

中医针灸联合康复训练治疗脑卒中偏瘫的临床效果分析

马潇俊

宁夏吴忠市利通区金星镇社区卫生服务中心中医康复科 宁夏 吴忠 751100

【摘要】：目的：探讨脑卒中偏瘫患者予以康复训练的同时进行中医针灸干预的康复价值。方法：选取2023年3月到2026年3月院内的75例脑卒中后出现偏瘫的患者为观察对象，随机数表法分组，共两组，分别是对照组40例（只进行康复训练）与观察组35例（在康复基础上实施针灸手段），对两组患者干预后的康复情况展开详细分析，如神经功能的恢复情况、上下肢的基础运动能力等。结果：治疗后，观察组的NIHSS评分均优于对照组，FMA上下肢功能评分及Barthel指数数值明显比对照组更高（ $P<0.05$ ）；观察组的临床治疗总有效率（97.14%）显著高于对照组（82.50%），并发症率比对照组更低，统计学存在差异（ $P<0.05$ ）。结论：中医针灸+康复训练的联合治疗能显著调节脑卒中偏瘫患者的肢体活动能力，加速神经功能的转归，提升康复疗效，降低安全隐患的发生率，具备一定适用性和推广价值。

【关键词】：脑卒中；偏瘫；针灸；康复训练

DOI:10.12417/2811-051X.26.11.048

脑卒中作为临床高发的脑血管疾病，发病急骤且病情进展迅速，偏瘫是其最常见的后遗症之一，主要表现为一侧肢体运动、感觉功能障碍，严重影响患者的日常生活活动能力，降低生活质量，同时也给患者家庭和社会带来沉重的负担^[1]。当前，脑卒中偏瘫临床康复干预的重点是尽快恢复患者的肢体功能和神经功能，减少后遗症带来的不良影响^[2]。康复训练是目前临床常规的干预手段，通过科学的肢体训练，可在一定程度上改善患者肌肉力量和运动协调性，但单一康复训练的效果往往有限，部分患者恢复速度缓慢，很难达到预期的康复效果^[3]。在中医理论中，脑卒中偏瘫属于“中风”、“偏枯”范畴，认为该病的主要病机在于气血亏虚，经络不通，手脚得不到营养，进而出现肢体无力、麻木，运动功能不正常、活动受限^[4]。针灸作为中医传统治疗手段，具有疏通经络、调和气血、扶正祛邪的功效，可通过刺激特定穴位，改善经络气血运行，缓解肢体麻木、无力等症状，为肢体功能恢复奠定基础^[5]。接下来，本文将在常规康复训练的基础上联合针灸应用在脑卒中偏瘫患者中，密切监测其实际疗效及对肢体功能恢复的影响，希望能弥补单一治疗的局限和不足，为促进脑卒中偏瘫患者的良好预后提供有利条件。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究将2023年3月到2026年3月收治的75例脑卒中偏瘫患者纳入分析范畴，将其随机分成对照组、观察组的两个组别。对照组中有40例患者，包括23例男和17例女，年龄介于44~78岁之间，均值（ 61.45 ± 7.78 ）岁，缺血性与出血性分别有28例和12例，左侧与右侧偏瘫各有21例和19例。观察组共有35例患者，性别男19例、女16例，年龄处于45~77岁区间，平均（ 61.33 ± 7.68 ）岁，缺血性脑卒中25例、出血性10例，偏瘫在左侧18例、右侧17例。组间一般人口学及临床资料进行统计学比较显示， $P>0.05$ ，有可比性。

纳入标准：①明确为脑出血或脑梗死，且有一侧肢体偏瘫；②能配合完成研究相关的检查和操作；③脑卒中发病时间在3个月内，病情稳定，没有继续加重；④自愿参与研究，签署知情同意书。

排除标准：①有严重的心脏、肝脏、肾脏等重要器官疾病，无法耐受研究；②存在认知障碍、精神疾病等情况，不能配合医护指令；③偏瘫肢体有严重的外伤、畸形，或其他影响肢体功能的疾病；④病情不稳定，有再次脑卒中的风险。

1.2 方法

对照组仅采用康复训练干预，训练方案根据患者肢体功能情况个体化制定，循序渐进开展，持续干预8周。具体训练内容包括：①肢体被动训练：由护理人员或家属协助患者进行偏瘫肢体的屈伸、旋转、外展等动作，每个动作保持15~20s，每组10~15次，每日2~3组，重点预防肢体肌肉萎缩和关节僵硬；②主动训练：指导患者在能力范围内进行自主肢体活动，如抬手、抬腿、抓握等，逐步增加训练强度和难度，每组15~20次，每日2~3组，培养患者肢体自主控制能力；③平衡与协调训练：指导患者进行坐姿平衡、站姿平衡训练，逐步过渡到行走训练，借助拐杖或助行器辅助，避免跌倒，每日1~2次，每次20~30min；④日常生活能力训练：指导患者进行穿衣、洗漱、进食、如厕等日常活动训练，提升患者生活自理能力，每日1次，每次30min。

