

中医康复功能锻炼联合穴位按摩对脑梗死偏瘫患者治疗的效果

乔汪大治 薛晓杰 曹亚坤 纪腾燕 邵伟波*

南京中医药大学第二附属医院（江苏省第二中医院），江苏南京，210010；

摘要：目的：观察分析对脑梗死偏瘫患者实施中医康复功能锻炼联合穴位按摩治疗的临床效果和应用价值。方法：采用回顾性研究方法，选择院内就诊的 60 例脑梗死偏瘫患者（样本纳入例数：60 例；样本纳入时间：2023 年 1 月至 2024 年 1 月），以随机摸球为基础分组方式，分为对照、观察两个小组，观察例数高度一致。分别实施常规康复治疗，中医康复功能锻炼联合穴位按摩治疗。收集分析治疗效果。结果：与对照组（常规康复治疗）相比，观察组（中医康复功能锻炼联合穴位按摩治疗）治疗后的日常生活能力评分更高，肢体痉挛程度评分更低，肢体功能评分更高，神经功能障碍评分更低，生活质量评分（角色功能/情绪功能/认知功能/社会功能/躯体功能）更高，中医症状积分（半身不遂/口舌歪斜/手足拘急/肢体麻木）更低，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：中医康复功能锻炼联合穴位按摩治疗可以有效促进脑梗死偏瘫患者功能恢复，促进症状改善，提高生活质量，有较高应用价值。

关键词：中医；功能锻炼；穴位按摩；脑梗死偏瘫；治疗效果

DOI:10.69979/3029-2808.24.4.028

脑梗死是临床较为常见的疾病，多发于老年群体，患者主要表现为脑组织缺血缺氧引发局部脑神经不可逆性损伤，发病率高，死亡率高，严重影响身心健康和生命安全^[1]。通过及时治疗可以有效提升患者生存率，治疗后偏瘫等并发症发生风险较高，影响日常社交工作学习，影响生活质量^[2]。治疗时间长，恢复进程较为缓慢，常规康复治疗预后效果不佳。本研究针对脑梗死偏瘫患者实施中医康复功能锻炼联合穴位按摩治疗的临床效果进行探讨。

1 对象与方法

1.1 对象

选择院内就诊的 60 例脑梗死偏瘫患者（样本纳入例数：60 例；样本纳入时间：2023 年 1 月至 2024 年 1 月），以随机摸球为基础分组方式，分为对照、观察两个小组，观察例数高度一致。其中对照组（ $n=30$ 例）：性别：男性、女性分别 18 例、12 例；年龄均值（ 65.33 ± 5.12 ）岁；观察组（ $n=30$ 例）：性别：男性、女性分别 16 例、14 例；年龄均值（ 65.41 ± 5.09 ）岁。均遵循自愿原则加入，了解并愿意参与本次研究。对照、观察两组基线资料各项指标比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

对照组（常规康复训练）：在常规基础疾病治疗基础上进行康复训练，指导进行翻身、坐起等基础训练，循序渐进，增加训练的强度和时长。对患者及家属进行康复训练讲解，告知注意事项和相关预防措施，提升自我护理能力，降低不良事件发生概率。指导进行腹式呼吸、缩唇呼吸、胸部方式等训练，促进机体功能提升。根据恢复情况在身体状况允许的情况下可协助患者进行关节被动运动、负重训练等，促使关节负重受压，促进屈肌张力降低，充分协调关节活动和上下肢功能活动。

观察组（中医康复功能锻炼联合穴位按摩治疗），具体实施方法如下：

在对照组基础上，对患者病情状况进行全面评估，制定个性化治疗方案，实施肢体被动体位活动、体位平衡训练等。注意控制训练的强度和时长，每日两次。患侧上肢穴位的按摩选择少海穴、内关穴、曲池穴、合谷穴等，下肢穴位的按摩选择委中、阳陵泉、环跳、足三里、太冲等。按摩力度由轻到重，注意控制速度，完成穴位按摩后对对侧穴位以相同力度进行按摩，每日两次。

1.3 观察指标

通过临床痉挛指数（clinicspasticityindex, CSI）、

以 Barthel 指数 (Barthelindex, BI)、Fugl-Meyer 运动功能评定量表 (Fugl-Meyerassessment scale, FMA)、美国国立卫生研究院卒中量表 (National Institute of Health stroke scale, NIHSS)、简易生活质量评分表 (the MOS item short form health survey, SF-36) 对两组患者的肢体痉挛程度、日常生活能力及自我护理能力评分情况、神经功能障碍、肢体功能评分情况、生活质量情况, 进行数据收集和分析。记录中医症状积分 (五级评分法, 分数越高症状越严重), 包括半身不遂、口舌歪斜、手足拘急、肢体麻木。

