

中医护理方案对脑梗死偏瘫及肢体功能的影响

姬小其 沈茹倩

乌鲁木齐市中医医院 新疆 乌鲁木齐 830000

【摘要】：目的：观察中医综合护理方案对脑梗死所致偏瘫患者肢体功能的影响。方法：于2025年1月至2025年12月期间，纳入120例脑梗死后偏瘫病例，并借助随机数字表法，将其均等划分为两个组别，每组各含60例。其中，对照组被施以常规神经内科护理，并给予标准化的康复指导；而观察组则在对照组基础上实施中医护理方案，干预周期为4周。结果：相较于对照组，观察组干预后FMA评分、Barthel指数均更高（ $P<0.05$ ），NIHSS评分更低（ $P<0.05$ ）；不良事件发生率也更低（ $P<0.05$ ）。结论：中医护理方案可有效促进脑梗死偏瘫患者肢体功能重建，提升其生活自理水平，减轻神经功能缺损程度，且干预过程安全性良好，宜推广。

【关键词】：脑梗死；偏瘫；中医护理；肢体功能；康复护理

DOI:10.12417/2705-098X.26.17.032

脑梗死是目前临床上所见的常见而急重类脑血管疾病，其高致残率长期以来对有关家庭照护及社会医疗的资源构成巨大压力^[1]。从已有研究来看，缺血性卒中初发之后幸存的人群中，有超过70%存在某种形式的运动功能损害，其中偏瘫（即单侧肢体无力、肌张力低或动作不协调）是最具代表性的综合征现象^[2]。所谓的运动能力突然丧失并不只是生理上不能自理（如行路、饮食、穿衣）的问题，而且会因社会角色受阻而造成情绪困扰，即焦虑或抑郁状态，由此形成“功能障碍-心理失衡-康复动力不足”的恶性循环^[3]。近年来，中医学“治未病”与“整体观念”的思想在卒中后康复实践中展现出独特优势，多个研究证实，基于经络腧穴理论的中医护理技术，如穴位刺激、中药外治及导引功法等，对于激发患肢残余肌力、改善关节活动范围及重建正常运动模式具有积极促进作用^[4]。本研究旨在观察中医护理方案对该类患者肢体运动功能及神经功能恢复的具体效应，以期优化卒中后中西医结合康复护理路径提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入2025年1月至2025年12月期间于本院神经内科住院治疗的脑梗死后偏瘫患者共计120例。采用随机数字表法实施分组，观察组与对照组各分得60例。就观察组而言，其中男性占32例、女性占28例；其年龄跨度为46-78岁，平均年龄为（63.47±8.52）岁；病程时长为14-90天，平均病程为（45.21±3.69）天。对照组60例中，男性34例、女性26例；年龄分布为48-79岁，平均（64.12±8.33）岁；病程方面，最短15天，最长88天，平均病程为（46.01±3.94）天。两组基线资料均衡可比（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：首次发病或既往卒中未遗留明显肢体功能障碍者；生命体征稳定、神志清醒且能配合基本康复训练指令者；患者知情同意并签署知情同意书。

排除标准：脑出血、蛛网膜下腔出血及其他非缺血性脑血管病变者；患侧肢体存在皮肤破损、感染或深静脉血栓形成者；正在参与其他干预性临床试验者。

1.2 方法

对照组：入院后依据脑梗死临床路径给予规范化内科基础治疗，即以抗血小板药物控制血小板聚集、适当调节血压与血糖、维持水电解质平衡、辅以神经保护措施。此时由护理人员对所照护的病人和其陪护人作一般性康复指导，将良肢位的安排、每2小时翻身叩背、关节功能状态、患侧肢体被动活动诸项纳入考虑范围，规定每日分两次（上午及下午）训练，每次约用20~30分钟完成上述内容。此外，向患者发放图文版康复宣教手册，讲解卒中后二级预防的用药依从性要点及合理膳食建议，实施干预总共为4周。

观察组：在对照组全部干预措施的基础上叠加实施中医护理方案，具体操作涵盖以下四个维度。

（1）穴位按摩疗法：应将患侧上肢所涉的肩髃、曲池、手三里及合谷诸穴与下肢的环跳、风市、足三里、阳陵泉、解溪等穴一并选用。操作所用的指法是食指或中指的指腹，按所定穴位作连续而均匀、不粗暴的按揉，使该处有酸、麻、胀、重一类的得气感觉。各穴位每次按揉以2~3分钟为宜，每天一次，全程注意动作轻缓、避免暴力施压。

