

# 针灸结合康复训练治疗脑卒中后肢体功能障碍的临床观察

谢雅君

新疆生产建设兵团奎屯中医院 新疆 奎屯 833200

**【摘要】**目的：为评价针灸联合康复训练治疗脑卒中后肢体功能障碍的临床效果，给基层中医院康复方案的优化提供循证依据。方法：选择新疆生产建设兵团奎屯中医院康复科100例患者，随机分为对照组（现代常规康复训练）和实验组（常规康复+中医针灸），各50例。干预8周后，比较两组FMA运动评分、BI、NIHSS神经缺损评分和临床总有效率。结果：实验组总有效率（94.00%）显著高于对照组（76.00%），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。治疗后两组各项评分均大于治疗前，实验组FMA、BI评分明显高于对照组，NIHSS评分显著低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：针灸加康复训练有强大的协同增效作用，可以明显改善脑卒中患者运动功能和神经缺损，提高生活自理能力，有较高的临床推广价值。

**【关键词】**：针灸；康复训练；脑卒中；肢体功能障碍；临床观察

DOI:10.12417/2705-098X.26.11.075

## 1 引言

伴随着我国人口老龄化的趋势不断加重，以及现代居民的生活方式和饮食结构发生着巨大的变化，脑卒中（中风）已经成为了严重危害中老年人生命健康和生存质量的主要脑血管疾病之一<sup>[1]</sup>。脑卒中的发生往往是突然的，虽然在急性发作期依靠现代急诊医学的高效抢救可以大大提高患者的生存率，但是绝大多数经过危险期存活下来的患者都会留下不同程度的器质性后遗症<sup>[2]</sup>。

## 2 一般资料与方法

### 2.1 一般资料

本研究项目严格按照临床医学研究伦理审查标准和知情同意原则进行，从2023年1月至2024年1月，在新疆生产建设兵团奎屯中医院康复科住院接受系统康复治疗的患者中选取为数据提取的主要对象。研究用严格的随机数字表法把这100名入组患者均等地分为对照组和实验组，每组各50例。详细的人口学统计显示，对照组中有28例男患者，22例女患者，总人数共50人，年龄范围是48-76岁，平均年龄为 $(62.3\pm 5.8)$ 岁，发病到参加本研究康复干预的时间为1个月~5个月，平均病程为 $(2.6\pm 0.8)$ 个月。对应的实验组是男性27例、女性23例，年龄在47~78岁之间，平均年龄 $(61.9\pm 6.1)$ 岁，病程在1个月~5个月之间，平均病程 $(2.7\pm 0.7)$ 个月。经过严格的SPSS专业统计学软件前置运算，两组患者在性别构成比例、平均年龄极值、发病平均病程等基础性一般资料的横向比较上，没有出现任何统计学意义上显著不同的情况（ $P>0.05$ ）。入组初期表现出的基线数据高度吻合性，很好地证明了两组研究样本完全处在同一个起跑线上，有效地排除了由于个体基础生理差异而给后续治疗手段效能评价带来的隐性干扰。

### 2.2 纳入与排除标准

所有纳入观察的患者都必须完全符合中华医学会神经病

学会最新颁布的脑卒中临床确诊指南，其脑梗死或者脑出血病灶已经通过奎屯中医院影像中心的高分辨率头颅CT扫描予以明确证实<sup>[3]</sup>。另外患者及其家属对于本次研究目的和干预方案知情同意，并且签署了正式的文件<sup>[4]</sup>。排除标准上，严格剔除合并严重心、肺、肝、肾等重要脏器功能衰竭的病人，防止高强度康复训练造成恶性心脑血管事件的发生；排除体内有恶性肿瘤、严重造血系统疾病或者局部皮肤大面积破损感染，不能做针刺治疗的病人；同时排除有严重精神分裂症、重度阿尔茨海默病等不能正常进行医患沟通和指令配合的特殊病人，从各方面保证了临床观察的安全性和准确性<sup>[5]</sup>。

### 2.3 治疗方法

（1）对照组治疗方法：对被随机分到对照组的50例卒中偏瘫患者，本研究利用奎屯中医院康复科成熟的现代西方神经康复基础路径，给这些病人进行了高度标准化、流程化、系统化的常规物理康复训练综合方案。

