

中医辨证分型康复干预对脑卒中后遗症患者神经功能及生活质量的 影响

吴 雷

湖北中医药大学附属天门市中医医院 湖北 天门 431700

【摘 要】：目的：探讨中医辨证分型联合现代康复干预应用于脑卒中后遗症患者中的临床价值，分析其对患者神经功能修复、日常生活能力及生活质量的改善作用。方法：选取收治的脑卒中后遗症患者 86 例，采用随机数字表法分为对照组与观察组，各 43 例。对照组给予临床标准化常规康复干预方案，观察组在对照组基础上实施中医辨证分型康复干预，两组均连续干预 3 个月。比较两组干预前后神经功能缺损评分（NIHSS）、日常生活活动能力（Barthel 指数）及健康调查简表（SF-36）生活质量核心维度评分，评估整体干预效果。结果：干预前，两组 NIHSS 评分、Barthel 指数、SF-36 各维度评分组间比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），基线资料均衡可比；干预 3 个月后，两组 NIHSS 评分均低于干预前，Barthel 指数、SF-36 各维度评分均高于干预前，且观察组各项指标改善幅度显著优于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：中医辨证分型康复干预可精准适配脑卒中后遗症患者的个体化病机特点，有效减轻神经功能缺损程度，促进肢体功能与自理能力恢复，全方位优化患者生理状态、心理状态与社会功能，显著提升生活质量，方案安全性高、依从性好、临床适配性强，具备稳定可靠的推广应用价值。

【关键词】：中医辨证分型；康复干预；脑卒中后遗症；神经功能；生活质量

DOI:10.12417/2811-051X.26.10.065

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2024 年 1 月—2025 年 1 月收治的脑卒中后遗症患者 86 例，采用随机数字表法分为对照组和观察组，各 43 例。纳入标准：符合西医脑卒中相关诊断标准，经头颅 CT 或 MRI 影像学检查确诊，病情稳定后进入后遗症期^[1]；存在肢体偏瘫、言语謇涩、吞咽障碍、平衡失调、认知减退等一项或多项后遗症表现；年龄 40~75 岁；意识清晰、生命体征平稳，可配合全程康复干预与量表评估；患者及家属完全知晓研究内容，自愿签署知情同意书。排除标准：合并严重肝肾功能衰竭、恶性肿瘤、血液系统疾病、重度感染患者；既往存在原发性精神类疾病、重度认知功能障碍、无法正常沟通者；合并其他颅脑器质性病变、脊髓损伤患者^[2]；对本研究中医干预方式存在禁忌者；中途退出研究、无法完成 3 个月干预及随访者。本研究经伦理委员会审核批准，所有患者临床资料均匿名处理，全程严格保护患者隐私与医疗安全。

1.2 干预方法

对照组给予临床常规标准化康复干预，由专业康复治疗师根据患者后遗症表现制定统一训练方案，内容包括肢体被动与主动功能训练、平衡与步行能力训练、言语吞咽功能训练、日常生活能力精细化训练，同时配合基础健康宣教、饮食指导、规范用药督导，每日训练 1 次，每次 40min，每周连续训练 6d，休息 1d，连续干预 3 个月^[3]。

观察组在对照组常规康复干预基础上，联合中医辨证分型康复干预，结合脑卒中后遗症“中风”中医病机核心特点，将

患者分为 3 种证型实施个体化施治，具体方案如下：①风痰瘀阻证：主症为肢体偏瘫、肢体麻木沉重、言语謇涩、头晕目眩、痰多黏腻，治法以祛风化痰、活血通络为主，配合穴位按摩干预，选取曲池、合谷、足三里、丰隆、风池、内关穴，以揉按、点压手法操作，以局部酸胀得气为度，每日 1 次，每次 20min，同时给予化痰通络、低盐低脂膳食指导，忌食生冷油腻、肥甘厚味食物^[4]；②气虚血瘀证：主症为肢体痿软无力、面色萎黄、气短乏力、肢体麻木不仁、活动后加重，治法以益气活血、化瘀通络为主，实施温和艾灸干预，选取气海、关元、血海、足三里、阳陵泉穴，每穴艾灸 10min，每日 1 次，同时指导患者配合益气通络的舒缓康复功法训练，辅以补气养血膳食调理^[5]；③肝肾亏虚证：主症为肢体偏瘫、手足拘挛、腰膝酸软、头晕耳鸣、筋脉拘急，治法以滋补肝肾、濡养筋脉为主，配合中药熏洗患肢干预，组方为杜仲、牛膝、当归、红花、伸筋草、透骨草、桑寄生，水煎取汁，温度适宜后熏洗患肢，每日 1 次，每次 30min，同时指导患者进行缓慢肢体拉伸训练，辅以滋补肝肾膳食指导^[6]。两组干预周期完全一致，均连续干预 3 个月，干预期间定期评估患者状态，动态调整干预细节。

