<0.001
误差	18.150	3	6.050	16.442	<0.001
总	42.315	115	0.368		
校正总	789.000	120			
	296.925	119			

注:统计学方法:协方差分析。

2.4 4组疗后改良 Ashworth 痉挛量表腕关节得分指标 在校正疗前基础上,4组治疗后腕关节得分比较的  $F = 12.662, P < 0.001$ , 差异有统计学意义; 根据目前样本信息认为治疗后4组腕关节得分不全相同。泻阴补阳合巨刺法与传统针刺法合巨刺针刺法两两比较  $P = 0.215 > 0.05$ , 差异无统计学意义; 根据目前样本信息认为治疗后泻阴补阳合巨刺法与传统针刺法合巨刺针刺法腕关节得分相同。传统针刺法合巨刺针刺法与泻阴补阳针刺法两两比较  $P = 0.086 > 0.05$ , 差异无统计学意义; 根据目前样本信息认为治疗后传统针刺法合巨刺针刺法与泻阴补阳针刺法腕关节得分相同。泻阴补阳针刺法合传统针刺法两两比较  $P = 0.002 < 0.05$ , 差异有统计学意义; 根据目前样本信息认为治疗后泻阴补阳针刺法合传统针刺法腕关节得分不同。见表4。

表4 4组疗后改良 Ashworth 痉挛量表腕关节得分指标比较

变异来源	平方和	自由度	均方	F值	P值
校正模型	242.092	4	60.523	180.432	<0.001
截距	0.807	1	0.807	2.405	0.124
疗前肘组别	165.625	1	165.625	493.766	<0.001
误差	12.742	3	4.247	12.662	<0.001
总	38.575	115	0.335		
校正总	684.000	120			
	280.667	119			

注:统计学方法:协方差分析。

2.5 4组疗后改良 Ashworth 痉挛量表膝关节得分指标 在校正疗前基础上,4组治疗后膝关节得分比较的  $F = 18.279, P < 0.001$ , 差异有统计学意义; 根据目前样本信息认为治疗后4组膝关节得分不全相同。泻阴补阳合巨刺法与传统针刺法合巨刺针刺

法两两比较  $P = 0.003 < 0.05$ , 差异有统计学意义; 根据目前样本信息认为治疗后泻阴补阳合巨刺法与传统针刺法合巨刺针刺法膝关节得分不同。传统针刺法合巨刺针刺法与泻阴补阳针刺法两两比较  $P = 0.350 > 0.05$ , 差异无统计学意义; 根据目前样本信息认为治疗后传统针刺法合巨刺针刺法与泻阴补阳针刺法膝关节得分相同。泻阴补阳针刺法合传统针刺法两两比较  $P < 0.001$ , 差异有统计学意义; 根据目前样本信息认为治疗后泻阴补阳针刺法合传统针刺法膝关节得分不同。见表 5。

表 5 4 组疗后改良 Ashworth 痉挛量表膝关节得分指标比较

变异来源	平方和	自由度	均方	F 值	P 值
校正模型	182.031	4	45.508	107.603	<0.001
截距	0.005	1	0.005	0.011	0.915
疗前肘	101.564	1	101.564	240.149	<0.001
组别	23.191	3	7.730	18.279	<0.001
误差	48.636	115	0.423		
总	634.000	120			
校正总	230.667	119			

注:统计学方法:协方差分析。

2.6 4 组疗后改良 Ashworth 痉挛量表踝得分指标

由表 6 可以看出,在校正疗前基础上,4 组治疗后踝关节得分比较的  $F = 7.246, P < 0.001$ , 差异有统计学意义;根据目前样本信息认为治疗后 4 组踝关节得分不全相同。泻阴补阳合巨刺法与传统针刺法合巨刺针刺法两两比较  $P = 0.015 < 0.05$ , 差异有统计学意义;根据目前样本信息认为治疗后泻阴补阳合巨刺法与传统针刺法合巨刺针刺法踝关节得分不同。传统针刺法合巨刺针刺法与泻阴补阳针刺法两两比较  $P = 0.976 > 0.05$ , 差异无统计学意义;根据目前样本信息认为治疗后传统针刺法合巨刺针刺法与泻阴补阳针刺法踝关节得分相同。泻阴补阳针刺法合传统针刺法两两比较  $P = 0.197 > 0.05$ , 差异无统计学意义;根据目前样本信息认为治疗后泻阴补阳针刺法合传统针刺法踝关节得分相同。

表 6 4 组疗后改良 Ashworth 痉挛量表踝得分指标比较

变异来源	平方和	自由度	均方	F 值	P 值
校正模型	158.769	4	39.692	71.774	<0.001
截距	4.428E-5	1	4.428E-5	0.000	0.993
疗前肘	101.603	1	101.603	183.723	<0.001
组别	12.021	3	4.007	7.246	<0.001
误差	63.597	115	0.553		
总	536.000	120			
校正总	222.367	119			

