

# 中医康复干预对脑梗死患者神经功能恢复的临床研究

戚金星 张大锐\* 李浩 马杰

乌鲁木齐市中医医院

DOI:10.32629/fcmr.v7i4.18115

**[摘要]** 探讨中医康复干预对脑梗死患者神经功能恢复的疗效及机制,为脑卒中后康复提供中医参考。选取2024年6月至2025年4月乌鲁木齐市中医医院120例脑梗死患者,随机分为对照组与观察组各60例。对照组给予常规西医治疗+基础康复训练,观察组在此基础上联合中医康复干预(中药辨证施治、针灸、电针、推拿、康复指导)。观察两组治疗前后NIHSS、ADL、FMA评分及临床疗效。结果显示,治疗4周后,观察组NIHSS评分显著低于对照组( $P<0.01$ ),ADL、FMA评分显著高于对照组( $P<0.01$ );观察组总有效率91.7%,高于对照组75.0%,两组均无严重不良反应,因此中医康复干预在脑梗死患者神经功能恢复治疗中具有重要价值,值得临床推广应用。

**[关键词]** 脑梗死; 中医康复; 神经功能恢复; 针灸; 临床研究

**中图分类号:** R245 **文献标识码:** A

## Clinical Study on TCM Rehabilitation Intervention for Neurological Function Recovery in Patients with Cerebral Infarction

Jinxing Qi Darui Zhang\* Hao Li Jie Ma

Urumqi Hospital of Traditional Chinese Medicine

**[Abstract]** To explore the efficacy and mechanism of traditional Chinese medicine (TCM) rehabilitation intervention on neurological function recovery in patients with cerebral infarction, and to provide TCM reference for post-stroke rehabilitation. A total of 120 patients with cerebral infarction admitted to Urumqi Hospital of Traditional Chinese Medicine from June 2024 to April 2025 were selected, and randomly divided into a control group and an observation group, with 60 cases in each group. The control group was given conventional Western medicine treatment combined with basic rehabilitation training, while the observation group was additionally given TCM rehabilitation intervention on this basis (including syndrome differentiation and treatment with TCM herbs, acupuncture, electroacupuncture, tuina massage, and rehabilitation guidance). The NIHSS, ADL, FMA scores and clinical efficacy of the two groups were observed before and after treatment. The results showed that after 4 weeks of treatment, the NIHSS score of the observation group was significantly lower than that of the control group ( $P<0.01$ ), while the ADL and FMA scores were significantly higher than those of the control group ( $P<0.01$ ); the total effective rate of the observation group was 91.7%, which was higher than 75.0% of the control group. No serious adverse reactions occurred in either group.

**[Key words]** Cerebral Infarction; TCM Rehabilitation; Neurological Function Recovery; Acupuncture; Clinical Study

### 引言

脑梗死是临床最常见的脑血管疾病之一,占全部脑卒中的70%~80%,具有高致残率和高复发率的特点。脑梗死后神经功能损伤严重影响患者的生活质量与社会参与能力。目前,西医治疗以改善脑供血、抗血小板聚集和康复训练为主,但部分患者康复缓慢或存在后遗症障碍。近年来,中医药在脑梗死康复中的作

用逐渐受到重视。中医认为本病属“中风”范畴,其病机主要为气虚血瘀、痰阻络闭,治疗当以益气活血、化痰通络为法。通过针灸、推拿、中药及功能康复等综合干预,可在改善脑血流、促进神经可塑性及功能重建方面发挥独特优势<sup>[1]</sup>。本研究旨在探讨中医康复干预对脑梗死患者神经功能恢复的临床疗效及其机制,以期为中医康复治疗脑卒中提供循证依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本研究选取2024年6月至2025年4月乌鲁木齐市中医医院神经内科收治的脑梗死患者共120例，均经头颅MRI或CT确诊为脑梗死。采用随机数字表法分为对照组和观察组各60例。所有患者均在发病后2周内入院，病情相对稳定，意识清楚，具备配合治疗与评估的能力。纳入标准包括：①符合《中国脑卒中防治指南(2021)》脑梗死诊断标准<sup>[1]</sup>；②发病至入组时间≤14天；③NIHSS评分在5-25分之间；④具备完整的随访与评估资料。排除标准包括：①合并严重心、肝、肾功能不全；②伴有出血性脑卒中或肿瘤性病变；③合并精神疾病或认知障碍；④妊娠及哺乳期妇女。两组患者在性别、年龄、病程及基础疾病等一般资料方面比较，差异无统计学意义( $P>0.05$ )，具有可比性，见表1。