1.4 统计学方法

使用 SPSS21.0 软件对数据进行统计学分析, 使用 t 和 χ^2 对应表示计量数据、计数数据, $P < 0.05$ 比较存在统计学差异。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后的肢体痉挛程度、日常生活能力情况对比

观察组与对照组患者治疗前的肢体痉挛程度评分 (12.11 ± 1.34 、 12.14 ± 1.40)、日常生活能力 (35.12 ± 4.15 、 35.10 ± 4.08); 患者结果对比 (t 肢体痉挛程度 = 0.095, $P_1 = 0.924$; t 日常生活能力 = 0.018, $P_2 = 0.985$)。观察组治疗后的日常生活能力评分、自我护理能力评分更高, 肢体痉挛程度评分更低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 两组患者治疗前后的肢体痉挛程度、日常生活能力对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肢体痉挛程度	日常生活能力
观察组	30	6.10 ± 1.11	73.11 ± 4.69
对照组	30	8.77 ± 1.20	66.38 ± 5.12
t	-	8.936	± 5.12
P	-	0.001	0.001

2.2 两组患者治疗前后的神经功能障碍、肢体功能评分情况对比

观察组与对照组患者治疗前的神经功能障碍 (18.21 ± 2.31 、 18.15 ± 2.27)、上肢功能 (32.25 ± 3.26 、 33.14 ± 3.18)、下肢功能 (7.44 ± 2.15 、 7.51 ± 2.19); 患者结果对比 (t 神经功能障碍 = 0.087, $P_1 = 0.930$; t 上肢功能 = 1.068, $P_2 = 0.289$; t 下肢功能 = 0.124, $P_3 = 0.901$)。观察组治疗后的肢体功能评分更

高, 神经功能障碍评分更低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 两组患者治疗前后的神经功能障碍、肢体功能评分情况对比

($\bar{x} \pm s$)				
组别	例数	神经功能障碍	上肢功能	下肢功能
观察组	30	10.22 ± 1.58	47.24 ± 4.11	26.89 ± 4.52
对照组	30	12.36 ± 1.67	41.59 ± 3.78	20.33 ± 4.61
t	-	5.048	5.535	5.556
P	-	0.001	0.001	0.001

2.3 两组患者治疗前后的生活质量评分对比

观察组与对照组患者治疗前的角色功能 (66.59 ± 4.56 、 66.35 ± 4.27)、情绪功能 (65.89 ± 4.71 、 65.69 ± 4.58)、认知功能 (65.94 ± 4.66 、 65.67 ± 4.33)、社会功能 (66.31 ± 4.58 、 66.45 ± 4.74)、躯体功能 (66.23 ± 4.78 、 66.31 ± 4.69); 患者结果对比 (t 角色功能 = 0.217, $P_1 = 0.828$; t 情绪功能 = 0.168, $P_2 = 0.866$; t 认知功能 = 0.233, $P_3 = 0.815$; t 社会功能 = 0.114, $P_4 = 0.909$; t 躯体功能 = 0.062, $P_5 = 0.950$)。观察组治疗后的生活质量评分更高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 3 两组患者治疗后的生活质量情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	角色功能	情绪功能	认知功能	社会功能	躯体功能
观察组	30	84.12 ± 4.26	84.33 ± 4.57	83.59 ± 4.21	84.10 ± 4.57	83.89 ± 4.29
对照组	30	78.25 ± 4.59	78.54 ± 4.88	78.69 ± 4.51	79.12 ± 4.63	78.74 ± 4.74
t	-	5.125	4.740	4.343	4.188	4.397
P	-	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

2.4 两组患者治疗前后的中医症状积分对比

观察组与对照组患者治疗前的半身不遂 (2.23 ± 0.31 、 2.24 ± 0.33)、口舌歪斜 (2.05 ± 1.12 、 2.10 ± 1.04)、手足拘急 (2.11 ± 0.97 、 2.08 ± 1.02)、肢体麻木 (1.89 ± 0.89 、 1.91 ± 0.90); 患者结果对比 (t 半身不遂 = 0.119, $P_1 = 0.905$; t 口舌歪斜 = 0.179, $P_2 = 0.858$; t 手足拘急 = 0.115, $P_3 = 0.908$; t 肢体麻木 = 0.084, $P_4 = 0.932$)。观察组治疗后的中医症状积分更低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 4 两组患者治疗前后的中医症状积分对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	半身不遂	口舌歪斜	手足拘急	肢体麻木
观察组	30	1.01±0.31	0.80±0.21	0.79±0.18	0.69±0.22
对照组	30	1.42±0.35	1.13±0.24	1.23±0.26	0.94±0.25
t	-	4.678	5.668	7.432	3.982
P	-	0.001	0.001	0.001	0.001

