

补肾健脑电针疗法联合认知康复训练对脑卒中后轻度认知功能障碍价值研究

徐思惠 姬长勳 叶献聪

浙江康复医疗中心康复评定与治疗中心 浙江 杭州 310007

【摘要】目的：分析补肾健脑电针疗法联合认知康复训练对脑卒中后轻度认知功能障碍患者的应用效果。方法：以我院接受治疗的脑卒中后轻度认知功能障碍患者为对象，共40例，分组应用随机数字表法，对照组共20例，应用常规认知康复训练和常规针刺训练，观察组的例数与对照组相同，实施补肾健脑电针疗法联合认知康复训练，随后对比两组患者的恢复效果。结果：观察组MoCA评分、MMSE评分、FIM评分、SS-QOL评分均高于对照组，CRP、IL-6、PV、FIB水平低于对照组，临床疗效比对照组高， $P<0.05$ 。结论：针对脑卒中后出现轻度认知功能障碍的患者进行补肾健脑电针疗法联合认知康复训练后可看出，患者的认知功能得以改善，生活质量等得以提高，在临床当中应用价值广泛。

【关键词】：补肾健脑电针疗法；认知康复训练；脑卒中

DOI:10.12417/2811-051X.26.11.012

脑卒中后轻度认知障碍在一般情况下好发于患有脑卒中疾病6个月之内的患者当中，在该病的影响下患者会出现健忘以及注意力不集中等情况^[1]。如若治疗不及时，极易产生痴呆症状，使得其生活质量降低。因此尽早进行诊断和治疗是非常有必要的，其中对于上述疾病的患者在治疗期间主要以增强认知度，改善神经功能为主^[2]。在最近的几年当中认知康复训练方法的应用次数较多，应用之后可有效修复受损的脑神经细胞，提高患者的认知功能。但该训练方法还未形成一个完整的体系，还有一定的局限性^[3]。因此需要在此基础上加入补肾健脑电针疗法，该治疗法属于中医疗法，通过刺激穴位的方式来改善症状反应，具有一定的安全性，可降低不良反应的发生率。因此本文将进一步探讨补肾健脑电针疗法联合认知康复训练对脑卒中后轻度认知功能障碍患者的应用效果，具体内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取40例我院的脑卒中后轻度认知功能障碍患者，样本选取时间为2025年5月至2026年5月之间，分组法采用随机数字表法，对照组共20例，男女例数分别为11例和9例，年龄范围在42岁至69岁之间，平均 (55.32 ± 1.23) 岁；观察组共20例，男女例数分别为12例和8例，年龄范围在43岁至68岁之间，平均 (55.12 ± 1.13) 岁。随后对比两组患者的一般资料， $P>0.05$ ，组间无差异性。

1.2 方法

这两组患者均接受常规干预工作，比如为其开展血脂、血

压和血糖控制工作。

对照组患者开展常规认知康复训练和常规针刺训练：（1）常规认知康复训练：①注意力训练：为患者开展猜测游戏，开始需进行分类，将其分为植物以及动物类，随后书写特征让患者进行猜测。同时还可让其进行删除作业和数目顺序等进行训练。②定向力训练：患者需在医院中说出当天的时间和地点以及其他信息。③记忆力训练：让患者加入到地图作业当中，在进行初期需准备好尺子以及橡皮等工具。并明确地图上的要素和类型，随后依据作业的要求，来测量距离、明确方向等，并重点标记地图上的区域，当作业完成之后需仔细检查标注内容是否准确。另外，还可让其进行读短文以及听写电话号码等。④计算力训练：根据患者的具体情况，来为其开展数字认知训练，提高其计算能力。⑤单侧忽略训练：将闹钟和手机放置在忽略侧。⑥健康教育：护理人员需为患者讲解疾病相关知识，每次进行半小时，每周进行5次即可，连续治疗一个月。（2）常规针刺训练：选取患者的百会、神庭以及内关等穴位并开展针刺训练，进而改善脑卒中症状反应。

观察组实施补肾健脑电针疗法联合认知康复训练，认知康复训练方法可参考对照组，补肾健脑电针疗法如下所示：准备一次性针灸针来为患者开展电针疗法，选择患者的百会、神庭以及神门等穴位，上述穴位需根据中华人民共和国国家标准《腧穴名称与定位》，针具的规格为 $0.3\text{mm}\times 40\text{mm}$ ，针灸针选择由苏州东邦医疗器械有限公司生产的“华佗牌”一次性无菌针灸针。随后准备75%乙醇来对穴位进行消毒工作，消毒后进行针刺，当患者有酸麻胀等反应后，可让G6805-2A型低频电

