

穴位贴敷联合艾灸对脑卒中后肢体痉挛康复效果的护理研究

强玉

(鄞阳区人民医院 湖北十堰 442500)

【摘要】目的:探讨穴位贴敷联合艾灸在脑卒中后肢体痉挛康复护理中的应用效果。方法:选取2024年6月至2025年5月在本院康复医学科接受治疗的66例脑卒中后肢体痉挛作为研究对象,采用随机数字表法分为对照组(33例)与观察组(33例)。对照组实施常规康复护理干预,观察组在对照组基础上增加穴位贴敷联合艾灸护理。比较两组干预前后的肢体痉挛程度、肢体运动功能、日常生活活动能力、神经功能缺损程度及护理满意度。结果:干预4周后、8周后,观察组MAS评分低于对照组,FMA评分、BI指数高于对照组($P<0.05$);观察组干预后NIHSS评分(7.54 ± 2.56)分低于对照组的(10.26 ± 2.87)分($t=4.063, P<0.01$)。观察组护理满意度高于对照组($P<0.05$)。结论:穴位贴敷联合艾灸可有效缓解脑卒中后肢体痉挛的痉挛程度,改善肢体运动功能与日常生活活动能力,提升护理满意度。

【关键词】脑卒中;肢体痉挛;穴位贴敷;艾灸;康复护理;运动功能;日常生活活动能力

Nursing study on the rehabilitation effect of acupoint application combined with moxibustion on limb spasticity after stroke

Qiang Yu

(Yunyang District People's Hospital Shiyan, Hubei 442500)

[Abstract] Objective: To explore the application effect of acupoint application combined with moxibustion in the rehabilitation nursing of limb spasticity after stroke. Method: 66 cases of post-stroke limb spasticity treated in the Rehabilitation Medicine Department of our hospital from June 2024 to May 2025 were selected as the study subjects. They were randomly divided into a control group (33 cases) and an observation group (33 cases) using a random number table method. The control group received routine rehabilitation nursing intervention, while the observation group received acupoint application combined with moxibustion nursing on the basis of the control group. Compare the degree of limb spasticity, limb motor function, daily living activity ability, degree of neurological deficit, and nursing satisfaction between two groups before and after intervention. Result: After 4 and 8 weeks of intervention, the MAS score of the observation group was lower than that of the control group, while the FMA score and BI index were higher than those of the control group ($P<0.05$); After intervention, the NIHSS score of the observation group (7.54 ± 2.56) was lower than that of the control group (10.26 ± 2.87) ($t=4.063, P<0.01$). The nursing satisfaction of the observation group was higher than that of the control group ($P<0.05$). Conclusion: Acupoint application combined with moxibustion can effectively alleviate the spasticity of limbs after stroke, improve limb motor function and daily living activities, and enhance nursing satisfaction.

[Key words] Stroke; Limb spasms; Acupoint application; Moxibustion; Rehabilitation nursing; Sports function; Daily life activity ability

脑卒中是常见急性脑血管病,具高发病率、致残率、复发率特点。全球每年新发超1500万人,我国占比超30%^[1]。肢体痉挛是其常见并发症,表现为肌张力异常增高、活动受限,影响运动功能与日常生活,降低生活质量,给家庭和社会带来负担^[2]。目前,临床对脑卒中后肢体痉挛康复护理以常规训练为主,效果有限,部分痉挛重者难配合^[3]。随着中医护理发展,穴位贴敷、艾灸等因优势明显,逐渐用于此类康复护理^[4]。本研究探讨穴位贴敷联合艾灸对其康复效果的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年6月至2025年5月在本院康复医学科接受治疗的66例脑卒中后肢体痉挛作为研究对象,采用随机数字表法分为对照组与观察组,每组33例。两组一般资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$),见表1。

表1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(男/女)	年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	脑卒中类型(脑出血/脑梗死)	痉挛部位(上肢/下肢)
对照组	33	18/15	61.23 ± 7.56	13/20	15/18
观察组	33	17/16	62.15 ± 7.89	14/19	16/17
χ^2/t 值		0.061	0.484	0.063	0.061
P值		0.805	0.630	0.802	0.805

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:(1)符合脑卒中的诊断标准,且经头颅CT或MRI检查确诊;(2)发病时间在1-6个月内;(3)存在肢体痉挛症状;(4)意识清楚,能够配合完成护理与评估;

(5)及家属知情同意,自愿参与本研究,并签署知情同意书。排除标准:(1)合并严重心、肝、肾等重要脏器功能障碍者;(2)合并恶性肿瘤、凝血功能障碍者;(3)皮肤存在破损、感染、过敏等情况,无法进行穴位贴敷与艾灸者;(4)

