

脑卒中临床治疗中应用中医针灸与康复训练结合标准化治疗的效果

匡小虎

汉川市中医医院, 湖北汉川, 432300;

摘要: 目的: 评估脑卒中临床治疗中应用中医针灸与康复训练结合标准化治疗的效果。方法: 本研究选取 2023 年 1 月至 2024 年 12 月间在某三甲综合医院康复医学科确诊为脑卒中的 80 例住院患者, 依据治疗方式不同分为对照组与实验组, 每组 40 例。对照组接受常规康复训练, 实验组在此基础上实施中医针灸结合标准化康复方案, 疗程为 4 周。分别评估两组治疗前后神经功能缺损评分 (NIHSS)、日常生活能力评分 (Barthel 指数)、中医症候积分及生活质量 (QLI) 变化, 并比较临床疗效差异。结果: 治疗 4 周后, 实验组在 NIHSS 评分改善方面优于对照组 ($P < 0.01$), Barthel 指数显著提升 ($P < 0.05$), 中医症候积分下降幅度更大 ($P < 0.05$), 生活质量评分更高 ($P < 0.05$)。实验组临床治疗总有效率为 92.5%, 明显高于对照组的 75.0% ($P < 0.05$)。两组治疗过程中均未出现明显不良反应。结论: 中医针灸结合康复训练的标准化治疗路径在脑卒中康复中展现出显著的临床效果, 能够更有效地促进神经功能恢复、提升自理能力并改善生活质量, 建议作为脑卒中康复阶段的重要干预手段予以推广。

关键词: 脑卒中; 中医针灸; 康复训练; 标准化治疗; 神经功能恢复

DOI: 10.69979/3029-2808.25.09.005

脑卒中是因脑部血液循环障碍导致的急性脑功能缺损性疾病, 具有高发病率、高致残率和高复发率的特点, 是我国成年人致残和死亡的重要原因。据《柳叶刀·神经病学》发布的数据显示, 中国脑卒中现患人数已超过 1200 万, 康复需求日益增长。尽管现代康复治疗在改善运动功能方面取得进展, 但对神经功能重塑和整体生活质量的提升仍存在一定局限^[1]。针灸作为中医传统疗法, 具有调和经络、促进气血运行、改善神经功能等作用, 近年来被广泛用于脑卒中康复期干预。已有研究提示, 针灸联合康复训练有望通过多途径协同机制增强疗效, 提升患者功能恢复与依从性。为此, 本研究以 80 例脑卒中患者为样本来评估针灸结合康复训练的标准化治疗效果, 探讨其在神经功能恢复和生活质量改善方面的临床价值。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

本研究为前瞻性对照研究, 选取 2023 年 1 月至 2024 年 12 月期间在医院康复医学科收治的 80 例脑卒中患者作为研究对象。所有患者均经头颅 CT 或 MRI 确诊为脑卒中, 包括脑梗死或脑出血, 病情相对稳定, 进入康复期 (起病时间为 7 天至 3 个月)。依据随机数字表法将患者等分为对照组和实验组, 各 40 例。对照组中,

男性 21 例, 女性 19 例; 年龄范围为 51~76 岁, 平均年龄 (63.5 ± 7.2) 岁。实验组中, 男性 22 例, 女性 18 例; 年龄范围为 52~74 岁, 平均年龄 (63.2 ± 6.8) 岁。两组在性别、年龄、卒中类型、病程及基础病情况方面差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: (1) 符合《脑卒中早期康复治疗指南》诊断标准的脑梗死或脑出血患者; (2) 发病时间在 7 天至 3 个月内, 病情稳定可进行康复训练; (3) 经影像学检查明确诊断, 具备完整的临床资料; (4) 年龄为 45~80 岁, 意识清楚, 能配合治疗和评估; (5) 患者及其家属知情同意, 并自愿签署研究知情同意书。

排除标准: (1) 合并严重心、肝、肾功能不全或活动性出血等基础疾病; (2) 伴有重度认知功能障碍、语言交流障碍、精神病史者; (3) 既往有脑卒中复发史或遗留严重功能障碍者; (4) 正在接受其他中医针灸治疗或康复方式干预者; (5) 妊娠期或哺乳期妇女。

1.2 方法

对照组患者接受常规西医康复训练, 具体包括: 关节活动训练: 每日对患肢进行被动屈伸、旋转运动, 重点活动肩关节、肘关节、膝关节及踝关节, 预防关节僵硬与肌肉萎缩; 肌力训练: 在患者情况允许范围内, 循