3. 讨论

脑梗死患者存在局限性脑组织缺血性坏死或软化引发血液循环障碍,患者主要表现为头晕头痛等症状,发病急,进展较为迅速,如未得到有效治疗导致病情进一步发展可威胁生命安全^[3-4]。随着技术的不断发展和改善,经及时治疗患者死亡风险降低,常伴有偏瘫等并发症,影响恢复,预后不佳。脑梗死偏瘫主要表现为运动功能障碍、语言功能障碍等,严重影响患者身心健康和^[5]生活质量。

在中医理论中,脑梗死偏瘫属于“痿痹”范畴,患者气虚血瘀,临床治疗需要以活血通络行气为原则^[6]。根据患者病情状况实施中医康复功能锻炼,可有效针对患者阴阳失调、脉络不通的具体情况进行调节改善,实施辨证治疗,因证、因人、因时制宜,从而促进疗效^[7-8]。穴位按摩通过对患者穴位的刺激有助于促进局部血液循环,可以有效发挥舒经通络、化痰止痛的效果,有助于增加氧气和营养供应,促进损伤修复,促进代谢废物排放,保护损伤神经,从而促进功能恢复,改善症状^[9]。中医康复功能锻炼联合穴位按摩治疗可以发挥协同作用,促进治疗效果,促进患者肢体功能改善,舒经通络活血,促进恢复^[10]。本研究结果显示,观察组治疗后的日常生活能力评分,肢体痉挛程度评分更低,肢体功能评分更高,神经功能障碍评分更低,生活质量评分更高,中医症状评分更低,中医康复功能锻炼联合穴位按摩治疗可以有效促进脑梗死偏瘫患者功能恢复,促进症状改善,提高生活质量,有较高应用价值。

综上所述,对脑梗死偏瘫患者实施中医康复功能锻炼联合穴位按摩治疗的临床效果良好。有一定现实意义,值得推广。

参考文献

- [1] 韩多林,刘生发,汪铭. 益气化痰通络汤联合穴位针刺对急性脑梗死后偏瘫伴失语症患者肢体功能及汉语失语成套测验结果的影响[J]. 四川中医,2024,42(1): 137-140
 - [2] 牛艳美,庞晓妍,朱彪彪. 自拟疏肝解郁方联合穴位按摩对肝郁气滞型脑梗死后抑郁患者康复的疗效观察[J]. 四川中医,2024,42(4): 161-164
 - [3] 骆丽,陈绿叶,张国栋,等. 穴位按摩联合动作观察疗法治疗脑卒中偏瘫上肢功能障碍疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2024,33(9): 1245-1248
 - [4] 杨龙飞,张涛,赵扬,等. 丹参川芎嗪穴位注射辅助治疗对脑梗死偏瘫患者血流动力学及 fibulin-5、YKL-40 的影响[J]. 中国老年学杂志,2023,43(13): 3093-3097
 - [5] 李云,丁莉娜. 穴位针灸联合运动想象疗法对脑梗死后偏瘫患者神经功能、运动功能及生活能力的影响[J]. 中国医学创新,2023,20(17): 77-82
 - [6] 刘现锋. 头针联合镜像疗法对脑梗死偏瘫患者上肢运动功能及日常生活能力的改善效果分析[J]. 中华养生保健,2024,42(2): 28-31
 - [7] 储莺,郑业,蔡鸣春,等. 中医定向透药疗法联合穴位按摩对脑梗死恢复期患者肢体功能的影响[J]. 河南中医,2023,43(11): 1710-1714
 - [8] 杨森,曹云祥,王征,等. 中药熏蒸结合针刺治疗对脑梗死恢复期偏瘫患者肢体功能、脑血流动力学及生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2023,32(3): 384-387
 - [9] 满慧静,孙明君,刘亚静,等. 超早期康复训练联合穴位按摩后电针刺激对老年脑卒中偏瘫患者肢体功能及神经功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2024,33(8): 1128-1132
 - [10] 梁倩莹,李志明. 化痰通络方联合穴位推拿按摩对脑梗死后痉挛性偏瘫患者的效果[J]. 中国医学创新,2024,21(3): 86-89
- 江苏省中医药科技发展委托专项项目: 基于 ICF 理论和中医体质学说探索适宜江苏省老年人实际的中医康复服务模式, 项目编号: 2022WTZX06。