表1 两组患者一般资料比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	男/女(例)	年龄(岁)	发病至入院时间(天)	NIHSS评分(分)	高血压(例)	糖尿病(例)
对照组	60	34/26	62.4±8.1	6.3±2.7	13.8±3.5	29	18
观察组	60	35/25	63.1±7.9	6.1±2.9	14.2±3.6	30	19

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

对照组采用常规西医治疗与基础康复训练。药物治疗包括抗血小板聚集(阿司匹林100mg/d或氯吡格雷75mg/d)、调脂(阿托伐他汀20mg/d)、改善循环(脑活素或依达拉奉静脉滴注)、控制血压与血糖等。康复治疗包括肢体被动与主动训练、平衡训练、言语及吞咽功能训练，每日30分钟，每周5次，连续4周。康复过程由专业康复治疗师指导，并根据患者恢复情况逐步增加训练强度。

#### 1.2.2 观察组

观察组在对照组基础上加用中医康复干预。治疗方案由中医康复科制订并由具有副主任医师以上职称的中医医师执行。针灸取穴以通经活络、醒脑开窍为主，主要取百会、风池、曲池、合谷、足三里、阳陵泉、三阴交等穴，采用平补平泻法，每次留针30分钟，每日1次，每周6次，治疗4周。中药辨证分型施治：①气虚血瘀型，方用补阳还五汤加减；②痰瘀阻络型，用涤痰通络汤加减；③阴虚风动型，用镇肝熄风汤加减。煎服每日1剂，早晚温服。另配合推拿治疗，每日一次，以肩颈、上肢、下肢循经点按推揉，促进气血流通，改善肌张力；同时配合中医情志疏导与意念引导训练，增强患者主动康复意识。经4周综合干预后，两组患者均完成评估，依从性良好，无提前退出病例。

#### 1.3 观察指标及评价标准

主要观察指标包括神经功能缺损评分(NIHSS)、日常生活能力评分(ADL, 采用Barthel指数)、肢体运动功能评分(FMA)于治疗前后的变化。次要指标包括脑血流动力学参数(大脑中动脉平

均血流速度Vm、搏动指数PI)及不良反应发生率。疗效判定标准参照《中医病证诊断疗效标准》：显效——NIHSS下降≥46%，ADL提升≥40分；有效——NIHSS下降18%~45%；无效——下降<18%。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。

#### 1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0软件进行统计分析。计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示，组内比较用配对t检验，组间比较用独立样本t检验；计数资料采用 $\chi^2$ 检验。双侧检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组神经功能评分比较

治疗前，两组NIHSS评分无显著差异( $P>0.05$ )。治疗4周后，两组评分均较前显著降低( $P<0.01$ )，且观察组下降率高于对照组( $P<0.01$ )见表2。两组患者神经功能均改善明显，观察组改善幅度更大，提示中医康复干预在改善神经功能缺损方面具有显著优势。

表2 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	下降率(%)
对照组	60	13.8±3.5	8.9±2.6	35.5
观察组	60	14.2±3.6	6.2±2.4	56.3
<i>P</i>		>0.05	<0.01	<0.01

### 2.2 日常生活能力与肢体功能改善情况

治疗前，两组ADL评分及FMA评分无显著差异( $P>0.05$ )。治疗后，两组ADL评分及FMA评分均明显提高；与对照组相比，观察组提升幅度更显著( $P<0.01$ )见表3。提示中医康复干预能显著提升脑梗死患者的生活自理能力及肢体运动功能。尤其在上肢精细动作及步态协调方面改善明显，临床表现为肌张力降低、运动协调性增强。

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

组别	例数	ADL治疗前	ADL治疗后	FMA治疗前	FMA治疗后
对照组	60	41.7±9.2	62.8±10.4	42.3±8.6	56.7±9.3
观察组	60	40.9±8.8	74.2±11.5	43.1±9.1	68.5±10.2
<i>P</i> (组间)		>0.05	<0.01	>0.05	<0.01

### 2.3 临床疗效与安全性分析

按疗效标准评价，观察组显效36例，有效19例，无效5例，总有效率91.7%；对照组显效25例，有效20例，无效15例，总有效率75.0%，差异有统计学意义( $X^2=6.02P<0.05$ )。两组治疗期间均无严重不良反应，部分患者出现轻度针刺酸胀或短暂头晕，经休息后缓解。结果如表4所示，中医康复干预可显著提高临床疗效且安全性良好。

## 3 讨论

### 3.1 中医康复干预的作用机制探讨

表4 两组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	60	25(41.7)	20(33.3)	15(25.0)	75
观察组	60	36(60.0)	19(31.7)	5(8.3)	91.7
$\chi^2$					6.02
$P$					具体值

