

中西医结合康复训练治疗中风后肢体运动功能障碍的效果评价

仲昕

沭阳仁慈医院康复医学科, 江苏 宿迁 223600

DOI:10.61369/MRP.2026060013

摘 要 : 目的: 评价中西医结合康复训练对于中风后肢体运动功能障碍的干预效果。方法: 选择2025年1月–2025年12月间入院治疗的100例中风患者, 均伴有肢体运动功能障碍, 随机数字表等分, 试验组实行中西医结合康复训练, 参照组实行常规康复训练, 比较两组的上肢与手功能分期、临床疗效与运动功能评分等指标。结果: 试验组的上肢与手功能分期以Ⅱ期和Ⅲ期为主, 试验组的总有效率高于参照组, 干预后的运动功能评分高于参照组, 上肢与下肢肌力评分低于参照组, 生活自理能力评分高于参照组 ($P < 0.05$)。结论: 为中风合并肢体运动功能障碍患者实行中西医结合康复训练能够改善其上肢与手功能, 恢复运动功能, 并能改善四肢肌力水平, 提高患者的生活自理能力。

关 键 词 : 中西医结合康复训练; 中风; 肢体运动功能障碍; 运动功能; 生活自理能力

Evaluation of the Effect of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Rehabilitation Training on Limb Motor Dysfunction After Stroke

Zhong Xin

Rehabilitation Medicine Department, Shuyang Renci Hospital, Suqian, Jiangsu 223600

Abstract : Objective: To evaluate the intervention effect of integrated traditional Chinese and western medicine rehabilitation training on limb motor dysfunction after stroke. Methods: A total of 100 stroke patients with limb motor dysfunction admitted to the hospital from January 2025 to December 2025 were selected and equally divided using a random number table. The experimental group underwent integrated traditional Chinese and western medicine rehabilitation training, while the reference group received conventional rehabilitation training. Indicators such as upper limb and hand function staging, clinical efficacy, and motor function scores were compared between the two groups. Results: The upper limb and hand function staging in the experimental group was mainly stage II and stage III. The experimental group had a higher overall effective rate than the reference group, with higher motor function scores after intervention, lower upper and lower limb muscle strength scores, and higher self-care ability scores than the reference group ($P < 0.05$). Conclusion: Implementing integrated traditional Chinese and western medicine rehabilitation training for stroke patients with limb motor dysfunction can improve their upper limb and hand function, restore motor function, enhance limb muscle strength levels, and improve patients' self-care abilities.

Keywords : integrated traditional Chinese and Western medicine rehabilitation training; stroke; limb motor dysfunction; motor function; self-care ability

中风是中老年人群比较高发的脑血管疾病, 经过系统化治疗后, 病灶可稳定或吸收, 但容易导致肢体运动功能障碍等后遗症^[1]。轻度障碍者, 患者的上肢活动范围受限, 呈不自然弯曲状态, 下肢难以伸直, 合并步态异常; 重度障碍者需严格卧床, 甚至丧失生活自理能力。为改善患者的功能障碍程度, 需对其进行康复训练。常规康复训练能够科学指导患者进行规律运动, 进而改善肢体活动度。但其训练内容比较单一, 训练成效欠佳。中西医结合康复训练可利用多种中医特色疗法, 联合肢体功能训练以及作业疗法, 利用中西医结合优势改善肢体痉挛等表现, 从而提高肢体功能^[2]。基于此, 本研究选择100例中风合并肢体运动功能障碍患者, 以评估中西医结合康复训练的实施效果。

一、资料与方法

(一) 一般资料

选择2025年1月-2025年12月间入治疗的100例中风患者,均伴有肢体运动功能障碍,随机数字表等分,试验组50例,男性28例,女性22例;年龄在48-82岁,均值(53.47 ± 3.18)岁;病程在2周-5.5个月,均值(2.16 ± 0.71)个月。参照组50例,男性29例,女性21例;年龄在44-85岁,均值(53.51 ± 3.27)岁;病程在3周-5.8个月,均值(2.30 ± 0.75)个月。组间资料对比, $P > 0.05$ 。