观察组在康复基础上，联合中医针灸治疗，与康复训练同步开展，持续干预8周。针灸治疗由专业中医医师操作，遵循辨证施治原则，结合患者偏瘫部位和症状，选取合适穴位：主穴选取百会、曲池、合谷、足三里、阳陵泉、三阴交、太冲；配穴根据患者具体症状调整，肢体麻木者加风池、肩髃，肢体无力明显者加悬钟、解溪，言语不清者加廉泉、地仓。操作方法：患者取仰卧位或侧卧位，常规消毒穴位皮肤后，采用毫针针刺，进针深度根据患者体质、穴位部位调整（0.5~1.5寸），

采用平补平泻手法，得气后留针 20~30min，每日 1 次，每周治疗 5 次，休息 2 次。

1.3 观察指标

(1)选用 NIHSS 量表评定两组患者的神经功能恢复情况，量表从意识、语言、运动、感觉等多方面综合评价，总分范围为 0~42 分，分值越高，代表神经功能受损程度越重，同时对比两组患者干预前后的量表评分差异。

(2)以 Fugl-Meyer 运动功能评定量表（FMA）评价肢体的改善，该量表分为上肢、下肢两部分，其中上肢满分 66 分，下肢满分 34 分，评分越高说明肢体运动功能恢复效果越好，本次分别对比上肢、下肢。

(3)临床康复结局：有显效、有效和无效三个等级的评价标准，以显效为例，偏瘫肢体运动功能的恢复显著，对于日常活动均能自主完成；有效则说明运动功能改善明显，日常基础的活动能通过辅助工作完成；若治疗后患者仍无法实现以上能力判定为无效。

(4)日常生活的活动能力：用巴氏指数（Baethel）进行量化的评估，最高分 100 分、最低 0 分，比较干预前后的评分。

(5)并发症：统计干预期间的肌肉萎缩、压疮、关节僵硬，汇总所有发生的例数。

1.4 统计学方法

数据处理时按统计学软件 SPSS26.0 版本的要求进行，各项定量数值指标用均数±标准差表示，计算 t 统计值；分类资料以例数、构成比表示，行卡方值检验，差异 P<0.05 时有统计学意义。

2 结果

2.1 两组基线及干预后的神经功能恢复情况

如表 1，两组治疗前神经功能缺损评分无差异，治疗后，观察组 NIHSS 评分低于对照组，P<0.05。

表 1 对比两组的 NIHSS 评分（分）

组别	对照组	观察组	t	P
例数	40	35		
治疗前	19.25±4.33	19.78±4.45	0.522	0.603
治疗后	10.21±3.02	7.13±2.52	4.755	0.000

2.2 两组的肢体运动功能改善情况探讨

表 2 可见，治疗前两组上下肢功能评分呈 P>0.05，治疗后，观察组上下肢评分均高于对照组，P<0.05。

表 2 比较两组的 FMA 上下肢功能评分情况（分）

组别	对照组	观察组	t	P
----	-----	-----	---	---

	例数	40	35		
上肢	治疗前	36.25±4.21	36.11±4.02	0.146	0.883
	治疗后	42.46±8.25	57.36±7.96	7.931	0.000
下肢	治疗前	16.32±3.87	16.77±3.17	0.546	0.586
	治疗后	22.43±5.14	29.69±4.11	6.690	0.000

2.3 治疗前后两组的康复效果

如表 3，观察组治疗效果优于对照组，P<0.05。

表 3 对比两组的临床治疗康复结局[n（%）]

组别	对照组	观察组	X ²	P
例数	40	35		
显效	21(52.50)	28(80.00)		
有效	12(30.00)	6(17.14)		
无效	7(25.00)	1(2.86)		
总有效率	33(82.50)	34(97.14)	4.200	0.040

2.4 两组不同时间点的日常生活能力

表 4 显示，与治疗前比较，两组治疗后 Barthel 评分显著升高，且观察组高于对照组，P<0.05。

表 4 比较两组治疗前后的 Barthel 指数（分）

组别	对照组	观察组	t	P
例数	40	35		
治疗前	70.36±6.25	70.24±6.17	0.083	0.933
治疗后	81.22±7.19	86.78±9.47	2.883	0.005

2.5 各组的并发症情况对比

由表 5 可见，观察组并发症发生率（5.72%）低于对照组（22.50%），P<0.05。

表 5 比较两组的并发症发生情况[n（%）]