存在精神疾病、认知功能障碍，无法配合治疗者；(5)中途退出研究或失访者。

1.3 方法

1.3.1 对照组

实施常规康复护理干预措施：(1)基础护理：密切观察生命体征，做好皮肤、口腔、饮食等护理，保持病房环境适宜。(2)康复训练指导：依肢体痉挛与运动功能制定个性化计划，包括被动活动（每次15-20分钟，日2次）、主动训练（每次20-30分钟，日2次）、作业疗法（每次30分钟，日1次）。(3)健康宣教与心理护理：讲解相关知识，提高及家属配合度；关注心理，疏导不良情绪，增强康复信心。

1.3.2 观察组

在对照组常规康复护理基础上，增加穴位贴敷联合艾灸护理，具体如下：(1)穴位选择：依中医辨证，结合病情，上肢痉挛选曲池等穴，下肢选足三里等穴。(2)穴位贴敷：用本院自制中药膏剂（含当归等成分），研粉调膏。消毒穴位皮肤后，取膏贴于无菌敷料（直径1-2cm）贴穴，胶布固定，每次4-6小时，日1次，每周连贴5天、休2天。(3)艾灸：贴敷30分钟后温和灸，用纯艾条，距皮肤2-3cm，以局部温热无灼痛为宜，每穴10-15分钟至皮肤发红，日1次，与贴敷同步。(4)护理观察：密切观察皮肤，询问感受，出现不适立即停操作、清洁皮肤，必要时对症处理。两组均连续干预8周。

1.4 观察指标

(1)肢体痉挛程度：采用改良Ashworth痉挛评定量表(MAS)评估，0级为无肌张力增高，4级为肌腱僵硬、受累部分不能活动。评级越高，表明肢体痉挛程度越严重。(2)运动功能：采用Fugl-Meyer运动功能评分量表(FMA)评估，上肢33项，下肢17项，总分100分，得分越高运动功能越好。(3)日常生活能力：采用BI指数评估，总分100分，得分越高日常生活能力越强。(4)神经功能缺损：采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评估，总分42分，得分越低神经功能越好。(5)护理满意度：采用本院自行设计的护理满意度调查问卷对两组进行调查，总分为100分。

根据总分将护理满意度分为：非常满意(85-100分)、满意(60-85分)、不满意(<60分)。护理满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数×100%。

1.5 统计学方法

采用SPSS26.0统计学软件对数据进行分析处理。计量资料(年龄、MAS评分、FMA评分、BI指数、NIHSS评分)以($\bar{x} \pm s$)表示，组内比较采用配对t检验，组间比较采用独立样本t检验；计数资料(性别、脑卒中类型、痉挛部位、满意度)以率(%)表示，比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 MAS评分

干预前，两组MAS评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)；干预4周后、8周后，观察组MAS评分低于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)，见表2。

2.2 FMA评分

干预前，两组FMA评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)；干预4周后、8周后，观察组FMA评分高于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)，见表3。

2.3 BI指数

干预前，两组BI指数比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)；干预4周后、8周后，观察组BI指数高于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)，见表4。

2.4 NIHSS评分

干预前，两组NIHSS评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)；干预后，观察组NIHSS评分低于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表4。

2.5 护理满意度

干预8周后，观察组护理满意度为97.67%，高于对照组的75.76%，差异有统计学意义($P < 0.05$)，见表5。

表2 两组MAS评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预4周后	干预8周后
对照组	33	2.15 ± 0.32	1.78 ± 0.25	1.42 ± 0.21
观察组	33	2.18 ± 0.30	1.35 ± 0.22	0.86 ± 0.18
t值		0.393	7.418	11.631
P值		0.696	<0.001	<0.001

表3 两组FMA评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预4周后	干预8周后
对照组	33	35.26 ± 5.89	46.89 ± 6.23	58.75 ± 6.54
观察组	33	36.12 ± 5.67	55.32 ± 6.45	72.48 ± 6.89
t值		0.604	5.400	8.303
P值		0.548	<0.001	<0.001

表4 两组BI指数比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预4周后	干预8周后
对照组	33	32.56 ± 7.12	45.89 ± 7.56	58.67 ± 8.23
观察组	33	33.18 ± 6.89	56.23 ± 7.89	75.32 ± 8.56
t值		0.359	5.436	8.055
P值		0.720	<0.001	<0.001

表4 两组NIHSS评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预后
对照组	33	12.58 ± 3.24	10.26 ± 2.87
观察组	33	12.86 ± 3.05	7.54 ± 2.56
t 值		0.361	4.063
P 值		0.719	<0.001