1.3 观察指标

（1）神经功能缺损程度：采用美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）评估，量表涵盖意识、凝视、肢体运动、共济失调、感觉、语言等维度，总分 0~42 分，评分越高表示患者神经功能缺损越严重^[7]。

（2）日常生活活动能力：采用 Barthel 指数评定量表评估，涵盖进食、穿衣、洗漱、如厕、行走、上下楼梯等日常活动项目，总分 0~100 分，评分越高表示患者日常生活自理能力越好^[8]。

(3) 生活质量: 采用健康调查简表 (SF-36) 评估, 选取生理功能、生理职能、躯体疼痛、社会功能、精神健康 5 个核心维度, 各维度总分 0~100 分, 评分越高表示对应维度生活质量越好^[9]。所有指标均于干预前、干预 3 个月后各完成 1 次评估, 由 2 名经专业培训且固定的医护人员独立评定, 最终取平均值作为统计数据。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件处理数据, 计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组内干预前后比较采用配对 t 检验, 组间同一时间点比较采用独立样本 t 检验; 计数资料以率 (%) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组一般资料比较

两组患者性别、年龄、病程、卒中类型等一般基线资料比较, 差异无统计学意义 (P>0.05), 具有临床可比性, 详见表 1。

表 1 两组一般资料比较

组别	对照组	观察组	χ^2/t 值	P 值
例数	43	43		
男/女(例)	23/20	24/19	0.052	>0.05
年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	62.35 $\pm$ 7.12	61.89 $\pm$ 7.34	0.291	>0.05
病程($\bar{x} \pm s$, 个月)	4.26 $\pm$ 1.35	4.31 $\pm$ 1.28	0.174	>0.05
缺血性/出血性卒中(例)	32/11	33/10	0.053	>0.05

2.2 两组干预前后神经功能、自理能力及生活质量比较

干预前, 两组 NIHSS 评分、Barthel 指数、SF-36 各维度评分组间比较, 差异无统计学意义 (P>0.05); 干预 3 个月后, 两组 NIHSS 评分均低于干预前, Barthel 指数、SF-36 各维度评分均高于干预前, 且观察组各项指标改善幅度显著优于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05), 详见表 2。

表 2 两组干预前后 NIHSS 评分、Barthel 指数及 SF-36 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	组别	例数	干预前	干预 3 个月后	t 值	P 值
NIHSS 评分	对照组	43	18.62 $\pm$ 3.15	12.35 $\pm$ 2.42	9.264	<0.05
	观察组	43	18.58 $\pm$ 3.21	8.16 $\pm$ 2.13	14.732	<0.05
	t 值		0.059	8.357		
	P 值		>0.05	<0.05		
Barthel 指数	对照组	43	42.36 $\pm$ 8.52	65.71 $\pm$ 9.24	11.326	<0.05
	观察组	43	42.41 $\pm$ 8.47	82.35 $\pm$ 8.69	17.254	<0.05