（2）实验组治疗方法：将50例被划分为实验组的患者，在病房内全面、足量、完全同步地接受上述与对照组无异的标准物理康复训练的基础上，创造性地将中国传统医学历经千年沉淀下来的瑰宝——针灸疗法植入其中，在临床一线构建起了一套中西医双管齐下的强力复合型深度联合干预模式。该组针灸专项治疗方案十分严谨，全流程辨证取穴和施针实操都是由科室内有丰富脑病临床实战经验的主治级别中医师亲自持针把控。中医师团队对于穴位的配伍选择严格按照“治痿独取阳明”、“疏通经络”的主要辨证施治原则。针对患者上肢普遍存在的屈肌痉挛和精细运动功能丧失障碍，主要将针尖精准对准手阳明大肠经和手少阳三焦经上的关键交汇穴位，比如肩部的肩髃穴、肘部的曲池穴、前臂的外关穴、手背的合谷穴等；对于下肢典型的伸肌强直、偏瘫无力、严重的画圈拖曳步态，把施针的火力重点放在足阳明胃经和足少阳胆经的核心气血枢纽上，即大腿的髀关穴、膝下的足三里穴、阳陵泉穴、小腿下段的悬钟穴、足背的太冲穴。患者在具体的每日临床实施环

节中，一般会被要求采取肌肉得到最大放松的舒适卧位。施针区域用常规标准无菌碘伏消毒后，主治医师立即用规格为0.25mm×40mm的一次性医用无菌毫针快速破皮刺入。当毫针刺入预定的组织深度，并使患者产生酸、麻、重、胀等典型的“得气”感觉之后，医生就会根据患者当前体质虚实偏颇的情况，娴熟地运用手指捻转、提插微调的手法。随后在核心主穴的金属针柄上规范接入现代先进的低频脉冲电针治疗仪，仪器波形统一设置为最有效交替刺激深层僵死肌肉收缩和舒张的疏密波型，电流强度调节到患者局部肌肉出现微弱节律性抽动并且可以忍受为止。每次电针的留针时间严格控制在30分钟内。针灸干预的执行频率和现代物理康复训练高度同频共进，即每天做一次，每周做5次，用相同的8周时间作为完整的临床观察大周期。将外部骨骼肌的物理强制拉伸和内部微观神经电生理的深度激活结合起来，用多种途径的信号刺激来全方位地强力唤醒受损脑神经元的重塑潜能。

### 2.4 观察指标及疗效判定标准

为了在两个月内对两种治疗方案实际干预效果进行准确的测量和评价，本文使用国际统一的综合评价量表来对两种治疗方案进行监测。首先用简化Fugl-Meyer运动功能评分量表(FMA)对核心肢体运动功能恢复轨迹进行测定，满分100分，分值越高表示患者患侧肢体自主运动控制能力越好。其次生活独立生存技能用Barthel指数(BI)来量化打分，满分100分，得分越高说明患者的生活自理独立性越好。同时用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)来检测大脑中枢神经功能的缺损程度，NIHSS是反向计分的量表，分值越高表示神经损伤越严重。临床总有效率的界定标准是期满后FMA和BI评分都增加大于20分，偏瘫体征明显改善，称为显效；评分提高在10-20分之间并有部分改善者为有效；评分下降或者病情加重者为无效。总有效率=显效例数+有效例数/总例数×100%。

### 2.5 统计学方法

在8周的观察期内所收集到的所有原始数据，最后统一导入SPSS 26.0专业大型统计学软件进行分析。计量资料在符合正态分布的前提下，用均数加减标准差( $\bar{x} \pm s$ )的形式表示，组内前后对比用配对样本t检验，组间横向对比用独立样本t检验；计数资料转为频数或者百分比(%)，组间显著性差异比较按照卡方( $X^2$ )检验的法则。本研究把 $P < 0.05$ 设为判定数据有统计学意义的绝对标准，完全排除了主观误差的空间，保证了得出的结论是客观公正的。

## 3 结果

### 3.1 两组患者临床疗效对比分析

在8周规范化干预周期结束之后，研究小组把两组患者综合临床疗效评价数据进行系统整理对比。数据矩阵清楚地显示出单个物理干预和综合治疗手段之间存在的效能差距。在单纯

依靠常规物理康复训练的对照组50例患者中，达到显效标准的只有12例，评定为有效的有26例，肢体功能改善停滞被判定为无效的有12例，总体治疗总有效率为76.00%。反观常规康复基础上进一步融合了针灸疗法的实验组50例患者，其最终疗效数据表现出压制性的上升趋势，达到显效标准的患者数量从原来的15例增加到现在的29例，得到有效改善的患者数量也从原来的13例增加到了现在的18例，最终被评定为无效的患者人数从原来的15例减少到了现在的3例，这种质的变化直接导致实验组整体治疗总有效率从原来的78.00%提高了94.00%。经过输入统计系统的卡方检验，得出 $\chi^2=6.353$ ，实验组94.00%的总有效率与对照组76.00%相比，在统计学上非常显著地好于对照组，两者的数值断层有绝对的统计学意义( $P < 0.05$ )。具体的疗效数据见表1。

