

# 针灸及康复训练治疗老年中风偏瘫的临床疗效探讨

邓世兵

宜宾市第四人民医院 644000

**【摘要】目的** 探讨在老年中风偏瘫临床治疗中针灸及康复训练的应用疗效。**方法** 收集2021.7至2022.6我院接治的50例老年中风偏瘫患者展开分析探究,并随机分成两组,其中对照组25例患者接受常规治疗,研究组25例患者接受针灸合并康复训练治疗,比较二者神经与肢体功能指标、临床疗效。**结果** 经治疗干预后,研究组神经功能评分低于对照组,肢体活动功能评分高于对照组;研究组临床疗效高于对照组,  $P < 0.05$ ,两者之间的对比差异值得统计探析。**结论** 将针灸及康复训练疗法合理运用到老年中风偏瘫患者中,能够有效改善其神经功能和肢体运动功能,值得临床推广。

**【关键词】** 老年中风偏瘫; 针灸; 康复训练; 临床疗效

**【中图分类号】** R74

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 1005-4596 (2022) 09-054-02

本文主要择取我院50例老年中风偏瘫患者进行研究,明确针灸及康复训练疗法在患者治疗中的应用效果,最终研究结果如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

收集2021.7至2022.6我院接治的50例老年中风偏瘫患者展开分析探究,并随机分成两组,每组25例,对照组中男14例,女11例,年龄63-86岁,均龄(75.82±3.67);研究组中男12例,女13例,年龄62-85岁,均龄(75.43±3.88)。二者基线资料差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),值得研究。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

常规治疗方法:根据患者具体情况,合理选择药物进行干预治疗,叮嘱其按时服用适量扩张脑血管、活血通络、补充脑神经营养等相关药物。

#### 1.2.2 研究组

针灸合并康复训练治疗方法:针灸疗法:取阳明经、曲池、合谷、外关、伏兔、阳陵泉、足三里、三阴交等穴位,对上述穴位进行常规消毒,而后采用补泻手法,用3寸毫针对各个穴位行针刺治疗,针刺深度为1寸左右,以患者有轻微触电感或者麻胀感为佳,而后轻捻毫针,得气后接通电针,停留30min拔针。在此过程中,对于关节僵硬且肌张力增高者,要用连续波进行治疗;对于肌张力低、患肢软弱者,用疏密波治疗;而语言障碍、口眼歪斜、吞咽困难者,用断续波治疗。电针强度根据患者机体耐受度合理调整。康复训练法:取仰卧位、患侧及健侧卧位等抗痉挛体位,并帮助患者及时更换体位,对患者各关节进行被动活动和按摩,指导其主动开展翻身、单双桥、移动等康复训练;协助其进行翻身起坐训练,让其独立完成卧位、坐位转变活动。引导患者开展躯干活动、3级坐位平衡、下肢负重等康复训练活动,让其自主开展由坐至站的转移。待患者可以下床活动后,要先训练其站立平衡能力,开展下肢负重、反复伸髋下屈膝跖背屈训练;而后结合患者机体恢复情况,在患腿负重的情况下,引导健腿小幅度向前、向后迈步,健腿在摆动过程中,要在不提髋的同时屈膝迈步,足跟着地。两组患者均治疗30d,而后结合其实际情况,合理调整治疗强度。

### 1.3 观察评价指标

①神经与肢体功能指标:评析两组患者治疗前后神经功能(NIHSS)及肢体运动功能(FMA)评分,前者分值低代表恢复效果好,后者分值高代表恢复效果好<sup>[1]</sup>。②临床疗效:显效:

患者症状明显消失,肢体可正常活动;有效:患者症状有所缓解,肢体活动仍旧障碍;无效:未达上述治疗效果<sup>[2]</sup>。

### 1.4 统计学方法

用SPSS22.0软件处理试验资料;例数为n;计数资料为%, $\chi^2$ 检验;计量资料为( $\bar{x} \pm s$ ),t检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 神经与肢体功能指标

经治疗后,研究组NIHSS评分低于对照组,FMA评分高于对照组, $P < 0.05$ ,有统计学意义。见表1。

表1:神经与肢体功能指标( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	NIHSS 评分		FMA 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	25	34.53±4.40	22.89±3.32	47.53±7.16	61.28±6.15
研究组	25	34.76±4.18	9.25±3.24	47.30±7.09	82.47±6.20
t	-	0.189	14.702	0.114	12.132
P	-	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

