

# 温针灸联合推拿康复治疗在老年脑梗死患者

史梁玉

广东省轻工业技师学院 广东 广州 510315

**摘要:**目的: 温针灸联合推拿康复治疗在老年脑梗死患者。方法: 以医院收诊的80例老年脑梗死患者为研究对象, 研究时间为2021年9月到2023年2月, 收诊患者随机分组后对温针灸联合推拿康复治疗措施价值评估。结果: 观察组与对照组患者治疗有效率95.00 (38/40) 和82.50 (33/40), 有差异, ( $P = 0.001 < 0.05$ )。观察组与对照组患者神经递质水平对比, 干预前没有差异, 干预后两组患者神经递质水平, 有差异, ( $P = 0.001/0.001/0.033 < 0.05$ )。观察组与对照组患者VAS/MAS/FMA评分对比, 治疗前数据对比没有差异, 治疗后两组VAS/MAS/FMA评分数据对比有差异, ( $P = 0.037/0.024/0.012 < 0.05$ )。观察组与对照组患者生活质量评分对比, 治疗前评分没有差异 ( $P > 0.05$ ); 治疗后两组患者生活质量评分有差异, ( $P = 0.003/0.002/0.001/0.002 < 0.05$ )。观察组与对照组患者炎症因子水平对比, 干预前没有差异; 干预后TNF- $\alpha$  (ng/L)、IL-10 (ng/L)、CRP (mg/L), 有差异, ( $P = 0.002/0.001/0.034 < 0.05$ )。结论: 老年脑梗死患者采取温针灸联合推拿康复治疗措施可以有效的改善患者病情, 患者的疼痛程度改善, 患者神经递质水平明显恢复, 患者炎症因子水平明显降低, 患者的生活质量明显提高, 这种治疗措施有推广的意义。

**关键词:** 温针灸; 推拿康复治疗; 老年脑梗死患者

脑梗死是常见脑血管疾病, 这种疾病在老年人群中发生率比较高, 这种疾病致残率比较高。脑梗死发病进展比较快, 不及时的接受治疗会导致患者出现严重的后遗症。脑梗死患者治疗中西药虽然可以改善其临床症状, 但是治疗效果一般, 将中医治疗措施运用其中可以有效改善患者病情, 将温针灸和康复治疗措施运用其中对患者康复有较大的帮助。温针灸治疗措施具有活血通脉的效果, 针对性改善患者的临床症状。推拿治疗可以改善患者的肢体活动程度, 患者的生活质量明显提高, 患者舒适度也比较高<sup>[1]</sup>。以医院收诊的80例老年脑梗死患

者为研究对象, 研究时间为2021年9月到2023年2月, 收诊患者随机分组后对温针灸联合推拿康复治疗措施价值评估, 报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

以医院收诊的80例老年脑梗死患者为研究对象, 研究时间为2021年9月到2023年2月, 收诊患者随机分组后对温针灸联合推拿康复治疗措施价值评估。两组患者信息对比没有差异, 患者信息如表1所示。

表1 两组患者一般情况

组别	例数	性别		年龄 (岁)		发病到就诊时间 (h)
		男性	女性	年龄范围	平均年龄	
观察组	40	22	18	60-82	72.12±10.32	5.45±2.35
对照组	40	24	16	61-81	72.45±10.57	5.48±2.16
$T/\chi^2$	--	0.564	0.784	1.659	1.968	0.898
$P$	--	0.645	0.425	0.168	0.115	0.387

### 1.2 方法

对照组推拿康复治疗措施: 推拿治疗措施选择曲池、合谷、外关和手三里等穴位进行推拿, 治疗之后选择足三里、太溪、外观、曲池、承山等穴位进行<sup>[2]</sup>。推拿期间融合揉、按、滚、搓、扣等手法对患者进行治疗<sup>[3]</sup>。被动训练: 屈伸患者肢体, 每次训练20分钟, 直到患者可以自动运动为主<sup>[4]</sup>。对患者进行体位锻炼, 恢复患者生活自理能力, 根据患者恢复情况, 调节

训练强度和时<sup>[5]</sup>。

观察组采取温针灸联合推拿康复治疗措施: 温针灸治疗采用直刺的方式进针, 选择阴陵泉、足三里、风池、神门等穴位, 连接电针仪后调节频率为30Hz, 留针30分钟, 每天治疗一次<sup>[6]</sup>。对患者穴位针灸的时候采用艾灸熏15~20分钟, 所有患者治疗一个月, 观察恢复情况<sup>[7]</sup>。

