

针灸推拿联合康复训练在老年脑梗死肢体偏瘫患者中的应用分析

刘婉蓉

榆阳区人民医院 陕西 榆林 719000

摘要: 目的: 探究针灸推拿联合康复训练在老年脑梗死肢体偏瘫患者中的应用效果。方法: 选取2021年5月~2022年6月于我院接受治疗的108例老年脑梗死肢体偏瘫患者为研究对象, 按照数字随机法进行分组, 其中对照组和实验组各有患者54例, 对照组采取康复训练措施, 实验组采取康复训练和针灸推拿措施, 对脑卒中评分和生活能力、生活质量、MAC血流和ACA血流、上下肢精细运动以及治疗性效果进行比较。结果: 实验组患者脑卒中评分和生活能力、生活质量、MAC血流和ACA血流、上下肢运动功能等的改善效果显著优于对照组, 比较结果差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 针灸推拿联合康复训练在老年脑梗死肢体偏瘫患者中的应用可以改善患者脑卒中评分和生活能力、生活质量、MAC血流和ACA血流、上下肢运动能力, 值得进一步推广应用。

关键词: 针灸推拿; 康复训练; 老年脑梗死; 肢体偏瘫; 应用效果

肢体偏瘫主要是肢体的神经功能受到了影响, 大脑中枢系统无法控制肢体功能^[1]。肢体偏瘫是典型的脑梗死后遗症, 主要特点是同一侧上上下肢的肢体行为能力受损。康复训练是治疗肢体的重要方法, 这种方法的主要作用是促进肢体血液循环, 促进肢体功能恢复, 避免肢体坏死。但是这种方法见效慢, 需要很长的康复周期。采用针灸推拿联合康复训练的方法可以有效改善康复效果, 对于促进患者肢体功能恢复具有重要意义。康复训练可以改善学循环功能, 针灸推拿能够改善经气和肌肉功能, 两者联合使用效果强于单一方法, 本研究主要对联合方法的具体效果进行分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年5月~2023年6月于我院接受治疗的108例老年脑梗死肢体偏瘫患者为研究对象, 按照数字随机法进行分组, 其中对照组和实验组各有患者54例, 对照组接受治疗的患者包括30例男性和24例女性, 年龄60~81岁, 均龄(67.25±3.74)岁, 病程2~5年, 左侧瘫痪28例, 右侧瘫痪24例; 实验组接受治疗的患者包括28例男性和26例女性, 年龄61~79岁, 均龄(65.37±2.65)岁, 病程2~13年, 左侧瘫痪32例, 右侧瘫痪22例; 患者一般资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。纳入标准: ①符合《中国急性缺血性卒中早期血管内介入诊疗指南2022》诊断标准^[2]; ②左侧或右侧一侧肢体功能受损; ③签署知情同意告知书。排除标准: ①脏器工能不全、精神疾病、沟通障碍、认知障碍等; ②其他因素导致的肢体功

能障碍者; ③合并器质性疾病。

1.2 方法

对照组: 康复训练。常规治疗: 脑部超声治疗、磁刺激偏瘫肢体; 运动干预: 保持患肢良性姿态, 每日定时进行拉伸、按压和揉捏, 对于能够下床运动的患者, 辅助患者行走; 行为干预: 引导患者洗脸、刷牙以及穿衣等, 开展一些自理活动; 语言训练: 纠正患者错字, 逐步引导患者正确发音, 可适当开展阅读活动; 心理干预: 进行心理疏导, 树立患者康复信心, 如听音乐、看电影、读书、养花等。康复训练周期为8周。

实验组: 康复训练基础上进行针灸推拿。针灸推拿: 选择运动感觉区行针治疗, 行针30min, 捻针5min, 3次捻针; 对于硬瘫肢体则在阴陵泉、合谷、外关、曲池、昆仑、天井、内关等穴位进行针灸和推拿, 每次治疗30min; 对于软瘫肢体则在曲池、外关、天井、风市、阳陵泉等穴位进行针灸和推拿, 每次治疗30min, 持续治疗8周。

1.3 观察指标

脑卒中评分: 采用NIHSS量表^[3]对患者神经功能进行评价, 总分0~42分, 分数越高代表患者脑卒中程度越严重。

生活能力评分: 采用本院自制量表, 评价内容包括吃饭、穿衣、洗漱、如厕、行走等5项基本生活能力, 每项生活能力评分为0~20分, 总分0~100分, 分数越高表明患者生活能力越强。

生活质量: 采用SF-36评价量表^[4], 共对生理功能、

精神状态、认知能力以及社会职能等4项生活能力进行评价，每项评价内容0~10分，分数越高表示生活质量越高。

MAC血流和ACA血流：记录MAC血流和ACA血流数据。

上下肢运动功能：采用改良的FMFM量表，评价内容包括上下肢协调性、稳定性、上肢抓握情况、下肢踩踏情况以及上下肢支撑情况进行评价，总分0~20分。分数越高表示上下肢运动功能越好。

1.4 统计学分析

研究结果数据应用统计学软件SPSS23.0完成处理，计量资料、计数资料分别用 $\bar{x} \pm s$ 、(n, %)表示，差异性分别对应t检验、 χ^2 检验；检验依据： $P < 0.05$ ；差异显