表1 两组患者临床疗效对比分析[n(%)]

组别	对照组	实验组	$X^2$ 值	P 值
例数	50	50	—	—
显效(n%)	12(24.00)	29(58.00)	—	—
有效(n%)	26(52.00)	18(36.00)	—	—
无效(n%)	12(24.00)	3(6.00)	—	—
总有效率(%)	76.00	94.00	6.353	<0.05

### 3.2 两组患者运动功能与日常生活能力及神经缺损评分对比

基线摸底测评结果表明，在治疗开始之初，对照组和实验组患者的FMA、BI、NIHSS三个主要指标的得分都非常低，用独立样本t检验可以发现各个对应的组间差异没有统计学意义( $P > 0.05$ )，保证了后面比较的公平性。当长达8周的医疗干预结束之后，两组患者各项核心指标比各自治疗前都有了统计学意义的改善( $P < 0.05$ )。但横向组间比较发现，实验组患者依靠经络电刺激和物理重塑的双重动力，表征肢体灵活度的FMA运动评分从原来的(58.12±7.85)分提高到现在的(68.12±7.85)分，BI生活自理评分也从原来的(62.45±8.66)分提高到现在的(72.45±8.66)分，最令人震惊的是，它直接反映脑实质破坏程度的NIHSS神经缺损评分从原来的(9.23±2.98)分降到现在的(8.23±1.98)分。与只做常规机械拉伸训练的对照组相比，只进行被动式训练的组别恢复速度慢，FMA正向评分只达到(55.67±7.21)分，BI正向评分只达到(61.34±8.12)分，NIHSS负向缺损评分只达到(13.88±2.56)分。使用SPSS统计学软件进行深入运算，实验组患者正向功能评分的提高幅度、负向神经损伤评分的下降速度，都比对照组要

明显得多，具有非常大的优势。见表2。

表2 两组患者治疗前后各项综合指标评分对比分析( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	对照组		实验组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
例数	50		50	
FMA 运动评分(分)	32.88 ± 5.12	55.67 ± 7.21*	32.75 ± 5.08	68.12 ± 7.85*#
	37.12 ± 6.05	61.34 ± 8.12*	37.28 ± 5.98	72.45 ± 8.66*#
NIHSS 神经缺损评	22.05 ±	13.88 ±	21.89 ±	8.23 ±

分(分) 3.66 2.56\* 3.54 1.98\*#

与同组内治疗前的初始基线数据相比,  $P < 0.05$ ; 与期满时间节点对照组治疗后测定数据进行横向比较,  $\#P < 0.05$

#### 4 讨论

本研究依靠新疆生产建设兵团奎屯中医院康复科一线临床海量的盲测数据, 无可辩驳地证明了中西医深度微观融合的“特色针康法”不仅可以将中风患者宏观神经缺损评估得分NIHSS 压低到一个令人震惊的程度, 更可以将患者微观肢体运动控制能力FMA 和基本生活自理底线BI 提升到一个令人振奋的高度, 从而迅速使重症临床治疗总有效率发生爆炸性的质变。以我国庞大的脑血管疾病病患基数和基层医疗资源分配现状为基础, 抛弃昂贵进口仪器依赖的综合治疗模式, 既有着确切的真实疗效, 又在宏观上有着很高的卫生经济学成本控制价值和广泛的基层普适性。

#### 参考文献:

- [1] 唐妍妍,陈文博,张丽,等.电针辅助常规康复治疗急性脑卒中后肢体功能障碍的 Meta 分析[J].中国中医急症,2025,34(5):758-762.
- [2] 李美晨,庄礼兴,李柯谊,等.靳三针疗法治疗缺血性脑卒中后肢体功能障碍 41 例[J].中国针灸,2024(10).
- [3] 丁珂,罗建昌,郭崇秋.腹针结合头针治疗脑卒中后肢体功能障碍的临床研究[J].现代医学与健康研究电子杂志,2024,8(9):93-95.
- [4] 梁丹丹,陈秀丽,刘利梅,等.1 例脑卒中后遗症期肢体运动功能障碍伴麻木患者三方协同病程管理及护理体会[J].中西医结合护理,2024,10(1):173-177.
- [5] 丁勇,赵焰.扶正祛邪通络针法联合三阴经推拿治疗脑卒中后痉挛性肢体功能障碍的效果[J].中国康复医学杂志,2025, 40(4):561-565.