### 1.3 观察指标

(1) 对比两组患者治疗有效率。(2) 对比两组患者神经递质水平。(3) 对比两组患者VAS/MAS/FMA评分。(4) 对比两组患者生活质量评分。(5) 对比两组患者炎症因子水平<sup>[8]</sup>。

#### 1.4 统计学处理

研究使用SPSS25.0统计软件对所有的数据进行分析,其中( $\bar{x}\pm s$ )使用 $t$ 工具进行检验,对比数据差异。而(%)表示的数据使用 $\chi^2$ 工具检验。最后的检验结果

是使用 $P$ 进行分析,对于数据之间的差异进行研究,其中0.05为分界值,大于0.05的数据没有差异,小于0.05的数据差异明显,具有研究价值。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗有效率

观察组与对照组患者治疗有效率95.00(38/40)和82.50(33/40),有差异, ( $P=0.001<0.05$ ), 详见表2。

表2 比较两组患者治疗有效率[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	40	85.00 (34/40)	10.00 (4/40)	5.00 (2/40)	95.00 (38/40)
对照组	40	62.50 (25/40)	20.00 (8/40)	27.50 (7/40)	82.50 (33/40)
$\chi^2$	--	23.615	10.110	22.131	22.131
$P$	--	0.001	0.001	0.001	0.001

### 2.2 两组患者神经递质水平分析

观察组与对照组患者神经递质水平对比, 干预前没

有差异, 干预后两组患者神经递质水平, 有差异, ( $P=0.001/0.001/0.033<0.05$ )。见表3。

表3 比较两组患者神经递质水平( $\bar{x}\pm s$ , mg/L)

组别	例数	DA (mg/L)		HT (mg/L)		NE (mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	38.64±4.67	77.54±10.32	101.24±12.12	144.21±12.32	8.65±1.65	5.65±0.86
对照组	40	38.95±4.78	54.62±9.68	101.43±12.35	106.35±14.57	8.79±1.78	6.89±0.78
$t$	-	0.564	23.564	0.524	40.326	1.356	4.857
$P$	--	0.647	0.001	0.685	0.001	0.213	0.033

### 2.3 两组患者VAS/MAS/FMA评分对比

观察组与对照组患者VAS/MAS/FMA评分对比, 治疗

前数据对比没有差异, 治疗后两组VAS/MAS/FMA评分数据对比有差异, ( $P=0.037/0.024/0.012<0.05$ ), 详见表4。

表4 比较两组患者VAS/MAS/FMA评分( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	例数	VAS (分)		MAS (分)		FMA (分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	6.57±1.86	3.24±1.21	2.78±0.16	1.12±0.32	52.12±5.24	79.41±2.32
对照组	40	6.61±1.79	4.65±1.36	2.69±0.19	1.45±0.27	52.34±5.75	70.31±3.65
$t$	-	0.968	4.578	1.754	5.645	0.875	6.857
$P$	--	0.335	0.037	0.142	0.024	0.394	0.012

### 2.4 两组患者生活质量评分

观察组与对照组患者生活质量评分对比, 治疗前评

分没有差异 ( $P>0.05$ ); 治疗后两组患者生活质量评分有差异, ( $P=0.003/0.002/0.001/0.002<0.05$ )。见表5。

表5 比较两组患者生活质量评分( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	例数	生理功能		躯体疼痛		社会功能		情感功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	55.67±5.46	78.45±2.32	56.78±5.78	78.49±2.34	57.64±5.12	80.32±2.58	56.45±6.35	78.65±2.56
对照组	40	55.64±5.6	70.12±3.42	56.18±5.66	69.65±3.69	57.96±5.24	68.45±3.78	56.78±6.59	69.65±3.78
$t$	-	0.467	8.557	0.521	9.421	0.794	12.031	1.524	9.254
$P$	--	0.744	0.003	0.685	0.002	0.413	0.001	0.169	0.002

### 2.5 两组患者炎症因子水平分析

观察组与对照组患者炎症因子水平对比, 干预前没

有差异; 干预后TNF- $\alpha$  (ng/L)、IL-10 (ng/L)、CRP (mg/L), 有差异, ( $P=0.002/0.001/0.034<0.05$ )。

见表6。

表6 比较两组患者炎性因子水平 ( $\bar{x} \pm s$ , ng/L)