注:统计学方法:协方差分析。

2.7 4 组疗后改良 Ashworth 痉挛量表总得分指标

由表 7 可以看出,在校正疗前基础上,4 组治疗后总得分比较的  $F = 20.905, P < 0.001$ , 差异有统计学意义;根据目前样本信息认为治疗后 4 组总得分不全相同。泻阴补阳合巨刺法与传统针刺法合巨刺针刺法两两比较  $P = 0.002 < 0.05$ , 差异有统计学意义;根据目前样本信息认为治疗后泻阴补阳合巨刺法与传统针刺法合巨刺针刺法总得分不同。传统针刺法合巨刺针刺法与泻阴补阳针刺法两两比较  $P = 0.217 > 0.05$ , 差异无统计学意义;根据目前样本信息认为治疗后传统针刺法合巨刺针刺法与泻阴补阳针刺法总得分相同。泻阴补阳针刺法与传统针刺法两两比较  $P < 0.001$ , 差异有统计学意义;根据目前样本信息认为治疗后泻阴补阳针刺法与传统针刺法总得分不同。

表 7 4 组疗后改良 Ashworth 痉挛量表总得分指标比较

变异来源	平方和	自由度	均方	F 值	P 值
校正模型	3054.915	4	763.729	199.305	<0.001
截距	4.052	1	4.052	1.057	0.306
疗前肘	1869.157	1	1869.157	487.780	<0.001
组别	240.321	3	80.107	20.905	<0.001
误差	440.676	115	3.823		
总	9905.000	120			
校正总	3495.592	119			

注:统计学方法:协方差分析。

2.8 4 组治疗前后改良 Ashworth 痉挛量表各指标

泻阴补阳合巨刺法肘关节治疗前后比较  $Z = -4.702, P < 0.001$ , 按  $\alpha = 0.05$  检验水准拒绝  $H_0$ , 差异有统计学意义;根据目前样本信息认为泻阴补阳合巨刺法肘关节治疗前后不同。泻阴补阳合巨刺法腕关节治疗前后比较  $Z = -4.481, P < 0.001$ , 差异有统计学意义;根据目前样本信息认为泻阴补阳合巨刺法腕关节治疗前后不同。泻阴补阳合巨刺法膝关节治疗前后比较  $Z = -4.645, P < 0.001$ , 差异有统计学意义;根据目前样本信息认为泻阴补阳合巨刺法膝关节治疗前后不同。泻阴补阳合巨刺法踝关节治疗前后比较  $Z = -4.211, P < 0.001$ , 差异有统计学意义;根据目前样本信息认为泻阴补阳合巨刺法踝关节治疗前后不同。泻阴补阳合巨刺法改良 Ashworth 痉挛量表总分治疗前后比较  $Z = -4.796, P < 0.001$ , 差异有统计学意义;根据目前样本信息认为泻阴补阳合巨刺法改良 Ashworth 痉挛量表总分治疗前后不同。传统针刺法合巨刺针刺法、泻阴补阳针刺法、传统针刺法疗前疗后比较结论与泻阴补阳合巨刺法相同。

2.9 治疗结果 4 组病例治疗后显示,泻阴补阳合

巨刺针刺法治疗组对治疗脑卒中后肌张力障碍的疗效最为显著,治疗效果明显优于其他3组对照组,4组治疗后改善程度依次为:泻阴补阳合巨刺法>传统针刺法合巨刺针刺法>泻阴补阳针刺法>传统针刺法。因此,泻阴补阳合巨刺针刺法对治疗脑卒中后肌张力障碍改良 Ashworth 痉挛量表的效果十分显著,能达到帮助患者提高肢体运动能力的目的。

表8 4组治疗前后改良 Ashworth 痉挛量表各指标比较

组别	指标	秩和	Z 值	P 值
A	肘关节	378.00	-4.702	<0.001
	腕关节	300.00	-4.481	<0.001
	膝关节	351.00	-4.645	<0.001
	踝关节	253.00	-4.211	<0.001
	总分	465.00	-4.796	<0.001
B	肘关节	153.00	-3.782	<0.001
	腕关节	253.00	-4.261	<0.001
	膝关节	171.00	-3.834	<0.001
	踝关节	190.00	-3.987	<0.001
	总分	406.00	-4.639	<0.001
C	肘关节	105.00	-3.557	<0.001
	腕关节	190.00	-4.065	<0.001
	膝关节	171.00	-4.001	<0.001
	踝关节	153.00	-3.719	<0.001
	总分	325.00	-4.389	<0.001
D	肘关节	78.00	-3.276	<0.001
	腕关节	136.00	-3.819	<0.001
	膝关节	66.00	-3.127	<0.001
	踝关节	136.00	-3.630	<0.001
	总分	190.00	-3.837	<0.001