纳入标准:初次患上中风;病程在2周-6个月,处在疾病恢复期;各项体征平稳;基本资料完整;意识状态以及沟通能力正常;患者能够全程参与本次研究;对研究知情。

排除标准:合并凝血功能异常;皮肤感染或是破溃;合并骨质疏松;伴有心肾功能不全;伴有高血压或冠心病等慢性病;患有精神疾病;中途退出研究。

(二) 方法

参照组实行西医康复训练:①偏瘫肢体综合训练:先开展被关节活动训练,康复师协助患者对偏瘫侧肩、肘、腕、髌、膝、踝关节进行缓慢的屈伸、旋转及内收外展运动,每个关节重复15-20次,每日2次,预防关节挛缩与肌肉萎缩;随后进行主动辅助训练,指导患者借助健侧肢体或康复器械(如滑轮系统)完成上肢抬举、握拳,下肢直腿抬高、屈膝等动作,逐步降低辅助程度;待患者肌力提升后,开展主动训练,包括坐位平衡训练(维持坐位30-60秒,逐步增加难度)、站立平衡训练(静态平衡站立5分钟,动态平衡如左右移动重心)及步态训练(分解步行动作,从扶拐行走过渡到独立行走),每次训练30分钟,每周5次。②作业疗法:康复师首先评估患者的运动功能障碍程度及训练需求,结合其日常生活能力、康复目标等确定个性化重点。随后,与患者及家属沟通制定短期目标,遵循 SMART 原则,如两周内独立穿衣。康复师发放任务卡,列明每日训练项目及自我评估标准,患者记录完成情况并每周上交。康复师分析数据,提供反馈,动态调整计划并增加难度,同时通过奖励激励患者,提升依从性和自信心,促进功能恢复。③物理因子治疗:采用低频脉冲电刺激仪对偏瘫侧痉挛肌群(如上肢屈肌、下肢伸肌)进行治疗,选择断续波模式,频率设置为2Hz,电流强度以患者耐受且肌肉出现节律性收缩为度,每次治疗20min,每日1次,每周5次;联合中频电刺激,选用调制中频电(频率2000-5000Hz,调制频率1-150Hz),电极贴于患侧上肢三角肌、肱二头肌及下肢股四头肌、腓肠肌处,每次治疗25min,每日1次,每周5次;针对关节挛缩明显部位(如肩关节、膝关节),采用超声波治疗仪,频率1MHz,输出强度0.5-1.0W/cm²,以移动法操作,每个部位治疗5-10min,每日1次,每周3次;同时配合蜡疗,将医用石蜡加热至50-55℃制成蜡饼,敷于患侧前臂、小腿等部位,每次20min,每日1次,每周5次。以上西医康复训练14d为一个疗程。

试验组实行中西医结合康复训练:除了进行西医康复训练方案外,增加中医特色疗法:①中药熏洗:组方为红花(取10g)、

鸡血藤(取15g)、细辛(取10g)、丹参(取20g)、桃仁(取10g)与制乳香(取10g)。将药材使用无菌纱布包裹后煮沸,晾至40-45℃,倒入木桶中,要求患者浸泡患肢20min,也可使用中药汤剂对上肢进行热敷操作。若患者在熏洗过程中出现低血压或面色苍白等异常,需暂停熏洗,保持头低脚高位,以此恢复脑组织的供血量。②头针:取顶前区、顶颞前斜线与顶区,使用于氏头穴丛刺针法以及国际标准化头针法,使用1.5寸毫针(28-30号),消毒后由前向后透刺,深度为0.8-1寸,使针尖抵达帽状腱膜以下,而后捻转针柄,每分钟捻转200次,间隔30min进行1次捻转操作,反复2次后改为每隔2h操作1次,留针6-8h。③体针:取手三里穴、合谷穴、曲池穴、血海穴、后溪穴等穴位,毫针规格同头针,由合谷穴透刺至后溪穴;由八邪穴透刺至劳宫穴;由后溪穴再次透刺至合谷穴,深度均为1寸,实行平补平泻法,以针刺处酸胀、麻木为宜,留针时间为30min。④艾灸:实行艾条温和灸法,取外关穴、手三里穴、合谷穴、曲池穴以及中渚穴,各穴位艾灸5-10min,每日1次。以上所有中医特色疗法均干预2个月。以上中西医结合康复训练14d为一个疗程。

(三) 观察指标

(1) 上肢与手功能分期:选用Brunnstrom运动功能评定法,①上肢分期:I期表示上肢难以随意运动;II期表示上肢可进行共同运动;III期表示上肢能够随意进行共同运动;IV期表示上肢脱离共同运动;V期表示上肢可进行分离运动;VI期表示上肢可正常进行协调运动。②手功能分期:I期表示难以主动屈伸手指;II期表示偶尔能够主动屈伸手指;III期表示可全指呈屈曲状,但难以伸展;IV期表示可侧方抓握,全指能够小范围屈伸;V期表示可抓握球状或圆柱状物体,全指可灵活屈伸;VI期表示手指抓握功能恢复,可全范围屈伸。