组别	对照组	观察组	X ²	P
例数	40	35		
肌肉萎缩	4(10.00)	1(2.86)		
压疮	2(5.00)	0(0.00)		
关节僵硬	3(7.50)	1(2.86)		
总发生率	9(22.50)	2(5.72)	4.202	0.040

3 讨论

研究发现,脑卒中偏瘫的康复治疗需要花费较长时间,循序渐进开展。主要目的是帮助患者修复受损的神经功能,慢慢恢复肢体活动能力和日常独立生活的能力,减轻后遗症给生活带来的不便^[6]。康复训练作为临床常规的干预手段,通过被动训练、主动训练、平衡训练等多样化手段,可有效激活患者偏瘫肢体的肌肉功能,改善关节活动度,促进肢体运动功能恢复^[7]。但单一康复训练主要聚焦于肢体功能的外在训练,没法从根源上疏通经络淤堵,也补足不了亏虚的气血,因此部分患者康复效果不佳,恢复速度较慢^[8]。

中医针灸作为传统治疗手段,在脑卒中偏瘫的治疗中具有独特优势,这种治疗思路和现代康复理念能够相互配合,发挥协同作用^[9]。中医认为,脑卒中偏瘫的根本病机是身体本身元气不足、体质虚弱,再加上血脉淤堵、经络通道不通,气血没法正常输送到肢体,进而出现肢体麻木、无力、偏瘫、活动不灵的情况。而针灸通过刺激特定穴位,可达到疏通经络、调和气血、扶正祛邪的功效,从根本上改善患者的体质和气血运行状态^[10]。

本组研究结果提示,采取两种不同治疗方案后,观察组患者的NIHSS评分比对照组更低,FMA评分(上下肢)、Barthel指数均比对照组更高,康复总有效率明显提升,并发症发生率降低, $P<0.05$ 。这一结果充分表明,康复训练联合中医针灸的干预模式,相较于单一康复训练,更能有效促进患者神经功能恢复,提升肢体运动能力和日常生活自理能力,提高康复效果,同时减少肌肉萎缩、关节僵硬等并发症的发生。分析其原因,主要是两者协同作用、互补不足:康复训练侧重于肢体功能的外在恢复,通过科学训练激活肌肉、改善运动协调性;针灸侧重于内在调理,本次实践中选取的百会穴可醒脑开窍、升阳举陷,改善患者意识状态;曲池、合谷穴可疏通上肢经络,缓解上肢麻木、无力;足三里、阳陵泉穴可调和气血、强筋健骨,促进下肢功能恢复;三阴交、太冲穴可滋养肝肾、活血化瘀,辅助改善神经功能,诸穴合用,可协同发挥作用,为肢体康复提供内在支撑,两者结合进一步提升治疗效果。

总的来说,中医针灸联合康复训练对恢复脑卒中偏瘫患者的肢体功能具有一定的应用价值,有助于提升患者神经功能及肢体运动水平,提高康复疗效,降低术后及康复期并发症风险,值得推广。

参考文献:

- [1] 罗仁华.针灸联合阶段性康复训练治疗脑卒中后偏瘫患者的临床效果[J].反射疗法与康复医学,2025,6(8):12-15.
- [2] 程胜强.针灸联合运动康复训练对缺血性脑卒中偏瘫患者神经功能及运动功能的影响[J].反射疗法与康复医学,2024,5(1):4-6.
- [3] 张方涛,杨玉立.针灸疗法联合运动康复治疗对急性脑卒中偏瘫患者的影响[J].反射疗法与康复医学,2024,5(2):5-8.
- [4] 梁允标,沈梅,韩为.针灸联合康复训练对脑卒中后偏瘫并腰椎间盘突出症患者患肢运动功能及生存质量的影响[J].临床误诊误治,2024,37(15):62-67.
- [5] 王国微,贺鑫淼,李昊凌.针灸联合康复训练治疗脑卒中后偏瘫患者的临床疗效[J].四川解剖学杂志,2024,32(4):28-30,54.
- [6] 田瑞媛,李荣荣,薛茜.针灸联合康复运动训练治疗脑卒中后偏瘫的效果观察[J].中国基层医药,2025,32(1):77-82.
- [7] 韩苏娟,韩刚.针灸、推拿联合康复疗法对脑卒中偏瘫患者氧化应激反应及运动功能的影响[J].临床医学研究与实践,2024,9(23):130-133.
- [8] 胡思远,孙文娟.针灸联合康复训练对急性缺血性脑卒中后偏瘫患者的影响[J].中外医学研究,2024,22(21):131-134.
- [9] 朱华,李松展.针灸疗法结合运动康复治疗急性脑卒中偏瘫的临床疗效观察[J].智慧健康,2024,10(6):36-39.
- [10] 针灸联合中药与康复训练治疗脑卒中后痉挛性偏瘫患者的效果及安全性分析[J].大医生,2025,10(20):16-18.