基金：浙江康复医疗中心院级课题（课题编号：ZKYB2404）。

课题名称：补肾健脑电针疗法联合认知康复训练对脑卒中后轻度认知功能障碍的疗效观察。

子脉冲治疗仪和针刺的双侧风池、内关肾俞及四神聪上下两穴的针灸针进行连接，电刺激的强度需以患者的忍耐力为主，每天治疗1次，每次进行的时间为半小时，每周进行5天，治疗时间共为1个月。

1.3 观察指标

运用蒙特利尔认知评估量表（MoCA）分析两组患者的认知功能评分，30分总分，分数越高越好；采用简易智力状态检查量表（MMSE）分析两组患者的智力状态，分值在0至30分之间。

运用功能独立性评定量表（FIM）来分析两组患者日常生活能力情况，分析内容包括自我照顾能力、移动能力、括约肌控制力、运动能力、交流能力、社会认知功能，满分为126分，分数越高越好。

采用脑卒中专用生活质量量表（SS-QOL）来分析两组患者的生活质量，总分在49至245分之间，分数越高越好。

运用酶联免疫吸附法来测定两组患者治疗前后的C反应蛋白（CRP）、白细胞介素-6（IL-6）水平，血浆黏度（PV），纤维蛋白原（FIB）用血液流变学检测仪测定。

分析两组患者的临床疗效，分为显效、有效、无效。

1.4 统计学方法

数据分析用SPSS25.0软件，计量资料用均数±标准差表示，计数资料用百分率（%）表示，检验用t和X²，P<0.05，组间有差异性。

2 结果

2.1 两组患者 MoCA 评分和 MMSE 评分对比

观察组比对照组评分高，P<0.05，见表1。

表1 比较两组患者 MoCA 评分和 MMSE 评分（分）

分组		观察组	对照组	t	P
例数		20	20		
MoCA 评分	干预前	20.63±2.01	20.37±2.17	0.393	0.696
	干预后	27.39±1.39	24.94±1.02	6.355	0.000
MMSE 评分	干预前	20.63±4.86	20.35±4.78	0.183	0.855
	干预后	26.21±1.05	23.69±1.71	5.616	0.000

2.2 比较两组患者 FIM 评分

观察组比对照组评分高，P<0.05，见表2。

表2 对比两组患者 FIM 评分（分）

分组	观察组	对照组	t	P
例数	20	20		

自我照顾能力	19.24±0.23	17.01±0.45	19.733	0.000
移动能力	18.31±0.56	16.17±0.12	16.710	0.000
括约肌控制力	18.14±0.34	15.63±0.85	12.261	0.000
运动能力	17.34±0.25	16.64±0.45	6.081	0.000
交流能力	16.63±0.14	14.69±2.14	4.045	0.000
社会认知功能	18.42±1.25	16.36±2.26	3.567	0.001

2.3 观察两组患者的 SS-QOL 评分

观察组高于对照组，P<0.05，数据见表3。

表3 分析两组患者的 SS-QOL 评分（分）

分组	观察组	对照组	t	P
例数	20	20		
干预前	100.39±2.26	100.18±2.36	0.287	0.775
干预后	212.36±2.74	194.39±2.14	23.115	0.000

2.4 分析两组患者的 CRP、IL-6、PV、FIB 水平

观察组低于对照组，P<0.05，数据见表4。

表4 对比两组患者的 CRP、IL-6、PV、FIB 水平

分组		观察组	对照组	t	P
例数		20	20		
CRP(mg/L)	干预前	10.13±2.08	10.70±1.96	0.089	0.378
	干预后	4.58±1.25	6.23±1.65	3.564	0.001
IL-6(pg/mL)	干预前	29.72±3.38	31.22±3.47	1.384	0.174
	干预后	6.40±1.50	13.32±1.63	13.970	0.000
PV(mPa·s)	干预前	3.76±0.45	3.78±0.50	0.132	0.894
	干预后	1.55±0.19	2.31±0.25	10.824	0.000
FIB(g/L)	干预前	4.65±0.51	4.79±0.60	0.795	0.431
	干预后	3.46±0.34	4.00±0.48	4.105	0.000

2.5 分析两组患者的临床疗效

观察组比对照组高，P<0.05，数据见表5。

表5 对比两组患者的临床疗效[n（%）]