(2) 临床疗效:临床痊愈即Brunnstrom VI期;显著疗效即分期提高 ≥ 2 期;初步疗效即分期提高1期;未见疗效即分期无改变。

(3) 运动功能评分:选用Fugl-Meyer评分表(FMA),含上肢功能(33项,计66分)、下肢功能(17项,计34分),总计100分,运动功能正向计分。

(4) 肌张力评分:选用改良Ashworth量表,0分表示肢体活动无阻力,肌张力正常;1分表示肢体活动轻微受阻,肌张力稍有升高;2分表示肢体活动存在卡顿感,肌张力稍有升高;3分表示肢体活动明显受阻,肌张力轻度升高;4分表示肢体活动严重受阻,肌张力中度升高;5分表示肢体僵硬,难以被动活动,肌张力重度升高。

(5) 生活自理能力评分:选用改良Barthel指数,含洗澡、穿衣和如厕等10项内容,总计100分,正向计分。

(四) 统计学分析

数据经SPSS 28.0软件处置,计量值经t值对比/检验,计数值经 χ^2 值对比/检验,统计学有意义计为 $P < 0.05$ 。

二、结果

（一）两组的上肢与手功能分期比较

试验组的上肢功能以及手功能分期以Ⅱ期和Ⅲ期为主，对比于参照组 $P < 0.05$ 。

表1 两组的上肢功能分期比较 [n/%]

分组	例数	Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期	Ⅴ期	Ⅵ期
试验组	50	7 (14.0)	18 (36.0)	14 (28.0)	6 (12.0)	3 (6.0)	2 (4.0)
参照组	50	6 (12.0)	9 (18.0)	6 (12.0)	13 (26.0)	9 (18.0)	7 (14.0)
χ^2		0.088	4.110	4.000	3.184	3.409	3.053
P		0.766	0.043	0.046	0.074	0.065	0.081

表2 两组的手功能分期比较 [n/%]

分组	例数	Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期	Ⅴ期	Ⅵ期
试验组	50	6 (12.0)	15 (30.0)	12 (24.0)	10 (20.0)	5 (10.0)	2 (4.0)
参照组	50	5 (10.0)	6 (12.0)	4 (8.0)	18 (36.0)	11 (22.0)	6 (12.0)
χ^2		0.102	4.883	4.762	3.175	2.679	2.174
P		0.749	0.027	0.029	0.075	0.102	0.140

（二）两组的临床疗效比较

试验组的总有效率高于参照组 ($P < 0.05$)。

表3 两组的临床疗效比较 [n/%]

分组	例数	临床痊愈	显著疗效	初步疗效	未见疗效	总有效
试验组	50	7	26	15	2	96.0 (48/50)
参照组	50	3	22	17	8	84.0 (42/50)
χ^2						4.000
P						0.046

（三）两组的运动功能评分比较

试验组干预后的运动功能评分高于参照组 ($P < 0.05$)。

表4 两组的运动功能评分比较 [$\bar{x} \pm s$, 分]

分组	例数	上肢功能		下肢功能	
		干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	50	22.65 $\pm$ 3.17	44.16 $\pm$ 5.91	12.54 $\pm$ 2.30	21.34 $\pm$ 3.76
参照组	50	22.69 $\pm$ 3.20	38.15 $\pm$ 5.40	12.57 $\pm$ 2.36	18.39 $\pm$ 3.72
t		0.063	5.308	0.064	3.944
P		0.950	0.000	0.949	0.000

（四）两组的肌力评分比较

试验组干预后的上肢与下肢肌力评分低于参照组 ($P < 0.05$)。

表5 两组的肌力评分比较 [$\bar{x} \pm s$, 分]

分组	例数	上肢肌力		下肢肌力	
		干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	50	3.38 $\pm$ 0.57	1.46 $\pm$ 0.41	3.31 $\pm$ 0.44	1.80 $\pm$ 0.33
参照组	50	3.41 $\pm$ 0.55	1.82 $\pm$ 0.45	3.35 $\pm$ 0.49	2.07 $\pm$ 0.31
t		0.268	4.182	0.429	4.217
P		0.789	0.000	0.669	0.000

（五）两组的生活自理能力评分比较

试验组干预后的生活自理能力评分高于参照组 ($P < 0.05$)。

表6 两组的生活自理能力评分比较 [$\bar{x} \pm s$, 分]

分组	例数	干预前	干预后
试验组	50	60.25 $\pm$ 6.17	75.16 $\pm$ 7.17
参照组	50	60.22 $\pm$ 6.29	71.08 $\pm$ 7.11
t		0.024	2.857
P		0.981	0.005

