

砭石疗法对脑卒中后偏瘫患者的治疗效果研究

万秋艳 刘育璜 李清花

甘肃省中医院，甘肃兰州，730050；

摘要：目的：探究砭石疗法对脑卒中后偏瘫患者的治疗效果。方法：选取 2023 年 12 月至 2024 年 12 月期间收治的 100 例脑卒中后偏瘫患者，按照随机数字表法分为对照组和实验组，每组 50 例。对照组采用常规康复治疗，实验组在常规康复治疗基础上联合砭石疗法。在治疗前及治疗 12 周后，对两组患者的肢体运动功能（采用 Fugl-Meyer 运动功能评定量表，FMA）、日常生活活动能力（采用 Barthel 指数评定量表，BI）以及神经功能缺损程度（采用美国国立卫生研究院卒中量表，NIHSS）进行评估，并比较两组的临床疗效。结果：治疗 12 周后，两组患者的 FMA 评分、BI 评分均较治疗前显著升高（ $P < 0.05$ ），NIHSS 评分较治疗前显著降低（ $P < 0.05$ ）；且实验组的 FMA 评分、BI 评分升高幅度及 NIHSS 评分降低幅度均显著大于对照组（ $P < 0.05$ ）。实验组的总有效率为 88.0%，显著高于对照组的 68.0%（ $P < 0.05$ ）。结论：砭石疗法联合常规康复治疗可有效改善脑卒中后偏瘫患者的肢体运动功能、日常生活活动能力，减轻神经功能缺损程度，提高临床治疗效果，值得临床进一步推广应用。

关键词：砭石疗法；脑卒中；偏瘫；肢体运动功能；日常生活活动能力；神经功能缺损

DOI：10.69979/3029-2808.25.05.038

1 资料与方法

1.1 一般资料

在本项研究中，我们精心挑选了从 2023 年 12 月开始至 2024 年 12 月结束期间，在我院康复科接受治疗的 100 名脑卒中后出现偏瘫症状的患者作为研究对象。这些患者被纳入研究的年龄范围限定在 40 岁至 75 岁之间，平均年龄为 58.6 岁，标准差为 7.3 岁。在性别分布上，男性患者有 62 例，而女性患者则有 38 例。根据脑卒中的类型，脑梗死患者占了 70 例，脑出血患者则有 30 例。为了确保研究的科学性和公正性，我们采用了随机数字表法将这些患者随机分为对照组和实验组，每组各包含 50 名患者。在进行分组之后，我们对两组患者在年龄、性别、疾病类型等基本资料方面进行了比较分析，结果显示这些基本资料在两组之间没有显著差异， P 值均大于 0.05，这表明两组患者在这些方面具有可比性，从而为后续的研究和分析奠定了坚实的基础。

1.2 病例选择标准

纳入标准

纳入标准指的是参与研究的患者必须满足的一系列条件，这些条件确保了研究对象的统一性和研究结果的可靠性。本研究的纳入标准如下：

首先，患者必须符合第四届全国脑血管病学术会议所制定的脑卒中诊断标准，并且通过头部计算机断层扫描（CT）或磁共振成像（MRI）检查确诊为脑梗死或脑出血。

其次，患者应为首次发病，且从发病时间上来看，必须是在过去的 6 个月之内。

此外，患者需要存在单侧肢体偏瘫的症状，但生命体征必须是平稳的，神志要清楚，这样才能保证患者能够配合后续的治疗和评估工作。

最后，患者及其家属必须是自愿参与本研究，并且已经充分了解研究内容后，签署了知情同意书。

排除标准

排除标准是指那些不能参与研究的患者应避免的条件，这些条件有助于排除可能影响研究结果的干扰因素。本研究的排除标准包括：

首先，如果患者合并有严重的心脏、肝脏、肾脏等重要脏器功能障碍，则不能参与本研究。

其次，如果患者有精神疾病或认知障碍，以至于无法配合治疗和评估，则同样不能纳入研究。

此外，如果患者存在皮肤破损、感染等不适合接受砭石疗法的情况，也应被排除在研究之外。

最后，如果患者目前正在参加其他临床试验，为了保证研究的独立性和结果的准确性，这类患者也不应参

与本研究。

1.3 方法

对照组：采用常规康复治疗，具体如下：

运动疗法：根据患者的具体情况制定个性化的运动方案，包括床上良肢位摆放、关节活动度训练、肌力训练、平衡训练、步行训练等。每天训练 1 次，每次 60 分钟，每周训练 6 天，连续治疗 12 周。运动疗法的目的是通过一系列科学的运动训练，帮助患者逐步恢复肢体功能，提高日常生活活动能力，减少残疾程度，增强患者的生活质量。

