

针灸联合康复治疗对脊髓损伤患者神经功能的影响分析

王旭芳 杨少东

山西省针灸医院 山西 太原 030006

摘要:目的: 讨论中医针灸协同康复训练治疗对脊髓损伤患者自主神经恢复得治疗实际效果。方法: 40例脊髓损伤患者, 任意分成对照组和观察组, 每一组20例。对照组选用康复训练治疗, 观察组选用中医针灸协同康复训练治疗。观察比较2组患者的临床应用, 治疗以后的生活能力以及自主神经修复自觉性得分。结果: 经治疗后, 观察组患者治疗总有效率明显高过对照组, $P < 0.05$; 治疗前, 观察组在Barthel指数值上和对照组差别无统计学意义。治疗后观察组在Barthel指数值上和对照组差异很大, 观察组显著好于对照组, $P < 0.05$; 通过统计信息可以发现观察组在FIM得分上明显好于对照组, $P < 0.05$; 治疗后, 观察组患者主症、次证症状积分兑换均明显小于对照组 ($P < 0.05$); 治疗前, 2组白细胞介素-1 β 、肿瘤坏死因子- α 水准比较差别无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组白细胞介素-1 β 、肿瘤坏死因子- α 水准明显小于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 选用中医针灸协同康复训练治疗可有效提升脊髓损伤患者的治疗实际效果, 并对自主神经修复具备明显的推动作用, 可以提高生活自理能力, 非常值得在治疗中全面推广。

关键词: 针灸; 康复训练; 联合治疗; 脊髓损伤; 神经功能恢复

引言

康复是脊髓损伤患者的一种常见治疗方法, 根据逐渐练习患者的神经和运动功能。康复能够可设置训练法刺激性患者的神经来改变患者的病症。可是, 因为脊髓损伤患者的神经体细胞并没有再造能力, 康复效果不是特别好。现阶段, 运用中医药学方式医治脊髓损伤患者思路已慢慢被科学研究出去^[1]。文中设置不同类型的治疗方法对2组患者进行对比, 科学研究针灸融合康复医治对脊髓损伤患者神经作用产生的影响。报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2019年5月-2022年5月在本院积极治疗的40例脊髓损伤患者作为研究主体, 任意分成对照组和观察组, 每一组20例。对照组患者中, 男13例, 女7例; 年纪33~68岁, 平均年龄为(39.80 \pm 11.70)岁; 致伤原因: 车祸事故15例, 高空坠物2例, 受外界的重要工作压力1例, 别的原因2例; 临床症状: 上臂神经功能受限8例, 腿部神经功能受限7例, 四肢神经功能均受限5例。观察组患者中, 男16例, 女4例; 年纪29~72岁, 平均年龄为(41.11 \pm 13.32)岁; 致伤原因: 车祸事故6例, 高空坠物4例, 受外界的重要工作压力6例, 别的原因4例; 临床症状: 上臂神经功能受限5例, 腿部神经功能受限13例, 四肢神经功能均受限2例。2组患者的胎儿性别、年纪、致伤原因及临床症状等一般资料比较差别均无统计学意义($P > 0.05$), 具备对比性。

纳入与排除标准

纳入标准: ①合乎脊髓损伤诊断依据; ②无认知能

力功能障碍, 有效的沟通; ③全部患者均行椎板摘除术, 手术后都有感觉障碍和功能障碍。排除标准: ①合并心、脑、肾等关键人体器官损害; ②哺乳期间或妊娠期妇女; ③多发性骨折^[2]。

1.2 治疗方法

对照组仅接纳基本康复训练, 依据病况给予瘫痪身体强化训练、康复运动疗法、平衡功能训练、日常生活技能训练、标准气压治疗法、高频单脉冲电疗。上臂偏瘫患者采用作业治疗医治; 心肺功能差得人, 给予心肺功能训练; 二便功能功能障碍患者给予膀胱和结肠功能训练^[3]。

观察组在相关医治前提下开展针灸疗法, 2组穴道搭配使用, 每一组第一天, 第二天。第一组侧卧: 督脉(伤段至)、夹脊穴(伤段至第5腰段)、两侧膀胱经1线(伤段至关元俞)、两侧圆跳、承府、委中穴、承山穴、涌泉。第二组仰卧: 两侧城池、浮图、阳陵泉穴、足三里、三阴交穴、太溪穴、解溪、太冲穴。偏瘫上臂采用双侧肩、臂、曲池穴、手三里、外关、合谷穴医治。二便功能障碍者延长强、巴修、气海穴、新手村、关元穴、中、曲谷、外阴部、水路。依据穴道特性, 采用提、插、捻、补泻方法进行针灸, 容易上火完用间歇性波针灸30min, 每日1次, 10次为1个疗程, 疗程间歇息2天, 共3个疗程^[4-5]。