### 2.2 临床疗效

研究组临床疗效高于对照组, $P < 0.05$ ,有统计学意义。见表2。

表2:临床疗效(n, %)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
对照组	25	6	13	6	19 (76.0)
研究组	25	14	11	0	25 (100.0)
$\chi^2$	-	-	-	-	6.818
P	-	-	-	-	< 0.05

## 3 讨论

中风偏瘫是临床相对常见的一种病症,该病主要发病群体为老年人,其具有发病急、病情变化快、致残率与致死率较高的特征,对患者神经和肢体运动功能造成严重不良影响,需要及时采用有效治疗方式进行干预。而传统疗法具有一定局限性,无法切实增强其神经功能与肢体活动能力,并且无法提升临床治疗效果,所以需要研究出更加科学、合理、高效的治疗方案<sup>[3]</sup>。根据试验结果显示,经治疗干预后,研究组NIHSS评分低于对照组,FMA评分高于对照组;研究组临床疗效高于对照组, $P < 0.05$ ,两者之间的对比差异值得统计探析。这种研究结果说明在老年中风偏瘫患者治疗中,联合运用针灸及康复训练疗法效果更加显著。中医学认为,老年中风偏瘫疾病发病机制在于脏腑功能减弱、正气亏虚,将中医针灸

(下转第56页)

表 2: 两组患者治疗前后肝功能各项指标比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	时间	ALT(U/L)	AST(U/L)	TBIL( $\mu$ mol/L)	GGT(U/L)
治疗组	19	治疗前	526.21 $\pm$ 440.63	422.53 $\pm$ 418.55	79.75 $\pm$ 22.34	267.58 $\pm$ 202.31
		治疗后	37.47 $\pm$ 21.58 * $\Delta$	43.84 $\pm$ 11.44 * $\Delta$	26.25 $\pm$ 11.71 * $\Delta$	60.89 $\pm$ 27.65 * $\Delta$
对照组	20	治疗前	534.95 $\pm$ 460.84	423.9 $\pm$ 384.67	84.23 $\pm$ 20.86	265.1 $\pm$ 216.1
		治疗后	51.95 $\pm$ 15.59 *	54.55 $\pm$ 17.32 *	41.77 $\pm$ 30.95 *	84.5 $\pm$ 41.66 *

注: \* 与同组治疗前比较  $P < 0.01$ ;  $\Delta$  与对照组比较  $P < 0.05$

#### 4 讨论

急性黄疸型肝炎是急性肝炎的一个临床分型,其特点为发病急,病程短,临床表现为黄疸、乏力、食欲减退、恶心及肝区痛。一般认为是因肝细胞广泛损害,对胆红素的摄取、排泄功能降低,同时因肝细胞肿胀、水样变性、气球样变,肝毛细胆管内形成胆栓,致淤胆,胆汁排泄受阻而反流入血循环,使血清总胆红素增高所致。早期利胆、退黄、改善肝功能是其治疗之关键。但是西医治疗往往疗程较长,副作用相对较多。

急性黄疸型肝炎多属中医学“阳黄”、“急黄”、“疫黄”等范畴,其病名最早见于《内经》。临床上表现为阳黄证,由湿热蕴蒸,侵犯脾胃,阻遏肝胆,胆热液泄,外渗肌肤,下流膀胱,而致一身面目及小便尽黄。因此,在治疗时应清利湿热,健运脾胃,疏利肝胆并用。针刺为祖医学传统的外治法之一,其能疏通经络、调和阴阳、扶正祛邪。现代研究证明,针刺某些特定的穴位,具有整体、双向调节作用,能增强机体免疫功能<sup>[3]</sup>。腧穴的配伍不仅可以扩大单穴的治疗范围,还可以产生协同作用;治肝理论精华在于“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”;胆经和肝经,脾经和胃经均互相络属,互为表里关系。因此对于本病的治疗,我们选用这四条经脉上的穴位进行配伍。阴陵泉系足少阳、足太阴经交会穴,为胆募穴,针刺该穴可以利湿退黄;阳陵泉为足少阳胆经之合穴,亦为胆募穴,针刺该穴有疏肝利胆、清热利湿通腑之功。太冲系足厥阴肝经之原穴,针刺该穴能疏肝,主治黄疸、

