

中医特色护理联合早期康复训练在中风后遗症患者中的应用效果观察

徐 涛

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：观察中医特色护理联合早期康复训练应用于中风后遗症患者中的临床效果，分析其对患者神经功能、肢体运动功能及生活质量的改善作用，为中风后遗症康复干预方案优化提供临床参考。方法：选取 2024 年 1 月—2025 年 1 月收治的 86 例中风后遗症患者，采用随机数字表法分为对照组与观察组，各 43 例。对照组实施常规护理联合早期康复训练，观察组在对照组基础上增加中医特色护理干预，两组均连续干预 8 周。对比两组干预前后美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）、肢体运动功能（Fugl- Meyer）评分、健康调查简表（SF- 36）评分，同时比较两组护理满意度。结果：干预前，两组 NIHSS、Fugl- Meyer、SF- 36 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，Fugl- Meyer、SF- 36 评分高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组护理总满意度 95.35%，显著高于对照组 79.07%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：中医特色护理联合早期康复训练可有效改善中风后遗症患者神经缺损、提升肢体运动功能，改善患者生活质量，提高护理满意度，临床应用价值较高。

【关键词】：中风后遗症；中医特色护理；早期康复训练；神经功能；生活质量

DOI:10.12417/2811-051X.26.10.077

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 86 例中风后遗症患者为研究对象，按照随机数字表法分为对照组、观察组，每组 43 例。对照组男 24 例，女 19 例；年龄 52~76 岁，平均（64.37±5.29）岁；病程 1~6 个月，平均（3.24±1.06）个月；缺血性卒中 31 例，出血性卒中 12 例。观察组男 23 例，女 20 例；年龄 51~77 岁，平均（64.82±5.41）岁；病程 1~6 个月，平均（3.19±1.12）个月；缺血性卒中 29 例，出血性卒中 14 例。两组患者性别、年龄、病程、卒中类型等基线资料对比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：①符合中风后遗症相关诊断标准，经影像学检查确诊^[1]；②存在肢体偏瘫、活动受限、神经功能缺损等后遗症表现；③病程 1~6 个月，生命体征平稳，意识清晰，可配合完成康复训练及护理干预；④患者及家属知情同意并自愿参与本研究^[2]。

排除标准：①合并严重心、肝、肾等重要脏器器质性病变者；②存在认知障碍、精神疾病，无法配合干预者；③合并肢体骨折、关节畸形、严重骨质疏松者；④凝血功能异常、皮肤破损无法实施中医护理操作者；⑤中途退出或依从性较差者。

1.2 干预方法

对照组实施常规护理联合早期康复训练。常规护理包括生命体征监测、基础皮肤护理、饮食指导、用药宣教、日常起居照护，同时给予基础心理疏导，缓解患者负面情绪^[3]。

早期康复训练：干预第 1 周以被动训练为主，协助患者进

行关节屈伸、旋转、肌肉按摩，预防肌肉萎缩、关节挛缩；2 周后逐步开展主动训练，指导患者进行坐位、站立、平衡训练，循序渐进练习行走、抬手、抓握等精细动作；同时配合吞咽、语言功能训练，每日训练 1 次，每次 40 min，持续干预 8 周^[4]。

观察组在对照组常规护理与早期康复训练基础上，开展中医特色护理干预，具体如下。

（1）穴位按摩：选取肩髃、曲池、手三里、合谷、足三里、阳陵泉、血海、三阴交等穴位，采用揉、按、捏、推手法，每个穴位按摩 3~5 min，力度轻柔均匀，每日 1 次，疏通经络、改善肢体气血循环^[5]。

（2）艾灸护理：对足三里、关元、气海、曲池等穴位实施温和灸，每次 20 min，以皮肤温热微红为宜，起到温经通络、扶正固本的作用^[6]。

（3）中药熏洗：选用活血化痰、舒筋通络类中药汤剂对偏瘫肢体进行熏洗，水温控制在 40~45℃，每次 20 min，每日 1 次，改善肢体麻木、僵硬症状。

（4）中医情志与膳食护理：依据中医辨证，区分气虚、血瘀、痰湿等证型，指导合理膳食；同时疏导肝郁气滞情绪，引导患者保持心态平和，避免情志不畅加重病情。以上中医护理操作每日开展，与康复训练同步，连续干预 8 周^[7]。

1.3 观察指标

（1）神经功能：采用 NIHSS 量表评估，总分 0~42 分，分数越高代表神经缺损越严重^[8]。

（2）肢体运动功能：采用 Fugl-Meyer 量表评估，总分 0~100 分，分数越高肢体运动功能越好^[9]。

(3) 生活质量：采用 SF-36 健康简表评估，总分 0~100 分，分数越高生活质量越好^[10]。

(4) 护理满意度：采用自制满意度量表评价，分为非常满意、满意、一般、不满意，总满意度=（非常满意+满意）例数/总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计学软件进行数据处理，计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以率 (%) 表示，组间比较采用 χ^2 检验。P<0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后神经、肢体功能及生活质量评分对比

干预前，两组 NIHSS、Fugl- Meyer、SF- 36 评分差异无统计学意义 (P>0.05)；干预 8 周后，两组 NIHSS 评分均降低，Fugl- Meyer、SF- 36 评分均升高，且观察组改善幅度优于对照组，差异有统计学意义 (P<0.05)，见表 1。

表 1 两组干预前后各项功能评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	对照组		观察组		t 值	P 值
例数	43		43			
时间	干预前	干预后	干预前	干预后		
NIHSS 评分	14.26±3.15	9.14±2.43	14.31±3.08	5.37±2.16	7.524	<0.05
Fugl-Meyer 评分	42.18±6.32	61.35±7.26	41.97±6.45	74.62±8.13	8.016	<0.05
SF-36 评分	53.74±7.21	66.82±6.94	53.59±7.36	78.45±7.63	7.339	<0.05