表5 两组护理满意度比较[n (%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	护理满意度
对照组	33	12 (36.36)	13 (39.39)	8 (24.24)	75.76
观察组	33	17 (51.52)	15 (45.45)	1 (3.03)	96.97
χ^2 值					4.632
P 值					0.031

3 讨论

脑卒中后肢体痉挛属中医“痉证”“中风”范畴，病机为气血不畅、脉络阻滞、筋脉失养。穴位贴敷通过药物（如当归、川芎、红花等）经皮吸收，发挥活血化瘀、通络止痛、舒筋活络之效。艾灸通过温热刺激穴位，温通经络、调和气血，增强局部血液循环，缓解肌肉紧张。艾灸的温热效应可促进局部微循环，改善组织缺氧，降低肌张力。药物经皮吸收后可作用于局部神经末梢和肌肉组织，调节神经肌肉接头的兴奋性，从而缓解痉挛。联合应用可发挥协同作用，增强治疗效果^[5]。

本研究中，观察组在干预4周、8周后MAS评分显著低于对照组，明确表明穴位贴敷联合艾灸对脑卒中后肢体痉挛进行干预能更有效地降低肌张力。分析其机制，这可能与药物和艾灸的双重调节作用密切相关。穴位贴敷所使用的药物，多含有活血化瘀、舒筋通络的成分，这些成分经皮肤渗透后，可直接作用于痉挛的肌肉组织，缓解肌肉紧张状态；而艾灸则通过温热刺激穴位，促进局部血液循环，加速新陈代谢，进一步放松肌肉，同时艾灸的温热效应还可能通过神经反射途径，调节中枢神经对肌肉的控制，减少异常兴奋信号的传递，从而共同实现降低肌张力的效果^[6]。

本研究结果还显示，观察组在FMA评分和BI指数方面的改善更为明显，说明穴位贴敷联合艾灸的干预方式不仅有

效缓解了痉挛症状，还促进了功能的恢复。艾灸的温热刺激可能通过增强神经肌肉的兴奋性，提高神经传导速度，从而增强神经肌肉的协调性，使运动更加流畅；而贴敷药物则通过改善局部组织的营养供应和代谢环境，促进受损神经和肌肉的修复与再生，共同推动功能重建的进程。

本研究结果显示，观察组NIHSS评分改善更显著，提示联合干预可能对中枢神经功能产生了一定的调节作用。这种调节作用可能通过经络-神经-体液等多重途径实现，艾灸和贴敷药物共同作用于经络系统，进而影响神经递质的释放和神经传导，调节中枢神经系统的功能状态，从而改善的神经功能缺损症状。

本研究还发现，观察组满意度高于对照组。穴位贴敷联合艾灸作为一种中西医结合的康复护理手段，在脑卒中后肢体痉挛管理中展现出诸多优势：其无明显不良反应，安全性高，适合长期使用；操作简便，护理人员经过专业培训后即可独立完成；在改善痉挛症状、提升运动功能和日常生活能力方面表现突出；且接受度高，治疗过程舒适、无痛、效果明显，有助于增强的治疗信心，提高整体满意度。

综上所述，穴位贴敷联合艾灸在脑卒中后肢体痉挛的康复护理中具有显著的应用效果，可有效缓解的肢体痉挛程度，改善肢体运动功能与日常生活活动能力，提升的护理满意度。

参考文献:

- [1]陈复娜,王开娜,邹婕,等.康复护理联合穴位按摩与穴位贴敷在脑卒中中的应用效果及对Barthel指数、NIHSS评分的影响[J].临床医学研究与实践,2024,9(17):133-136.
- [2]戈冬梅.张力平衡针法联合穴位贴敷在气虚血瘀型中风后痉挛性偏瘫中的应用[J].大医生,2023,8(6):107-110.
- [3]邓小渝,徐冬梅,樊琼,等.舌三针联合穴位贴敷廉泉穴对缺血性脑卒中后吞咽障碍吞咽功能及表面肌电信号的影响[J].中医杂志,2025,66(15):1559-1565.
- [4]任一理,王钧,张磊,等.穴位贴敷联合吞咽功能训练治疗老年脑卒中后吞咽障碍临床研究[J].新中医,2025,57(13):108-113.
- [5]段智中,李云,赵思涵,等.火龙罐联合穴位贴敷治疗卒中后气虚便秘临床观察[J].山西中医药大学学报,2025,26(5):518-523.
- [6]王霞.针灸联合穴位贴敷干预在脑卒中偏瘫中的应用效果[J].黑龙江医学,2025,49(9):1060-1063.