生理功能	t 值		0.027	8.512		
	P 值		>0.05	<0.05		
	对照组	43	51.24 $\pm$ 7.36	68.52 $\pm$ 8.15	9.873	<0.05
	观察组	43	51.30 $\pm$ 7.29	80.46 $\pm$ 7.83	15.621	<0.05
	t 值		0.038	6.924		
	P 值		>0.05	<0.05		
生理职能	对照组	43	48.65 $\pm$ 7.12	62.34 $\pm$ 7.68	8.251	<0.05
	观察组	43	48.71 $\pm$ 7.08	75.18 $\pm$ 7.42	13.472	<0.05
	t 值		0.040	7.836		
	P 值		>0.05	<0.05		
	对照组	43	53.12 $\pm$ 6.85	69.45 $\pm$ 7.32	10.124	<0.05
	观察组	43	53.08 $\pm$ 6.91	81.26 $\pm$ 7.15	16.328	<0.05
躯体疼痛	t 值		0.027	7.519		
	P 值		>0.05	<0.05		
	对照组	43	46.38 $\pm$ 7.02	60.17 $\pm$ 7.45	8.362	<0.05
	观察组	43	46.43 $\pm$ 6.97	73.82 $\pm$ 7.21	14.217	<0.05
	t 值		0.034	8.643		
	P 值		>0.05	<0.05		
社会功能	对照组	43	47.25 $\pm$ 6.89	61.38 $\pm$ 7.26	8.715	<0.05
	观察组	43	47.31 $\pm$ 6.84	74.69 $\pm$ 7.03	15.106	<0.05
	t 值		0.041	8.297		
	P 值		>0.05	<0.05		
	对照组	43	47.25 $\pm$ 6.89	61.38 $\pm$ 7.26	8.715	<0.05
	观察组	43	47.31 $\pm$ 6.84	74.69 $\pm$ 7.03	15.106	<0.05
精神健康	t 值		0.041	8.297		
	P 值		>0.05	<0.05		

3 讨论

脑卒中是临床高发的急性脑血管意外事件, 具有起病急骤、进展迅速、致残率高、后遗症迁延难愈的临床特点, 多数患者经急性期急救治疗后, 仍会遗留肢体偏瘫、言语障碍、吞咽失调、认知减退、平衡功能异常等多种后遗症, 不仅会造成不可逆的神经功能损伤, 严重降低患者日常生活自理能力, 还会引发焦虑、自卑、社交退缩等负面情绪, 持续损害患者身心健康, 大幅降低整体生活质量, 同时也会显著加重家庭照护压力与社会医疗负担^[10]。当前临床针对脑卒中后遗症的核心干预目标为修复受损神经功能、改善肢体运动能力、恢复日常生活自理水平、全面提升生活质量, 常规现代康复干预是临床基础干预方案, 通过标准化的肢体、言语、吞咽功能训练, 可在一定程度上改善患者肢体运动功能, 但该方案以统一化、标准化干预为主, 缺乏针对患者个体病机、症状特点的精准适配性, 对于后遗症复杂、病程较长的患者, 干预效果存在明显局限性,

难以实现长期、全面的康复获益^[11]。

中医将脑卒中归属于“中风”范畴，认为脑卒中后遗症的核心病机为正气亏虚、瘀血阻络、风痰瘀阻、肝肾亏虚，患者肢体痿废、筋脉失养、功能失调，均与气血运行不畅、经络瘀阻不通、肝肾精血不足密切相关，康复干预需始终遵循“辨证论治、个体化施治”的核心原则，针对不同证型病机精准施治，方可达到疏通经络、益气活血、滋补肝肾、濡养筋脉的根本康复目的。本研究中，观察组在常规现代康复干预基础上，结合患者中医证型特点实施个体化干预，针对风痰瘀阻证给予祛风化痰、活血通络穴位按摩，针对气虚血瘀证给予益气活血、温通经络艾灸干预，针对肝肾亏虚证给予滋补肝肾、濡养筋脉中药熏洗，将中医传统外治干预与现代康复训练深度结合，实现了标本兼顾、协同互补，既保留了现代康复改善肢体功能的优势，又弥补了标准化干预缺乏个体化的短板^[12]。

从本研究结果可以看出，干预后观察组 NIHSS 评分显著低于对照组，Barthel 指数显著高于对照组，提示中医辨证分型康复干预可更有效地减轻患者神经功能缺损程度，促进日常生活自理能力恢复。其核心机制在于，中医辨证干预可通过穴位刺激、艾灸温通、中药熏洗等外治方式，有效改善患者脑部微循环，疏通经络瘀阻，调节全身气血运行，减轻脑组织缺血缺氧后继发性损伤，促进受损神经纤维修复与再生，同时配合个体化康复训练，可进一步强化肢体运动、平衡、协调功能恢复效果，循序渐进改善患者进食、行走、穿衣等日常活动能力，