中医认为脑梗死属于“中风”范畴,其基本病机为气虚血瘀、痰阻络闭,导致脑络闭阻、气血运行不畅而神明失用<sup>[2]</sup>。中医康复干预通过“针药并用、动静结合”的综合调治模式,从整体上恢复脑部气血平衡与经络通畅。针灸取百会、风池、曲池、合谷等穴位可刺激中枢神经系统反射,增强大脑皮层兴奋性,促进缺血区侧支循环建立,实验研究亦证实针刺可提高大脑中动脉平均血流速度(Vm)约20%,降低搏动指数(PI),改善脑部灌注。中药辨证施治通过益气活血、化痰通络调节血流黏度,降低血浆纤维蛋白原含量,有助于恢复神经传导功能。推拿治疗则在调节肌张力和关节灵活性方面发挥物理促通效应,可显著改善患者FMA评分的上升幅度,观察组治疗后提高了25.4分,而对照组仅提高14.4分。心理疏导和意念训练进一步强化了大脑皮层功能重组与运动神经元再兴奋,使神经可塑性得到充分激活。多种治疗协同作用形成整体化干预机制,从微循环改善到神经网络修复,为脑梗死康复提供了生理与心理双重支持<sup>[3]</sup>。本研究显示,治疗4周后观察组患者NIHSS评分由(14.2±3.6)分降至(6.2±2.4)分,下降幅度为56.3%,显著优于对照组的35.5%,提示中医干预在神经功能恢复中具有独特作用。

### 3.2 中医康复与现代康复的融合优势

现代康复医学强调运动重建与神经可塑性训练,其核心是通过功能重复训练促进受损神经环路的代偿与重组,但在改善机体整体状态和心理调节方面存在局限<sup>[4]</sup>。中医康复强调“气血为本、脏腑相关”,倡导“形神合一”的整体康复理念,二者结合可形成优势互补。本研究中,联合干预后的患者ADL评分由(40.9±8.8)分提高至(74.2±11.5)分,提升幅度达33.3分,明显高于对照组的21.1分;同时FMA评分提升25.4分,反映出肢体功能和生活能力的双重改善。临床观察发现,接受中西医结合康复的患者在第3周后步态恢复速度明显加快,约78.3%的患者能够独立完成基本行走任务,而对照组为61.7%。中药的循证研究也表明,活血化瘀与通络药物能促进脑源性神经营养因子(BDNF)表达,从分子水平促进神经再生。中西医融合不仅改善了运动功

能,更优化了患者的神经调控与血流动力学状态,实现了“形、气、神”同步康复的综合目标。

### 3.3 研究不足与展望

本研究样本量为120例,虽能满足初步统计学分析,但仍属于单中心研究,代表性有限。随访周期仅为4周,尚不足以评价中医康复干预对神经功能长期重塑及复发率的影响。研究中虽观察到NIHSS、ADL及FMA的显著改善,但缺乏神经影像学及血流动力学的客观验证,如功能磁共振成像(fMRI)及脑血流灌注CT的动态指标。中药辨证分型虽体现个体化治疗原则,但未能深入分析不同证型间疗效差异,也未结合炎症因子、血管活性物质或神经递质水平进行机制探讨。未来研究应扩大样本量并设立多中心协作,以强化结果的外部效度;同时应延长随访至6个月或1年,观察神经功能恢复的持续性与生活质量变化。建议在研究设计中结合影像学、生化指标及分子标志物,重点评估中医康复干预对脑微循环重建、神经可塑性增强及神经修复因子(如NGF、VEGF、BDNF)表达的影响。此外,还应建立标准化中医康复操作指南与疗效评估体系,明确中医康复干预的剂量、频率及适应证范围,从而推动脑卒中康复的中西医结合路径进入循证医学框架,并为精准康复提供可量化依据。

## 4 结论

中医康复干预能显著促进脑梗死患者的神经功能恢复,改善日常生活能力,其作用机制可能与调节气血、疏通经络、改善脑部微循环及促进神经可塑性重建有关,具有良好的临床推广价值。

### 参考文献

- [1]中国卒中学会.中国脑卒中防治指南(2021)[M].北京:人民卫生出版社,2022.
- [2]胡义平,秦晋辉,张辉.丹参川芎嗪联合支架置入术对急性脑梗死病人脑血流灌注指标及血清HO-1、VEGF、ET-1水平的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2024,22(16):3056-3059.
- [3]北京中西医结合学会神经内科专业委员会,高利.脑梗死急性期中西医结合诊疗专家共识[J].中西医结合心脑血管病杂志,2024,22(7):1153-1162.
- [4]张振帅,周欣,鲁海琴.补阳还五汤联合尤瑞克林对急性脑梗死患者免疫功能及血液流变学的影响[J].中国免疫学杂志,2023,39(7):1481-1485.

### 作者简介:

戚金星(1992--),男,汉族,山东人,本科,初级,乌鲁木齐市中医医院,中医康复。