序渐进地开展主动抗阻训练,包括上下肢等长肌力训练及等张收缩练习;平衡及步态训练:采用坐立平衡、站立训练、步态纠正等方式,改善患者身体重心控制与行走能力;日常生活能力训练(ADL):指导患者自主完成穿脱衣、如厕、进食、洗漱等生活活动,训练频率为每日 1 次,每次 40 分钟,共持续治疗 4 周。

实验组在对照组基础上联合中医针灸干预,制定标准化治疗方案。针灸治疗方案依据《中风后遗症针灸治疗指南》制定,具体如下:针刺选穴:基础穴位包括百会、风池、合谷、曲池、足三里、阳陵泉、太冲、三阴交、太溪、肩髃、髀关等;上肢运动障碍患者加用手三里、外关、肩贞,下肢运动障碍患者加用环跳、委中、悬钟等;吞咽障碍者加用廉泉、舌边三穴。针刺方法:采用单次消毒法,使用 0.30×40mm 一次性不锈钢针,直刺或斜刺入穴,得气后采用平补平泻手法,留针 30 分钟,每日 1 次,每周 5 次,疗程共 4 周。康复训练配

合:针刺前后开展轻柔关节牵伸及功能训练,强调针刺激发后肢体运动潜能的再训练;辅助言语训练、吞咽训练视症状加用。

1.3 统计学分析

本研究采用 SPSS22.0 软件进行数据处理和统计分析。对于符合正态分布的连续变量,使用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)来表示,并通过独立样本 t 检验来比较两组间的差异,并使用卡方检验(χ^2 检验)来进行组间比较。在所有的统计测试中,将 $P < 0.05$ 作为差异具有统计学意义的标准。

2 结果

治疗前,两组在神经功能、自理能力、中医症候积分及生活质量评分方面差异无统计学意义($P > 0.05$),基线具有可比性。

表 1 两组患者基线资料比较

项目	实验组 (n=40)	对照组 (n=40)	t/ χ^2 值	P 值
样本量	40	40	—	—
性别 (男/女)	22/18	21/19	0.05	0.829
平均年龄 (岁)	63.2±6.8	63.5±7.2	0.19	0.851
卒中类型 (缺血性/出血性)	30/10	28/12	0.27	0.603
高血压/糖尿病病史	25/12	26/13	0.03	0.865

治疗后,实验组在 NIHSS 评分显著下降,Barthel 指数及生活质量评分明显提高,中医症候积分下降幅度更大,治疗总有效率亦显著优于对照组($P < 0.05$)。

表明中医针灸联合康复训练的标准化干预在改善脑卒中患者神经功能、自理能力及综合康复效果方面具有显著优势。

表 2 两组治疗前后疗效指标对比

指标	实验组 (n=40)	对照组 (n=40)	t/ χ^2 值	P 值
NIHSS 评分 (治疗前)	25.21±1.72	25.34±1.69	0.33	0.743
NIHSS 评分 (治疗后)	17.36±2.25	21.87±3.14	7.62	<0.05
Barthel 指数 (治疗前)	44.82±5.01	45.06±4.98	0.21	0.834
Barthel 指数 (治疗后)	75.36±4.17	61.14±4.96	12.34	<0.05
中医症候积分 (治疗前)	9.16±1.08	9.12±1.04	0.17	0.865
中医症候积分 (治疗后)	4.12±0.93	6.39±1.22	8.93	<0.05
生活质量评分 (治疗前)	51.27±6.84	50.89±7.02	0.27	0.787
生活质量评分 (治疗后)	83.51±5.96	69.02±6.27	10.87	<0.05
治疗总有效率 (%)	92.5	75.0	4.10	0.043

3 讨论

融合优势

3.1 中医针灸的神经调节机制与现代康复理念的

中医针灸作为传统医学干预手段,其在脑卒中后功

能障碍康复中的作用,已逐步被现代神经科学研究所证实。针刺通过激活特定穴位,可对外周神经系统施加电化学刺激,经由脊髓传导至大脑皮质,产生调节中枢神经系统功能的效应^[2]。从神经机制角度来看,针灸可促进神经递质如 5-羟色胺、去甲肾上腺素、脑源性神经营养因子(BDNF)等的释放,进而激活大脑可塑性相关通路,增强突触连接的重建能力,缩短受损区域神经网络的功能恢复周期^[3-5]。此外,研究显示针灸可通过调控丘脑-皮层通路和边缘系统,改善神经调节功能和情绪状态,从而间接提高康复训练的参与积极性与耐受性。