呕逆。三穴合用具有疏肝利胆、清热利湿的作用。现代研究证明三穴都能疏通肝毛细胆管内淤积的胆汁,促进胆囊收缩,缓解胆道口奥狄氏括约肌痉挛,促进胆汁分泌<sup>[4~6]</sup>,从而加快黄疸消退。足三里为足阳明胃经之要穴,针刺该穴可调节脏腑功能,健运脾胃以化湿;三阴交系足太阴脾经之主穴,针刺该穴能健脾化湿、疏通经络。以上五穴合用,协同增效,共奏健脾化湿、疏肝利胆退黄之功。本研究结果显示,针刺能促进急性黄疸型肝炎患者的血清总胆红素的下降及肝功能的恢复,且临床操作简便,副作用少,值得临床推广运用。

#### 参考文献

- [1] 肝病分会. 病毒性肝炎防治方案 [J]. 中华肝脏病杂志, 2020, 8(6):324-329.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 [S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2021:147-149.
- [3] Dai M, Jing M, Shen WN. Clinical observation on acupuncture for migraine [J]. J Acupunct Tuina Sci, 2021,9(2):84-87.
- [4] 王有贵. 两种针刺强度对胆囊、胆总管运动功能的影响 [J]. 中国针灸, 2020, 11(6):37-39.
- [5] 叶维法, 钟振义. 当代肝胆疾病治疗学 [M]. 成都: 四川科学技术出版社, 2020:941, 979.
- [6] 张时宜, 李丽卿. 电针不同腧穴对胆汁泌出量影响的观察 [J]. 中国针灸, 2022, 13(3):17-19.

(上接第 53 页)

所用中药有白及粉,有止血、促凝效用;锡类散可消肿、促进溃疡愈合并抑制腹痛;三七可解毒、凉血;苦参能清热燥湿,诸药联合应用可清热解毒、止血生肌、化瘀排脓,达标兼治之功效<sup>[5]</sup>。研究结果显示,观察组患者在接受治疗后临床症状的改善时间短于对照 A 组和对照 B 组;观察组患者的结肠镜检积分低于对照 A 组和对照 B 组;观察组患者的治疗总有效率高于对照 A 组和对照 B 组,三组患者对比存在明显差异,  $P < 0.05$ 。表明柳氮磺吡啶联合布地奈德与中药灌肠治疗溃疡性直肠炎比应用单药治疗更具有效,且疗效显著,可提高治疗效率,缩短治疗时间,改善其生活质量。

(上接第 54 页)

运用到其临床治疗中,能够通过刺激肩、肘、腕、髌、膝等部位相关穴位,缓解患者肌肉痉挛情况,真正实现舒筋活络、滋补肝肾以及标本兼治等功效,有助于患者神经系统及肢体运动功能的恢复。并在此基础上对患者开展康复运动训练,可以进一步提高其免疫力与抵抗力,有效改善临床治疗效果,切实提高患者生存质量<sup>[4]</sup>。

综上所述,将针灸及康复训练疗法合理运用到老年中风偏瘫患者中,能够有效改善其神经功能和肢体运动功能,切实提高其基础生活自理能力,值得临床推广。

#### 参考文献

#### 参考文献

- [1] 詹永忠, 林煊雄. 地塞米松联合柳氮磺吡啶灌肠治疗 30 例溃疡性结肠炎 [J]. 广东医学, 2021, 31(15): 2029.
- [2] 伍运生, 熊国强, 陈出新. 柳氮磺吡啶联合中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎的疗效观察 [J]. 新医学, 2020, 41(8): 538.
- [3] 黄开兰, 廖立梅. 中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎 80 例临床观察及护理体会 [J]. 中医药导报, 2021, 19(7): 125.
- [4] 吕永慧, 丛龙玲. 溃疡性结肠炎中医证型分布研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 2022, 32(4): 450.
- [5] 崔俊峰, 王建民, 李明. 中医药治疗慢性溃疡性结肠炎研究进展 [J]. 中医药临床杂志, 2021, 23(1): 92-93.
- [1] 赵永红. 分析针灸配合康复训练治疗老年中风偏瘫的临床疗效 [J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2021, 21(24): 252-253.
- [2] 张勇, 刘清玉, 徐风华. 针灸配合康复训练治疗老年中风偏瘫临床疗效观察 [J]. 医学美学美容, 2018, 27(15): 57-58.
- [3] 林耐球. 针灸疗法对中风痉挛性偏瘫康复效果分析 [J]. 家庭生活指南, 2022, 38(11): 82-84.
- [4] 尹真祯, 武亮, 孙洁, 等. 温针灸提高中风恢复期偏瘫患者运动功能的临床观察 [J]. 中国老年保健医学, 2019, 17(2): 8-10.