组别	例数	TNF- $\alpha$ (ng/L)		IL-10 (ng/L)		CRP (mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	66.65 $\pm$ 5.32	30.21 $\pm$ 5.32	59.65 $\pm$ 5.23	20.12 $\pm$ 3.45	18.63 $\pm$ 1.75	6.35 $\pm$ 1.78
对照组	40	66.38 $\pm$ 5.47	41.46 $\pm$ 5.87	59.78 $\pm$ 5.67	30.64 $\pm$ 4.52	18.83 $\pm$ 1.72	8.69 $\pm$ 1.79
<i>t</i>	--	0.635	9.235	0.784	10.154	0.925	4.754
<i>P</i>	--	0.574	0.002	0.421	0.001	0.375	0.034

### 3 讨论

脑梗死是由于脑部血液不流通而引发的疾病,这种疾病发病机制比较复杂,主要是由于心脏栓塞、小动脉栓塞、动脉粥样硬化引起,主要表现为头晕、昏迷、四肢麻木。脑梗死在中医上属于中风范畴,并且与血气运行不佳,脉络阻塞有较大的关系,一般是通过活血祛瘀方式治疗,达到改善患者病情的目的。中医上治疗脑梗死的措施比较多,其中温针灸治疗措施效果十分理想,通过针刺和叩击的方式对患者进行经络治疗,改善患者身体功能达到疏通经络的目的治疗效果理想,并且对脑梗死患者病情改善有较大的帮助。

推拿在老年脑梗死患者治疗中运用能够恢复患者肌肉力量,改善肌肉萎缩情况,提高患者生存质量温针灸治疗措施可以有效地调节患者的身体机能达到疏通经络调和阴阳的目的,患者的临床症状能够明显的缓解<sup>[9]</sup>。从临床研究显示,观察组与对照组患者治疗效果有较大的不同,观察组患者疼痛评分降低,肢体活动评分提高,生活质量评分提高,炎性因子水平降低,与对照组有明显的差异( $P < 0.05$ )。从研究结果中可以看出,观察组与对照组的恢复情况有明显的不同。采取温针灸联合推拿治疗措施能够有效改善患者病情,缓解患者临床症状,疏通体内血液循环刺激经脉,抑制脑中物质释放,改善脑梗死情况,恢复患者神经功能,刺激足三里阳、阴陵泉等穴位能够改善人体血脉刺激周边神经恢复神经功能达到逐步恢复患者运动功能的目的<sup>[10]</sup>。温针灸能够分解性细胞因子的合成,产生抑制效果,提高局部血液循环,促进炎性因子吸收,降低炎性因子水平,并且具有活血化瘀和生血的效果,通过针刺的方式能够提高血管内皮素水平,改善血液高凝现象。

综上所述,老年脑梗死患者采取温针灸联合推拿康复治疗措施可以有效的改善患者病情,患者的疼痛程度改善,患者神经递质水平明显恢复,患者炎性因子水平

明显降低,患者的生活质量明显提高,这种治疗措施有推广的意义。

### 参考文献

[1]张信芳.老年脑梗死患者应用康复治疗联合个体化有氧训练对神经功能缺损的影响[J].中国冶金工业医学杂志,2023,40(05):587-588.

[2]王子奇.温针灸联合推拿康复治疗在老年脑梗死患者中的应用效果[J].中国社区医师,2023,39(28):59-61.

[3]黄利民.补阳还五汤联合天麻钩藤饮对老年脑梗死患者康复功能的影响[J].中国中医药现代远程教育,2023,21(18):92-94.

[4]张巧利,张军玲,赵红.早期康复护理提升老年脑梗死患者生活能力效果观察[J].贵州医药,2021,45(09):1478-1479.

[5]朱静静,曹树业.不同时机康复治疗联合个体化有氧训练在老年脑梗死患者中的应用效果[J].中国民康医学,2023,35(15):81-84.

[6]苏鑫,马豆,刘诤,潘慧滢,武心媛.温针灸结合推拿手法在老年脑梗死患者康复治疗中的效果及其NIHSS评分的影响[J].贵州医药,2023,47(05):732-733.

[7]韩世杰,张锐,冷杨洋,李龙洲,徐峰彦.个体化有氧训练联合康复治疗在老年脑梗死患者中的应用效果[J].中国民康医学,2023,35(01):76-79.

[8]方宏莲,刁姝,施萍萍,王丽萍.早期康复护理对老年脑梗死患者康复效果及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(20):3790-3793.

[9]张瑾,阚文博,曹明娟.化痰祛瘀汤在老年脑梗死患者康复治疗中的应用[J].中国卫生标准管理,2023,14(03):169-173.

[10]崔雪岩,张金华,周小琰,王宸珂,王若雨.老年脑梗死患者康复护理方案的构建及应用[J].中华护理杂志,2023,58(03):268-275.