著，有统计学意义。

2 结果

2.1 脑卒中评分和生活能力比较

治疗前对照组患者脑卒中评分均值为14.25±2.46，实验患者脑卒中评分均值为14.32±2.31，两者比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后对照组患者脑卒中评分均值为8.52±1.27，实验患者脑卒中评分均值为6.74±1.32，实验组患者脑卒中评分显著低于对照组，两者比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前实验患者生活能力评分均值与对照组患者生活能力评分均值差比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后实验组患者生活能力评分显著高于对照组，两者比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者脑卒中评分和生活能力比较[n, $\bar{x} \pm s$]

组别	例数	脑卒中评分		生活能力评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	54	14.25±2.46	8.52±1.27	30.41±3.58	62.35±4.61
实验组	54	14.32±2.31	6.74±1.32	29.95±3.64	68.72±5.27
t		0.152	7.141	0.662	6.685
P		0.879	0.000	0.509	0.000

2.2 生活质量比较

治疗前，两组患者生活质量评分差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，实验组患者生理功能评分为7.68±1.76，明显高于对照组(6.25±1.24分)；实验组患者精神状态评分为7.54±1.13，明显高于对照组(6.87±1.32

分)；实验组患者认知能力评分为8.77±0.68，明显高于对照组(7.65±0.89分)；实验组患者社会职能评分为8.12±1.38，明显高于对照组(7.25±1.36分)，两组患者的生理功能、精神状态、认知能力以及社会职能评分差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 治疗后两组患者生活质量比较[n, $\bar{x} \pm s$]

组别	例数	生理功能	精神状态	认知能力	社会职能
对照组	54	6.25±1.24	6.87±1.32	7.65±0.89	7.25±1.36
实验组	54	7.68±1.76	7.54±1.13	8.77±0.68	8.12±1.38
t		4.881	2.833	7.348	3.230
P		0.000	0.006	0.000	0.000

2.3 MAC血流和ACA血流比较

治疗前对照组患者MAC血流流速均值为(36.54±0.32) cm/s，实验患者MAC血流流速均值为(36.42±0.41) cm/s，两者比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后对照组患者MAC血流流速均值为(42.64±0.67) cm/s，实验患者MAC血流流速均值为

(49.85±0.71) cm/s，实验组患者MAC血流流速显著低于对照组，两者比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前实验患者ACA血流流速均值与对照组患者ACA血流流速均值差比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后实验组患者ACA血流流速显著高于对照组，两者比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表3 两组患者MAC血流和ACA血流比较[n, $\bar{x} \pm s$]

组别	例数	MAC血流 (cm/s)		ACA血流 (cm/s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	54	36.54±0.32	42.64±0.67	37.21±0.41	43.86±0.62
实验组	54	36.42±0.41	49.85±0.71	37.32±0.43	51.32±0.48
t		1.695	54.273	1.361	69.915
P		0.093	0.000	0.177	0.000

2.4 上、下肢运动功能比较

治疗前实验患者上、下肢运动功能比较与对照组患者上、下肢运动功能比较差异无统计学意义 ($P >$

0.05)。治疗后实验组患者上、下肢运动功能比较显著高于对照组,两者比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表4。

表4 两组患者上、下肢运动功能比较[n, $\bar{x} \pm s$]

组别	例数	上肢运动功能		下肢运动功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	54	6.32±1.21	11.36±2.28	6.89±2.27	11.68±2.67
实验组	54	6.27±1.42	14.67±3.12	6.91±3.24	14.63±2.89
<i>t</i>		0.197	6.294	0.037	5.510
<i>P</i>		0.844	0.000	0.970	0.000

3 讨论

脑卒中引起的偏瘫在我国老年群体中非常常见,由于患者肢体功能受限,所以患者的日常活动或行动变得非常困难。在偏瘫患者治疗过程中,康复治疗方法以改善患者患肢血液循环系统功能、肌肉能力以及神经功能为主,但是这种方法速度慢、效果差,需要患者及家属做好配合^[5]。在康复治疗的基础上使用针灸推拿的方法进行治疗,能够改善患者经气,对于患者肢体功能康复具有积极作用。

本研究结果证明,使用针灸推拿联合康复训练的方法能够降低卒中评分、提高生活能力和生活质量、提高MAC血流和ACA血流流速以及提高上下肢运动能力等,其在很大程度上促进了患者康复。在治疗过程中发现,针灸可以起到促进患者肢体神经功能再生的作用,经过一段时间的针灸后,患者的患肢明显发生“知觉”变化,这说明患者患肢的神经元得到改善,能够接收和反馈信号。

结束语

综上所述,针灸推拿联合康复训练在老年脑梗死肢

体偏瘫患者中的应用可以改善患者脑卒中评分和生活能力、生活质量、MAC血流和ACA血流、上下肢运动能力,值得进一步推广应用。

参考文献

- [1]李子康,张静,陈彩容.中风后偏瘫患者行针灸推拿联合康复训练治疗的效果分析[J].中外医疗,2023,42(10):189-193.
- [2]黄伊萌,阳伟红,刘春雷,熊英,胡继红.针灸推拿联合语言康复训练对脑瘫患儿语言功能和运动功能的影响[J].中医儿科杂志,2023,19(01):90-94.
- [3]樊华,金怡.针灸推拿联合康复训练治疗小儿臂丛神经损伤的疗效[J].内蒙古中医药,2022,41(10):134-136.
- [4]胡科,张保朝,樊书领,白方会,刘冠雄.针灸推拿联合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征临床研究[J].新中医,2021,53(19):204-207.
- [5]张殿玲.腰椎间盘突出症患者应用针灸推拿联合康复训练的效果分析[J].中国药物与临床,2020,20(19):3266-3269.