1.3 观察指标与评价方法

1.3.1 两组患者的临床治疗效果

优: 大部分患者可以进行日常活动; 良: 患者人体机能一部分修复, 能够进行日常活动; 可: 患者人体

机能或多或少修复,能够进行日常活动;差:患者人体机能都还没修复,不能开展日常活动。总有效率=(优例数+良例数+可例数)/总样本数100%。

1.3.2 两组患者的Barthel指数

患者的作用情况。精确测量日常生活活动,本人评分在于一系列单独违法行为的精确测量。总成绩从0分得100分不一。60多分表明患者完全能自立,40~60分需要帮忙,20~40分必须非常大协助,20分下列彻底需要帮忙^[6]。

1.3.3 两组患者的功能独立性量表(Functional Independence Measure, FIM)评分

采用7分制,每一项最大7分,较低1分。总成绩126分;最低分18。分数根据患者的水平。自觉性、对辅助器具的需要及其别人给予的支持量。

1.3.4 对比两组患者中医证候积分

中医证候得分采用中医证候评分量表对患者的中医证候评分做出评价。参照《中药新药临床指导原则》包含15项,主要包括4个临床症状(困乏、总想睡觉、胸闷气

短、尿频尿急、胸肋疼痛感)和2个主次病症(四肢水肿、四肢麻木)。每项有4个级别。临床症状按级别分成0、2、4、6分,主次病症分成:中医证候积分兑换=临床症状(总成绩:0~24分)主次病症(总成绩:0~6分)。成绩越小,患者就越好。

1.3.5 炎症因子指标

2组患者早上收集空腹静脉血液4ml,离心式半径30mm,转速比4000转/min,离心式20min。上层清液贮存于-80以便检验。酶联免疫吸附法检验白细胞介素-1 β 和肿瘤坏死因子- α 水准。

1.4 统计学方法

实验中的信息用SPSS22.0开展统计分析,计数资料用($\bar{x} \pm s$)表明,t用以检测剖析,计量资料(%)采用卡方检验。 $P < 0.05$ 差别有统计意义。

2 结果

2.1 两组患者的治疗有效率比较

观察组患者治疗总有效率显著高于对照组, $P < 0.05$ 。见表1。

表1 两组脊髓损伤患者的治疗有效率比较[例(%)]

组别	例数	优	良	可	差	总有效
对照组	20	5(25.00)	4(20.00)	4(20.00)	7(35.00)	13(65.00)
观察组	20	7(35.00)	8(40.00)	3(15.00)	2(10.00)	18(90.00)
χ^2 值						5.334
P值						0.003

2.2 两组患者Barthel指数比较

治疗前,观察组在Barthel指数上与对照组差异无统计学意义。治疗后观察组在Barthel指数上与对照组差异显著,观察组明显优于对照组, $P < 0.05$ 。见表2。

表2 两组脊髓损伤患者Barthel指数比较($\bar{x} \pm s$,分, $n = 20$)

时间	观察组	对照组	t值	P值
治疗前	34.59 \pm 11.31	34.75 \pm 11.27	0.298	1.229
治疗后	50.79 \pm 12.57	44.59 \pm 11.31	7.982	0.000
t值	9.398	5.298		
P值	0.000	0.026		

2.3 两组患者FIM评分比较

经过统计数据能够发现观察组在FIM评分上显著优于对照组, $P < 0.05$ 。见表3。

表3 两组脊髓损伤患者功能独立性量表评分比较($\bar{x} \pm s$,分, $n = 20$)

时间	观察组	对照组	t值	P值
治疗前	64.03 \pm 13.45	63.79 \pm 13.15	0.273	0.198
治疗后	92.42 \pm 13.54	72.49 \pm 13.54	9.229	0.003
t值	11.332	7.229	/	/
P值	0.000	0.021	/	/

2.4 中医证候积分对比

治疗后,观察组患者主证、次证证候积分均显著低于对照组($P < 0.05$)。见表4。

表4 两组脊髓损伤患者中医证候积分对比($\bar{x} \pm s$,分, $n = 20$)

组别	主证				主证总分	次证		次证总分
	疲乏困倦	寡言气短	尿频	胸肋部隐痛		四肢浮肿	肢体麻木	
对照组	4.29 \pm 0.44	3.98 \pm 0.15	3.77 \pm 0.48	3.90 \pm 0.27	12.11 \pm 1.38	2.39 \pm 0.03	2.33 \pm 0.02	4.38 \pm 1.22
观察组	1.28 \pm 0.38	1.30 \pm 0.24	1.29 \pm 0.55	1.77 \pm 0.19	5.29 \pm 1.07	1.05 \pm 0.05	1.24 \pm 0.05	2.28 \pm 1.32
P值	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.5 两组炎性因子水平比较

治疗前, 两组白细胞介素 -1β 、肿瘤坏死因子 $-\alpha$ 水平比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组白细胞介素 -1β 、肿瘤坏死因子 $-\alpha$ 水平显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表5。