2.2 两组护理满意度对比

观察组护理总满意度 95.35%，高于对照组 79.07%，差异有统计学意义 (P<0.05)，见表 2。

表 2 两组护理满意度对比[n (%)]

组别	对照组	观察组	X ² 值	P 值
例数	43	43		
非常满意	14(32.56)	21(48.84)		
满意	20(46.51)	20(46.51)		

一般	6(13.95)	2(4.65)
不满意	3(6.98)	0(0.00)
总满意度	34(79.07)	41(95.35)

3 讨论

中风具有起病急、致残率高的特点，多数患者经救治后会遗留肢体偏瘫、神经功能缺损、活动障碍、生活自理能力下降等后遗症，病程迁延，长期影响患者身心健康与家庭生活。中风后遗症康复周期较长，仅依靠基础护理与常规康复训练，部分患者肢体僵硬、气血运行不畅问题改善缓慢，神经功能恢复效果有限，易出现康复依从性下降、生活质量持续偏低等问题，因此需探索更高效的综合干预模式^[11]。

中医理论认为，中风后遗症病机多为气血瘀滞、经络受阻、正气亏虚，导致肢体失养、活动不利。中医特色护理通过穴位按摩、艾灸、中药熏洗、辨证膳食、情志调理等方式，可起到活血化瘀、温经通络、调和气血、扶正祛邪的作用。穴位按摩与艾灸可刺激体表经络穴位，调节气血运行，改善脑部及肢体局部血液循环，缓解肌肉痉挛、麻木僵硬；中药熏洗直接作用于偏瘫肢体，借助药力与热力疏通经络，减轻肢体水肿、疼痛；辨证饮食与情志护理，从内调理脏腑机能，减少气滞血瘀，改善患者消极情绪，提升康复主动性^[12]。

早期康复训练是中风后遗症功能恢复的核心手段，通过被动、主动肢体训练，能够促进受损神经突触重建，预防肌肉萎缩、关节挛缩，逐步恢复肢体活动能力^[13]。本研究将中医特色护理与早期康复训练联合应用，实现中医内调外治与现代康复功能训练的互补。结果显示，干预后观察组 NIHSS 评分显著低于对照组，Fugl-Meyer、SF-36 评分高于对照组，说明联合干预可更有效减轻神经缺损程度，改善肢体运动功能，全面提升患者生活质量。分析原因为，中医护理改善机体气血循环，为神经与肌肉恢复提供基础，康复训练强化肢体功能锻炼，二者协同作用，加快康复进程。

同时，观察组护理满意度明显更高，表明患者对中医特色护理接受度较高。中医护理操作温和舒适，可缓解肢体不适、舒缓情绪，配合科学的康复训练，让患者切实感受到康复效果，增强治疗信心，进而提升整体护理满意度。

综上，中医特色护理联合早期康复训练，可从生理、心理、功能多维度改善中风后遗症患者康复效果，操作简便、安全性高，契合长期康复需求，可在临床康复护理中推广应用。本研究样本量有限，干预周期较短，后续可扩大样本量、延长随访时间，进一步探究长期干预效果，完善康复护理方案。

参考文献:

- [1] 毕阿迪.140 例中风后遗症中医证候与中风主症的相关性分析[J].中国医药指南,2021,19(30):107-109.
- [2] 黄燕苹.集束化护理联合中医护理在脑中风后遗症患者中的应用效果[J].婚育与健康,2024,30(17):100-102.
- [3] 王沛昕.通窍活血汤治疗缺血性中风后遗症的疗效分析[J].内蒙古中医药,2023,42(04):24-25.
- [4] 刘晓男.中医整体护理在中风后遗症患者康复护理中的应用效果[J].中国冶金工业医学杂志,2022,39(01):35-36.
- [5] 蔡玉梅,杜丽,李奕奕.康复训练联合针刺对中风后遗症患者神经功能和运动功能的影响分析[J].全科口腔医学电子杂志,2019,6(33):84-85.
- [6] 李阳.艾灸在中风后遗症的肢体功能康复护理中的临床应用价值研究[J].心血管外科杂志(电子版),2017,6(04):423.
- [7] 李燕芬.中医情志护理对中风后遗症 36 例负性情绪和生活质量的影响[J].中国民族民间医药,2016,25(08):113+115.
- [8] Qin Y,Min Z,Sun G,et al.Endovascular thrombectomy versus best medical therapy for acute vertebrobasilar artery occlusion in patients with low NIHSS scores:a meta-analysis.[J].Annals of medicine,2026,58(1):2673631.
- [9] Hammed A,Braun V.Meyer Type III Vertical Atlantoaxial Distraction With Complete Ligamentous Disruption:A Case Report and Surgical Management.[J].Journal of neurological surgery.Part A,Central European neurosurgery,2026,2846-5094.
- [10] Dsouza C A,Kaur J,M S,et al.Health-related quality of life after orbital exenteration for COVID-19-associated rhino-orbital-cerebral mucormycosis in South India:a cross-sectional SF-36 study and systematic review.[J].Orbit(Amsterdam,Netherlands),2026,1-9.
- [11] 徐飞飞,楚海波.关于中风病头晕、头痛症状的多维度解析与风险评估[J].深圳中西医结合杂志,2025,35(18):114-119.
- [12] 代杨瑛琪.中医治疗中风后顽固性呃逆的研究进展[J].中国医药科学,2022,12(20):67-70+123.
- [13] 张红.早期康复训练对脑卒中患者日常生活能力及负性情绪的影响[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(47):139-140.