三、讨论

中风是由脑胶质细胞或是脑血管局部缺血所致的坏死性疾病，其致残率高，需要早期治疗^[3]。但多数患者治疗后，会因不可逆的脑神经损伤导致肢体运动功能障碍，进而长期影响患者的生活质量。康复训练是该项后遗症的常用干预手段，可改善脑血液循环，修复受损的脑组织，恢复细胞代偿功能，进而减轻肢体

活动受限等病理表现^[4]。

常规康复训练可向患者普及相关知识，纠正患者的错误想法，进而使其高度配合康复训练。同时能够逐步进行床上与床下活动，改善患者的生活自理能力，减轻肢体功能障碍对于日常生活的负面影响^[5]。但是以上治疗手段单一，难以满足患者的复杂需求，因此具有局限性。中西医结合康复训练可同时开展中医特色疗法和西医康复训练，能够刺激肢体感知觉，改善四肢的血液循环，且能恢复脑部血流量，有效提高肢体运动功能^[6]。

结果显示，试验组的上肢功能以及手功能分期以Ⅱ期和Ⅲ期为主，试验组的总有效率高于参照组，试验组干预后的运动功能评分高于参照组，上肢与下肢肌力评分低于参照组，生活自理能力评分高于参照组（ $P < 0.05$ ）。分析原因是，中药熏洗能够活血通络与散寒温阳，减轻四肢肌肉的痉挛程度，从而恢复肢体功能。且中药熏洗可促进气血运行，修复受损组织，以此减轻肢体

疼痛感，提高患者的康复训练配合度^[7]。头针与体针能够刺激特定穴位，具有疏经活络等作用，可加快血流速度，改善全身经脉气血的流动状态，以此濡养四肢，恢复肢体运动功能，改善肌张力水平。艾灸可利用温热效应改善组织水肿程度，改善脑组织的供血状态，具有温经散寒和活血化瘀等作用，可恢复四肢肌肉的协调性^[8]。联合西医康复训练能够循序渐进的扩大四肢关节与手指活动度，增强患者的生活自理能力。二者联合具有协同疗效，可以多靶点修复受损神经，增加脑组织的血流灌注量，因此患者的肢体运动功能可有效提高，疾病预后较佳^[9-10]。

综上，中风患者合并肢体运动功能障碍后，给予中西医结合康复训练能够改善其上肢功能与手功能，恢复肢体运动能力以及肌张力水平，同时可改善患者的生活自理能力，具有较高的协同作用，可作为该病患者的常用干预手段。

参考文献

- [1] 陈瑶，唐玲. 中西医结合康复护理应用于脑中风后偏瘫患者肢体功能的影响综合研究 [J]. 婚育与健康，2022, 28(8): 74-75.
- [2] 周媛华，袁媛，曹阳，等. 基于依从性曲线变化规律的序贯式康复训练联合艾灸疗法在中风后肢体偏瘫患者中的应用 [J]. 护理实践与研究，2025, 22(4): 491-497.
- [3] 陈晓倩，叶励新，江月卿. 中西医结合护理在中风伴糖尿病患者中的应用效果 [J]. 中外医学研究，2022, 20(12): 74-78.
- [4] 李煦昀，周义杰，胡启洋，等. 中西医结合药棒疗法治疗中风后痉挛性瘫痪的疗效分析 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志，2021, 19(14): 2425-2428.
- [5] 游美华. 中西医结合治疗中风后偏瘫临床观察 [J]. 实用中医药杂志，2022, 38(11): 1916-1918.
- [6] 杨伟. 针刺与百合固金汤治疗中风后遗肢体功能障碍 [J]. 实用中西医结合临床，2021, 21(19): 52-53.
- [7] 何丽琴，刘兴潮，李海勇，等. 董氏奇穴针法联合火龙罐改善中风偏瘫患者肢体功能、神经功能及实验室指标的研究 [J]. 河北中医，2024, 46(10): 1695-1698, 1703.
- [8] 曾媛媛，谭文澜，张永全. 基于 CiteSpace 补阳还五汤联合针灸治疗气虚血瘀型中风后遗症可视化分析 [J]. 山西中医药大学学报，2023, 24(8): 833-839, 845.
- [9] 刘清毅，杨青. 化痰通络汤联合椎针通督循经疗法对中风患者肢体痉挛状态的影响 [J]. 现代中西医结合杂志，2021, 30(16): 1796-1800.
- [10] 薛建红，朱勤贤，张玉华，等. 气虚血瘀证中风患者应用中西医结合康复护理的效果分析 [J]. 河北医药，2021, 43(20): 3195-3197.