分组	观察组	对照组	X ²	P
例数	20	20		
显效	14	10		

有效	5	4		
无效	1	6		
总有效	19(95.00)	14(70.00)	4.329	0.037

注：续表 5。

3 讨论

脑卒中可根据患者患病情况的不同分为出血性卒中和缺血性卒中，受该疾病的影响患者会出现头晕以及麻木等症状反应，同时还会出现不同程度的认知障碍，对患者的正常生活造成了一定的干扰^[4]。在治疗方面，多采用药物治疗和手术治疗，其中药物中抗血小板药物以及抗凝药物为主，但应用后总体效果并不显著，临床针对上述情况推出了补肾健脑电针疗法，该方法下可有效加快新陈代谢速度，进而增强患者的肾脏功能^[5]。同时还能够清除血液当中的废弃物，改善神经功能，缓解疼痛感。随后在此基础上加入认知康复训练，进而提高神经功能改善效果，提高关节的灵活性，增强肌肉力量，降低并发症发生率。同时还能够缓解其心理状况，让其管理自我的能力更强，在临床应用中效果显著^[6]。

本文研究结果显示，观察组的 MoCA (27.39 ± 1.39) 分和 MMSE (26.21 ± 1.05) 分均高于对照组， $P < 0.05$ ，这说明接受

了补肾健脑电针疗法联合认知康复训练通过为患者开展各种训练的方式来提高认知度，同时进行电针疗法来进一步刺激其神经系统，进而改善智力情况^[7]。观察组自我照顾能力、移动能力、括约肌控制力、运动能力、交流能力、社会认知功能比对照组高， $P < 0.05$ ，这说明了采用两种方法联合的方式能够提高身体恢复情况，让其有能力照顾自己，积极加入到运动当中，增强交流能力，括约肌改善效果显著，进而使得日常生活能力更高^[8]。观察组 SS-QOL 评分比对照组高， $P < 0.05$ ，这说明应用了补肾健脑电针疗法联合认知康复训练后患者的症状能够得以缓解，认知功能更高，进而提高了生活质量。观察组 CRP (4.58 ± 1.25) mg/L、IL-6 (6.40 ± 1.50) pg/mL、PV (1.55 ± 0.19) mPs·s、FIB (3.46 ± 0.34) g/L 均低于对照组， $P < 0.05$ ，这说明补肾健脑电针疗法联合认知康复训练后可有效降低患者体内的炎性因子水平，改善血液黏稠度和纤维蛋白原，进而提高了卒中中恢复效率^[9]。观察组的临床疗效比对照组高， $P < 0.05$ ，这说明补肾健脑电针疗法联合认知康复训练下患者的认知障碍得以改善，身体各项指标均处于恢复状态，进而提高了总体临床疗效^[10]。

综上所述，补肾健脑电针疗法联合认知康复训练可有效改善卒中患者的认知情况，提高日常生活能力、生活质量和临床疗效，值得应用和宣传。

参考文献：

- [1] 孔凡亮.电针法刺激颞前线治疗运动性失语临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(18):104-107.
- [2] 张文彬,陈媛丽.本体感觉训练联合透刺电针疗法治疗脑卒中后偏身肢体麻木的效果及对平衡功能的影响[J].临床医学研究与实践,2024,9(25):138-142.
- [3] 刘敏,朱新汉.电针刺刺激阳明经穴治疗脑卒中后偏身感觉障碍的临床观察[J].云南中医中药杂志,2024,45(07):54-58.
- [4] 龚丹,齐运卫,任正意,等.艾灸联合电针疗法对脑卒中后足内翻患者步行功能的影响[J].反射疗法与康复医学,2024,5(13):56-59.
- [5] 孙翔,苏志伟,刘博路,等.子午流注低频电针疗法治疗痰瘀阻络型缺血性脑卒中恢复期患者疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2024,33(08):1116-1119.
- [6] 向勇,张生玉.脑卒中后偏瘫患者应用本体感觉神经肌肉促进技术联合电针刺激神经干治疗的临床疗效分析[J].现代医学与健康研究电子杂志,2024,8(04):1-3.
- [7] 章连新,叶旭园,何倩雪,等.基于拮抗肌取穴的电针疗法对脑卒中患者运动功能、日常生活活动能力及平衡功能的疗效观察[J].吉林医学,2023,44(10):2710-2712.
- [8] 梁俊,丰芬,陈瑞雪,等.针刺疗法治疗脑卒中后认知功能障碍的临床研究及作用机制进展[J].中国民间疗法,2023,31(18):111-114.
- [9] 何苗,王桂华,梁金梅,等.结合功能解剖选穴电针疗法对脑卒中痉挛期下肢关节活动度的影响[J].光明中医,2023,38(07):1324-1327.
- [10] 许彦臣,于远东,王阳,等.头电针疗法联合言语康复训练治疗脑卒中后运动性失语临床研究[J].新中医,2023,55(07):194-198.