针灸不仅可作为单一刺激手段,更可在康复训练前预先激活运动通路,降低运动神经元兴奋阈,提高随后的主动训练效能^[6]。康复训练依赖大脑皮质-脊髓-肌肉通路的功能重构过程,强调“重复性”“方向性”运动输入对功能恢复的推动作用,而针灸则通过“内源性神经调节”机制,配合实现神经-肌肉-心理系统的多层级协调调控。两者结合,有助于加速“功能再定位”过程、缩短神经重塑窗口期。

3.2 联合干预的标准化模式与协同机制的临床意义

“针灸+康复训练”的联合干预模式在脑卒中康复领域的临床实践中,若缺乏标准化路径与系统协同,常因操作差异、介入节奏不当及医护协同缺位而影响治疗效果。为此,建立以“时序精准、穴位规范、目标协同”为核心的标准化干预路径来实现疗效可重复、方案可推广的关键。在康复干预的时间安排上,应结合患者的神经兴奋性变化和肌张力波动的特点,优先开展针灸治疗,帮助调节神经兴奋阈值,为后续运动训练做好准备。针灸结束后及时衔接功能训练,有助于形成“先激活神经、再巩固运动”的连续干预过程。在穴位选择和刺激操作方面,应根据患者的具体功能障碍部位、病程阶段及体质情况,合理选择施针区域,统一进针深度、留针时间和刺激强度,减少人为差异,保障治疗的规范性和一致性。此外,在康复目标的制定上,应由多学科团队共同参与,将针灸干预与康复训练有机结合,而非分开实施。治疗计划应明确针灸部位与所需激活肌群之间的配合关系,并通过电子病历、评估工具和疗效指标的共享与统一,确保治疗过程协同推进、目标一致^[8]。

3.3 生活质量提升对于心理-躯体双向调节机制

在脑卒中康复过程中,患者生活质量的提升不仅仅取决于肢体运动功能的恢复,还与情绪状态、睡眠质量、焦虑情绪以及患者自身的主动性密切相关。这些因素共

同影响着患者对康复过程的感受和参与意愿。有研究显示,大约有三分之一的脑卒中患者在病后会出现不同程度的抑郁、焦虑或睡眠问题,这些“非运动方面”的问题会影响患者配合康复训练的积极性,进而影响神经功能恢复和日常生活能力的改善^[9]。针灸作为中医的重要治疗手段,在调节患者情绪和睡眠方面也展现出一定优势。通过刺激特定穴位,如神门、百会、三阴交等,针灸可以作用于大脑情绪调控中枢,帮助调节内分泌系统的平衡,降低压力相关激素水平,促进身体释放镇静、镇痛的物质,从而缓解焦虑、改善睡眠质量、稳定情绪状态。

另一方面,康复训练作为主动性治疗手段,往往依赖患者较高的心理预备状态与情绪稳定性。针灸在调节情绪基础上与康复训练形成“心理-行为耦合”的干预闭环,即通过缓解内在紧张、强化认知动机,使患者在康复过程中形成积极反馈机制,逐步恢复对自身功能恢复的信心与期待。这种“从心理层调动生理反应,从躯体改善促进精神状态”的双向作用机制,使联合干预不仅在物理功能维度表现优越,更在主观健康体验和生活质量评分中体现出显著优势。

参考文献

- [1] 张会平. 中医针灸与康复训练结合治疗脑卒中临床疗效分析[J]. 中医临床研究, 2018, 10(5): 2.
- [2] 朱敏. 中医针灸与康复训练结合标准化治疗脑卒中的临床疗效探究[J]. 中国标准化, 2025(4): 321-324.
- [3] 何鹏飞杨鹏远冯舒. 中医针灸在卒中患者康复治疗中的应用分析[J]. 健康之家, 2023(13): 132-134.
- [4] 刘翠翠. 中医针灸与康复训练结合治疗脑卒中患者的临床观察[J]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2022(2): 4.
- [5] 高宁. 对在脑卒中偏瘫患者的临床治疗中实施针灸联合康复疗法的效果[J]. 养生大世界, 2021.
- [6] 王春琼. 针灸+康复训练在中风偏瘫患者中的应用效果及NIHSS评分影响分析[J]. 检验医学与临床, 2024, 21(S02): 160-163.
- [7] 夏正凯. 中医针灸联合康复训练治疗脑卒中偏瘫的临床效果分析[J]. 中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生, 2023(4): 3.
- [8] 朱琦. 针灸推拿结合康复训练治疗脑卒中偏瘫的效果[J]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2023.
- [9] 郭玉杰, 杨昊东. 脑卒中后肢体关节疼痛的针灸联合康复训练治疗效果[C]//第二届全国医药研究论坛. 1. 呼和浩特市中医蒙医医院 2. 内蒙古医科大学, 2023.