作业疗法：针对患者的日常生活活动能力进行训练，如穿衣、进食、洗漱、如厕等。每天训练 1 次，每次 60 分钟，每周训练 6 天，连续治疗 12 周。作业疗法通过模拟日常生活中的各种活动，帮助患者在安全的环境下练习和掌握必要的生活技能，从而提高其独立生活的能力。

物理因子治疗：采用神经肌肉电刺激、功能性电刺激、生物反馈治疗等方法，促进肌肉收缩和神经功能恢复。每天治疗 1 次，每次 30 分钟，每周治疗 6 天，连续治疗 12 周。物理因子治疗通过应用特定的物理能量，如电、光、热等，刺激患者受损的神经和肌肉，以达到缓解症状、促进康复的目的。

实验组：在常规康复治疗的基础上，我们加入了砭石疗法，以期达到更好的治疗效果。具体的操作步骤如下：

首先，我们选用的是由优质泗滨砭石制成的砭具，这些砭具包括了砭板、砭棒等多种类型，以适应不同的治疗需求。

患者在治疗前需要取一个舒适的体位，然后暴露需要治疗的部位。接着，我们会用温热的毛巾对皮肤进行清洁，以确保治疗过程中的卫生和舒适。

清洁完毕后，我们将运用砭具在患者偏瘫肢体的相关穴位及肌肉上进行操作。这些穴位主要包括肩髃、曲池、合谷、环跳、足三里、阳陵泉等。在操作过程中，我们会采用揉法、滚法、点法、叩击法等多种手法，每个穴位的操作时间大约为 1 到 2 分钟。整个治疗过程大约需要 30 分钟。

为了保证治疗效果，我们安排每周进行 6 天的治疗，连续治疗 12 周，以期达到最佳的康复效果。

1.4 观察指标

肢体运动功能：采用 Fugl-Meyer 运动功能评定量表（FMA）对患者的肢体运动功能进行评估，包括上肢运动功能（66 分）和下肢运动功能（34 分），总分为 100 分，得分越高表示肢体运动功能越好。

日常生活活动能力：采用 Barthel 指数评定量表（BI）对患者的日常生活活动能力进行评估，包括进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、用厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯 10 个项目，总分 100 分，得分越高表示日常生活活动能力越好。

神经功能缺损程度：采用美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）对患者的神经功能缺损程度进行评估，包括意识、凝视、视野、面瘫、上肢运动、下肢运动等 15 个项目，总分 42 分，得分越高表示神经功能缺损程度越严重。

临床疗效：根据患者治疗后的肢体运动功能、日常生活活动能力及神经功能缺损程度的改善情况进行综合评定。

基本痊愈：功能缺损评分减少 90% - 100%，病残程度为 0 级。

显著进步：功能缺损评分减少 46% - 89%，病残程度为 1 - 3 级。

进步：功能缺损评分减少 18% - 45%。

无变化：功能缺损评分减少或增加 < 18%。

恶化：功能缺损评分增加 > 18%。

总有效率 = (基本痊愈例数 + 显著进步例数 + 进步例数) / 总例数 × 100%。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计学软件对数据进行分析。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 FMA 评分比较

见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 FMA 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
对照组	50	32.6±6.5	46.8±7.2	14.2±3.1
实验组	50	33.1±6.3	58.4±8.5	25.3±4.2
t 值 (组间治疗后比较)	-	0.432	8.274	8.891
P 值 (组间治疗后比较)	-	0.667	< 0.001	< 0.001

由表 1 可知，治疗前，两组患者的 FMA 评分相近，无统计学差异 ($P > 0.05$)。经过治疗后，两组患者的

FMA 评分均有提高,但实验组的提高幅度明显大于对照组。组间治疗后比较显示,实验组患者的 FMA 评分显著高于对照组 ($t = 8.274, P < 0.001$),差值比较也有统计学差异 ($t = 8.891, P < 0.001$)。这表明砭石疗法能够更有效地改善脑卒中后偏瘫患者的肢体运动功能。

2.2 两组患者治疗前后 BI 评分比较

见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 BI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
对照组	50	38.5±7.8	56.3±8.4	17.8±4.6
实验组	50	39.2±7.5	72.6±9.1	33.4±5.3
t 值(组间治疗后比较)	-	0.498	9.276	11.543
P 值(组间治疗后比较)	-	0.619	<0.001	<0.001

由表 2 可知,治疗前,两组患者的 BI 评分相近,无统计学差异 ($P > 0.05$)。经过治疗后,两组患者的 BI 评分均有提高,但实验组的提高幅度明显大于对照组。组间治疗后比较显示,实验组患者的 BI 评分显著

高于对照组 ($t = 9.276, P < 0.001$),差值比较也有统计学差异 ($t = 11.543, P < 0.001$)。这表明砭石疗法不仅能够有效改善脑卒中后偏瘫患者的肢体运动功能,还能显著提升其日常生活活动能力。