注:统计学方法:wilcoxon 符号秩和检验。

### 3 讨论

脑卒中在中医学中又叫中风,分为外风和内风,外风因感受外邪所致,在《伤寒论》名曰中风;内风属内伤病证,又叫类中风,脑卒中,卒中,风痲。现代一般称中风,多因气血逆乱、脑脉痹阻或血溢于脑所致。肌张力障碍是脑卒中常见的后遗症,针刺是治疗中风后肌张力障碍的有效手段,影响针刺治疗的因素很多,不同疾病,不同针刺部位,留针时间的不同都可能成为疗效的影响因素<sup>[5-6]</sup>。针刺治疗脑卒中已经有3 000多年的历史<sup>[7]</sup>,针刺对脑卒中各个时期的治疗均有一定的疗效<sup>[8]</sup>。针刺是一种十分常用的治疗手段,对脑血管意外后的肢体肌张力和运动功能的改善方面疗效很好。早期针灸治疗可以促进大脑的可塑性,还能有效防止或减少继发运动障碍的发生<sup>[9]</sup>。而临床治疗的重点是控制症状,使痉挛的次数减少,缓解疼痛症状等<sup>[10]</sup>。泻阴补阳针刺法就是通过刺激患侧伸肌和屈肌两侧的腧穴,来刺激受损的骨骼肌通过肌梭的牵张引起梭外肌收

缩的牵张反射,同时抑制了拮抗肌的收缩,对于偏瘫运动协调改善屈肌的挛缩都有一定的帮助<sup>[11]</sup>。针刺拮抗肌群打破了痉挛模式的形成,对脑卒中患者的协调运动十分有益<sup>[12]</sup>。近年来中医针灸在临床医学受到越来越多的重视,针灸联合拔罐疗法简便安全,价廉效高<sup>[13]</sup>,也是治疗的方法之一,而人们也认识到中医针灸的实用性和有效性,安全性和经济性<sup>[7]</sup>。研究表明<sup>[14-16]</sup>,针灸对中风后常见并发症吞咽困难也有很好的疗效。本研究是通过泻阴补阳合巨刺法治疗脑卒中后肌张力障碍患者改良 Ashworth 痉挛量表的疗效观察,证明泻阴补阳合巨刺法治疗脑卒中后肌张力障碍的疗效十分显著,能进一步提高患者的生活质量,达到治疗和帮助患者恢复健康的目的。相信在以后的医学研究中,针刺治疗脑卒中后肌张力障碍还会有更好的发展。

### 参考文献

- [1] 赵越洋. 近五年针灸疗法预防脑卒中综述[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(2): 210-212.
- [2] 吴承龙, 钟芳芳, 章燕幸, 等. 脑卒中高危人群筛查结果的分析[J]. 中华全科医学, 2014, 12(4): 549-550, 553.
- [3] Hatano S. Experience from a multicenter stroke register; a preliminary report[J]. Bull WHO, 1976, 54(5): 541-543.
- [4] 中华神经精神科杂志编委会. 各类脑血管病诊断要点[S]. 中华神经精神科杂志, 1996, 29(6): 379-380.
- [5] 于川, 申斌, 许世闻, 等. 不同留针时间对针刺治疗中风后肌张力增高的影响[J]. 上海针灸杂志, 2015, 34(5): 403-405.
- [6] 陈大春, 高建芸, 陈璐, 等. 卒中后肩部不同时期针刺刺法的多因素优选方案分析[J]. 中国针灸, 2015, 35(12): 1225-1230.
- [7] 徐丹, 赵冀平. 针刺推拿治疗脑卒中痉挛性瘫痪的研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(2): 72-75.
- [8] 娄必丹, 刘伍立. 泻阴补阳法论治脑卒中后痉挛性瘫痪[J]. 针灸临床杂志, 2002, 18(12): 3-4.
- [9] 吕丽. 早期针灸治疗脑卒中临床疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 14(24): 80-81.
- [10] 郭钢花, 张秋珍, 李哲. 继发性肌张力障碍研究及治疗进展[J]. 中国康复医学杂志, 2014, 29(2): 192-195.
- [11] 张立涛. 泻阴补阳针刺法治疗中风痉挛性瘫痪的临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2007, 26(4): 34-35.
- [12] 李佩芳. 针刺拮抗肌群治疗脑卒中后肌张力增高[J]. 中国康复, 2001, 16(1): 42-43.
- [13] 黄雯. 针刺联合拔罐改善缺血性脑卒中恢复期肢体运动功能临床观察[J]. 新中医, 2015, 47(12): 219-221.
- [14] 杨洋. 用针灸康复治疗中风后吞咽障碍的效果分析[J]. 当代医药论丛, 2015, 13(22): 22-23.
- [15] 闫晓洁. 电刺激与针灸治疗急性脑卒中后吞咽障碍疗效对比分析[J]. 四川中医, 2015, 33(12): 177-179.
- [16] 王小亮, 侯斌, 姜远飞, 等. 补肾利咽饮治疗卒中后假性延髓麻痹吞咽障碍临床观察[J]. 中国中医急症, 2015, 24(12): 2279-2281.