实现神经功能与自理能力同步提升。

在生活质量改善方面，干预后观察组 SF-36 生理功能、生理职能、躯体疼痛、社会功能、精神健康各维度评分均显著高于对照组，说明该干预方案可从生理、心理、社会多个层面全方位优化患者生活质量。脑卒中后遗症患者长期受肢体功能障碍、躯体疼痛、社交受限等问题困扰，生理不适与心理负性情绪相互影响，形成恶性循环，导致生活质量持续下降。本研究通过辨证分型干预，可有效缓解患者肢体疼痛、乏力、拘挛等生理不适，改善躯体活动能力，同时通过中医气血调理、情志疏导，缓解患者焦虑、抑郁、自卑等负性情绪，帮助患者逐步恢复社会交往能力，打破生理与心理的恶性循环，相较于单一常规康复干预，覆盖维度更全面、康复获益更持久。

此外，中医辨证分型康复干预所用穴位按摩、艾灸、中药熏洗均为无创性外治方案，操作简便、安全性高、无明显不良反应，患者接受度与依从性更高，同时可根据患者病情变化、证型转变随时调整干预方案，高度适配脑卒中后遗症患者长期、渐进式的康复需求，完全契合临床个体化医疗的核心理念。

综上所述，中医辨证分型康复干预应用于脑卒中后遗症患者临床康复中，可有效修复受损神经功能，显著提升日常生活自理能力，全方位改善患者生理状态、心理状态与社会功能，大幅提升整体生活质量，方案个体化强、安全可靠、临床适配性高，具备稳定且突出的临床推广价值。

参考文献:

- [1] 吴晶晶.基于机器学习构建缺血性脑卒中复发中西医结合预测模型研究[D].安徽中医药大学,2024.
- [2] 薛兰,毛春迎,张争辉,等.老年高血压合并房颤患者血压波动与脑卒中风险的相关性探讨[J].延边大学医学学报,2026,49(03):84-88.
- [3] 李金芝,孙婷.提高脑卒中恢复期患者锻炼依从性康复干预的一项范围综述[J].山西医药杂志,2026,55(06):443-447.
- [4] 陆丽娜,班维固,冯琳,等.补阳还五汤联合针灸对脑卒中后气虚血瘀证患者神经功能及肢体功能的影响[J].临床合理用药,2026,19(10):63-66.
- [5] 李峥亮,张永强,刘丽军.通络扶正汤辅助治疗对缺血性脑卒中急性期风痰瘀阻证患者凝血功能和血管内皮功能的影响[J].中医杂志,2025,66(21):2227-2232.
- [6] 王晓景.电针悬钟、丘墟为主治疗脑卒中后足下垂(肝肾亏虚证)的临床研究[D].甘肃中医药大学,2022.
- [7] Ji Q,Sun L,Liu Z,et al.Beyond the total NIHSS score:association between impaired level of consciousness and early neurological deterioration in mild large vessel occlusion stroke[J].Neuroradiology,2026,(prepublish):1-9.
- [8] Çelik P,Çelik Ş,Karababa R A,et al.Association of the barthel index with mortality and intensive care unit admission in older patients presenting to the emergency department.[J].BMC geriatrics,2026.
- [9] 朱诗苗,杨柳,李燕.早期康复治疗对脑卒中后 FMA 评分、MBI 评分及 SF-36 评分影响[J].智慧健康,2022,8(11):83-86.
- [10] 熊冻.告别“卒”不及防脑卒中后遗症的康复攻略[N].大众健康报,2026-02-24(015).
- [11] 霍晓冉,冯英璞,张婧爽,等.首发脑卒中病人症状网络结构及核心症状识别[J].全科护理,2026,24(01):1-6.
- [12] 刘如玉,刘跟莉.脑卒中病人中医运动康复研究领域的可视化分析[J].循证护理,2026,12(08):1657-1665.