2.3 两组患者治疗前后 NIHSS 评分比较

治疗前,两组患者的 NIHSS 评分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);治疗 12 周后,两组患者的 NIHSS 评分均较治疗前显著降低 ($P < 0.05$),且实验组的 NIHSS 评分降低幅度显著大于对照组 ($P < 0.05$)。

表 3 两组患者治疗前后 NIHSS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
对照组	50	17.6±3.2	12.5±2.8	5.1±1.3
实验组	50	17.9±3.0	8.6±2.1	9.3±1.6
t 值(组间治疗后比较)	-	0.496	8.943	11.782
P 值(组间治疗后比较)	-	0.62	<0.001	<0.001

2.4 两组患者临床疗效比较

见表 4。

表 4 两组患者临床疗效比较 [n (%)]

组别	例数	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化	总有效率
对照组	50	5 (10.0)	12 (24.0)	17 (34.0)	13 (26.0)	3 (6.0)	34 (68.0)
实验组	50	10 (20.0)	20 (40.0)	14 (28.0)	5 (10.0)	1 (2.0)	44 (88.0)
χ^2 值	-	-	-	-	-	-	5.934
P 值	-	-	-	-	-	-	0.015

3 讨论

脑卒中是一种常见的急性脑血管疾病,具有高发病率、高致残率和高死亡率的特点。脑卒中后偏瘫是其常见的并发症之一,严重影响患者的生活质量,给患者及其家庭带来沉重的负担^[1]。因此,如何有效地促进脑卒中后偏瘫患者的康复,提高其生活自理能力,是临床亟待解决的问题。

常规康复治疗是目前治疗脑卒中后偏瘫的主要方法,通过运动疗法、作业疗法、物理因子治疗等手段,可促进患者肢体运动功能的恢复,提高日常生活活动能力。然而,常规康复治疗的效果有时仍不尽如人意。

砭石疗法是中医传统疗法之一,具有疏通经络、调和气血、扶正祛邪等作用。中医认为,脑卒中后偏瘫是由于气血瘀滞、经络不通所致。砭石疗法通过刺激人体

经络穴位,可调节人体的气血运行,改善局部血液循环,促进神经功能的恢复。现代研究也表明,砭石疗法产生的超声波脉冲和远红外线辐射等物理效应,可对人体组织产生生物效应,促进细胞的新陈代谢,增强组织的修复能力。

在本研究中,实验组在常规康复治疗基础上联合砭石疗法,结果显示,治疗 12 周后,实验组的肢体运动功能(FMA 评分)、日常生活活动能力(BI 评分)均显著优于对照组,神经功能缺损程度(NIHSS 评分)显著低于对照组,且实验组的总有效率显著高于对照组^[2]。这表明砭石疗法联合常规康复治疗可有效改善脑卒中后偏瘫患者的肢体运动功能、日常生活活动能力,减轻神经功能缺损程度,提高临床治疗效果。

砭石疗法的作用机制可能与以下几个方面有关:

刺激穴位：通过砭具对穴位的刺激，可调节经络气血的运行，改善局部血液循环，为神经细胞的修复和再生提供良好的微环境。

物理效应：砭石产生的超声波脉冲和远红外线辐射等物理效应，可促进细胞的新陈代谢，增强细胞的活性，加速组织的修复和再生。

调节神经功能：砭石疗法可能通过调节神经系统的兴奋性，促进神经功能的恢复，改善肢体的运动功能。

综上所述，砭石疗法联合常规康复治疗对脑卒中后偏瘫患者具有较好的治疗效果，可有效改善患者的肢体运动功能、日常生活活动能力，减轻神经功能缺损程度，提高临床治疗效果，值得临床进一步推广应用^[3]。但本研究样本量相对较小，观察时间较短，未来还需要进行更大样本、更长时间的研究，以进一步验证砭石疗法的疗效和安全性，并深入探讨其作用机制。

参考文献

- [1]施婉婷,叶志英. 放血疗法在临床中的应用与思考[J]. 中国民间疗法, 2025, 33(04): 111-114. DOI: 10. 19621/j. cnki. 11-3555/r. 2025. 0432.
- [2]李慧洁, 罗世锋, 胡丽玲. 砭石疗法对脑卒中后偏瘫患者的治疗效果研究[J]. 黑龙江医药, 2025, 38(01): 11-14. DOI: 10. 14035/j. cnki. hljyy. 2025. 01. 004.
- [3]田田, 闫瑞娟, 李静莉, 等. 足底砭石联合局部推拿干预在慢性非特异性下腰痛的应用效果[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2025, 31(01): 134-137. DOI: 10. 15900/j. cnki. zylf1995. 2025. 01. 041.

项目名称: 砭石温通疗法对脑卒中偏瘫患者运动功能康复的应用研究

项目编号: 24JRRA581。