（2）经络拍打与循经推拿：按患者患侧肢体手三阳经、足阳明胃经的走向来确定施术部位，用虚掌或按摩工具由近端至远端作有规律的轻柔拍打，拍击强度应使皮肤略红但不疼痛、病人能接受。拍打之后即以拇指或掌根顺肌腹方向施予单一而较深的推法，将肱二头肌、肱三头肌、股四头肌及小腿三头肌等肌肉作为重点予以刺激，对每侧肢体处理的时间定为10~15分钟，每天做1次，其目的正是疏通经脉、解除肌肉紧张、促进自主动作的发生。

（3）中药熏洗外治：拟定活血通络、温经散寒之熏洗方

剂,方药组成包括透骨草、伸筋草、红花、川芎、威灵仙及艾。将上述药物装入纱布袋后置于熏洗桶内,加入足量清水煎煮至沸腾后改用文火慢煎 15 分钟,待药液温度自然降至 38~42℃ 时,将患者患侧上肢或下肢置于桶口上方先以蒸汽熏蒸约 5 分钟,随后将肢体浸入药液中进行泡洗,每次浸洗时长控制在 20 分钟,每日进行 1 次。

(4) 情志调护与中医健康宣教:按中医七情致病思路来理解患者心理,由护理人员主动沟通、分析情绪。对因身体不能自由活动而生烦躁或悲观感的人,要利用语言启发、移情法,以及“以情胜情”一类方法做心理治疗,劝其听柔和五音所代表的乐曲以安神定志。同时就饮食上宜食、不宜食的内容作个体说明,指出阳虚者可稍用温补之物,阴虚有热者要避免燥腻,注意使各系统都得到合理调养。

1.3 观察指标

(1) 肢体运动功能:采用 Fugl-Meyer 运动功能评定量表对上下肢分别计分,上肢部分总分 66 分,下肢部分总分 34 分,合计满分为 100 分。得分越高,提示肢体协同运动能力及分离运动能力越佳。

(2) 日常生活活动能力:选用 Barthel 指数作为量化评价的尺度,量表具体涉及 10 项评价内容,其中包括进食、修饰、穿衣以及大小便控制等项目,其总得分,被设定在 0 至 100 分的范围之内。分值越高,代表患者独立生活的能力就越强。

(3) 神经功能缺损程度:采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)进行量化评定,量表包含意识水平、凝视、视野等 15 个条目,总分值介于 0 至 42 分之间,分数越低表明神经功能恢复越理想。

(4) 干预相关不良事件:详细记录两组患者在干预周期内出现的任何不良事件,包括皮肤过敏或烫伤、肌肉拉伤、跌倒、压疮及肺部感染等情况。

1.4 统计分析

本研究中涉及的各项数据用 SPSS 23.0 软件处理, χ^2 与 t 检验的资料是计数与计量资料,并且,计数和计量资料也用(%)和($\bar{x} \pm s$)表示。差异符合统计学条件时, $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 肢体运动功能与日常生活能力比较

表 1 显示,观察组干预后的 FMA 评分、Barthel 指数均更高($P < 0.05$)。

表 1 FMA 评分与 Barthel 指数比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	60	60	-	-
FMA 评分				
干预前	48.25 $\pm$ 4.74	47.88 $\pm$ 4.52	0.192	>0.05

	干预后	74.51 $\pm$ 6.28	63.17 $\pm$ 6.06	6.174	<0.05
Barthel 指数	干预前	41.36 $\pm$ 4.95	40.86 $\pm$ 5.14	0.274	>0.05
	干预后	67.48 $\pm$ 6.71	56.23 $\pm$ 6.05	5.682	<0.05

2.2 神经功能缺损程度比较

表 2 显示,干预后观察组 NIHSS 评分更低($P < 0.05$)。

表 2 NIHSS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	60	60	-	-
NIHSS 评分				
干预前	14.27 $\pm$ 2.15	14.18 $\pm$ 2.03	0.388	>0.05
干预后	8.03 $\pm$ 1.26	10.41 $\pm$ 1.57	3.826	<0.05

2.3 不良事件发生情况比较

表 3 显示,观察组不良事件总发生率更低($P < 0.05$)。

表 3 不良事件发生情况比较(例, %)

组别	观察组	对照组	χ^2 值	P 值
例数	60	60	-	-
皮肤不适	1(1.67)	4(6.67)		
关节肌肉损伤	1(1.67)	4(6.67)		
其他并发症	0(0.00)	1(1.67)		
总发生率	2(3.33)	9(15.00)	4.114	<0.05