表5 两组脊髓损伤患者炎性因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$, $\mu\text{g/L}$, $n = 20$)

组别	白细胞介素 -1β		肿瘤坏死因子 $-\alpha$	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	1.77±0.44	1.14±0.21	34.52±4.52	25.13±3.65
观察组	1.79±0.46	0.91±0.20	34.65±4.13	20.35±3.54
<i>t</i> 值	0.172	4.344	0.116	5.149
<i>P</i> 值	0.864	0.000	0.908	0.000

3 讨论

脊髓损伤是脊髓损伤最严重病发症, 常造成负伤节段下列身体比较严重功能问题。脊髓损伤不但会给患者产生很严重的身心损害, 大幅度降低其生活品质, 还会给家人导致非常大的经济负担和身心压力。但是随着这种患者的提高, 还会给社会导致非常大的经济压力, 带来一定的负面影响。因而, 脊髓损伤的防范和恢复已经成为医疗领域的新课题。脊髓损伤患者在治疗初期经常表现出了迟发性偏瘫。几日乃至几个星期后, 脊神经作用开始慢慢修复。但是由于受伤节段不一样, 身体情况也不一样。如果是彻底受损的患者, 损害平面图下列的感觉了与运动功能无法恢复。

康复治疗技术依据该类患者的医学特性, 根据给与改进患侧血夜和淋巴系统、刺激神经修复、保持骨关节活动度、改进心脏功能、刺激膀胱和结肠功能康复治疗方法, 能够有效防止病发症, 推动感觉运动作用的修复。但是这种患者病况重, 修复慢, 对患者及其家属认知能力有什么问题。以上治疗方式的有效期限和临床医学进度不能够很好地达到患者及其家属的需要, 容易造成患者失去自信, 放弃医治^[7]。

因而, 医治优选督脉, 相互配合夹脊穴及膀胱经1地铁线相对应段穴, 输通全身上下。与此同时对于肢体瘫痪、大便功能问题选择适合自己的临床医学合理穴道, 做到调理阴阳、舒筋通络、活血化瘀、祛邪扶正的作用。除开传统式中医基础理论和诊治经验外, 很多现代中医研究发现, 督脉、夹脊穴、膀胱经1号线等穴道散落

着多种多样神经系统。穴道电针疗法可以有效推动休克脊神经机构的修复, 推动未损伤脊神经机构的稳定代偿功能, 刺激性神经, 推动神经修复。同时还可以合理辅助治疗废用性肌肉萎缩^[8]。

经治疗后, 观察组患者治疗总有效率明显高过对照组, $P < 0.05$; 治疗前, 观察组在Barthel指数值和对照组差别无统计学意义。治疗后观察组在Barthel指数值和对照组差别很大, 观察组显著好于对照组, $P < 0.05$; 通过统计信息可以发现观察组在FIM得分上明显好于对照组, $P < 0.05$; 治疗后, 观察组患者主症、次证症状积分兑换均明显小于对照组 ($P < 0.05$); 治疗前, 2组白细胞介素 -1β 、肿瘤坏死因子 $-\alpha$ 水准比较差别无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组白细胞介素 -1β 、肿瘤坏死因子 $-\alpha$ 水准明显小于对照组 ($P < 0.05$)。

证实针灸融合恢复治疗法对脊髓损伤后迟发性偏瘫患者的脑神经修复有良好的缓解作用, 非常值得推广。

参考文献

- [1]郭彦华. 针灸联合康复治疗对脊髓损伤患者神经功能的影响分析. 按摩与康复医学, 2019, 9(5): 15-16.
- [2]潘冉. 中医针灸结合康复治疗促进脊髓损伤患者神经功能恢复临床研究. 亚太传统医药, 2019, 13(11): 94-96.
- [3]中国康复医学会脊柱脊髓损伤专业委员会. 《新鲜胸腰段脊柱脊髓损伤评估与治疗》的专家共识[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2020, 21(11): 963-968.
- [4]施萍萍, 杨卫远, 陈璧, 等. 针灸结合康复治疗干预时机对不同程度脊髓损伤患者神经功能恢复的影响分析[J]. 中外医疗, 2019, 37(32): 173-175.
- [5]谢丽君, 付奕, 窦祖林, 等. 盆底肌肉电刺激结合针灸治疗脊髓损伤患者排尿功能障碍的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2019, 33(9): 689-692.
- [6]王璞, 周佩洋, 张贵斌. 针灸结合康复治疗干预时机对脊髓损伤患者神经功能恢复的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(6): 56-58, 107.
- [7]程黛静. 针灸结合康复治疗对脊髓损伤神经功能的影响[J]. 光明中医, 2019, 6(12): 1777-1778.
- [8]李丽, 白玉龙, 吴毅, 等. 康复干预时机对不同程度脊髓损伤患者神经功能恢复的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2019, 25(7): 632-635.