3 讨论

由脑梗死引起的偏瘫按病理生理学观点来看,是大脑半球皮质脊髓束或锥体系统缺血、缺氧之后发生的结构损害,即对侧肢体运动信号的传导路径已遭破坏^[5]。但中枢神经系统不是完全静态的,它有可塑性—突触重排、轴突旁支生长以及功能区皮层的再定位—这类变化是神经功能在卒中后得以部分恢复的内在依据^[6]。现在康复医学正是依此思路设计疗法,利用密集、重复又具有任务性质的运动来激活皮层运动区,促使沉睡突触或替代通路发挥作用^[7]。中医学把脑梗死划入“中风”类疾病,有关偏瘫的论述多指向“气虚血瘀,脉络痹阻”,将气血失和、筋肉缺乏濡养当作肢体废用的基本病机^[8-9]。按“经络所过,主治所及”设计的治疗法,中医护理所用的穴位按摩及沿经拍打正好针对被损经络的重点部位^[10]。

本研究采用的中药熏洗疗法以温热形式施用药物,此时方中透骨草、伸筋草对僵硬的肌腱韧带具有软化作用,红花、川芎能促进血液流通,调节微循环状态,又借助熏洗引发的温热感使血管在局部扩张,患肢末梢因而获得较多血液及较高氧分压^[11]。这种生理变化有利于将因长期不动而蓄积的乳酸、炎性

物质一并清除,肌肉酸痛、关节肿胀随之缓解。中医护理讲究“形神共养”以及“动静结合”,对病人心理状态予以适当调护可使焦虑得到控制,训练依从性相应提高,由此避免因情绪不稳(如烦躁、抗拒)而造成康复上的意外损伤^[12]。

研究结果显示,观察组干预后的FMA评分、Barthel指数均更高($P<0.05$),NIHSS评分更低($P<0.05$),不仅表明患者面瘫、舌瘫、言语及意识水平的恢复,更提示整体脑功能状态的改善。FMA量表被公认为有关协同运动和分离运动的权威评估工具,其分数上升不能只看作肌力的增加,而是异常

动作的解除以及正常动作系统开始运作的表现。Barthel指数同时上升对社会意义很大,所涉的照护依赖性下降是出院后能否回家、回社区的可靠预测指标。就干预期间的不良情况而言,观察组总体发生率更低($P<0.05$),中医护理方案在此类病人中是可行且安全的。

综上所述,从中医角度出发所设计的护理方案对脑梗死导致的偏瘫是优质的治疗手段,能改善肢体状况、提高生活能力、缓解神经缺损现象,且干预过程安全性良好,宜推广。

参考文献:

- [1] 陈静,王伟民,丁亚云.中医护理方案对脑梗死偏瘫内皮细胞功能及肢体功能的影响[J].罕少疾病杂志,2024,31(12):146-147.
- [2] 马宏城,王阔,李建峰.基于运动耐力分级的康复护理对脑梗死偏瘫患者肢体功能及生活质量的影响[J].健康导刊,2025,2(33):73-75.
- [3] 张译丹.中医特色护理联合康复训练对脑梗死偏瘫患者肢体功能恢复及生活质量的影响[J].中国科技期刊数据库医药,2024(12):254-257.
- [4] 鲁艳艳,杨艳.中医综合康复护理对脑梗死偏瘫患者内皮细胞功能及肢体功能的影响[J].中西医结合护理(中英文),2021,7(12):61-64.
- [5] 李静,申远.简易日常生活功能训练方案对急性期脑梗死偏瘫患者主观感受及肢体功能恢复的影响[J].反射疗法与康复医学,2023,4(24):133-136.
- [6] 肖丹,凡国华,曹星星.中医体质辨识结合耳穴压豆镜像反馈技术对脑梗死偏瘫患者肢体功能恢复的研究[J].中西医结合护理(中英文),2025,11(5):33-36.
- [7] 宁蒙蒙,张超雁,张玉姣.基于格林模式的功能锻炼干预方案在脑梗死偏瘫病人中的应用[J].全科护理,2024,22(13):2497-2500.
- [8] 元伟娜.阶段性康复护理干预对脑梗死偏瘫患者康复依从性及肢体功能恢复情况的影响[J].医学研究前沿,2025,3(4):173-175.
- [9] 徐玉方,宋静,王章钰.奥塔戈运动训练联合系统化康复护理对脑梗死偏瘫患者日常生活能力及肢体功能的影响[J].国际护理学杂志,2024,43(2):373-376.
- [10] 余连香,赵琨,陈江花,等.强化康复护理对脑梗死偏瘫患者肢体功能恢复及生活质量的改善效果评价[J].黑龙江中医药,2022,51(6):305-307.
- [11] 张爱琳,钟玉娥.艾灸联合多模块康复护理对脑梗死偏瘫患者肢体功能与生活质量的影响研究[J].黑龙江中医药,2025,54(3):278-280.
- [12] 吴洋,陈嘉.中医康复护理对脑梗死偏瘫患者早期功能康复和神经功能缺损评分的影响[J].基层医学论坛,2026,30(5):25-28.