

推拿配合康复训练在脑梗死后偏瘫干预中对患者肢体功能、生活自理能力改善的效果*

李 芬

(咸宁市中医医院, 湖北 咸宁 437100)

摘要: 目的 探讨推拿配合康复训练在脑梗死后偏瘫干预中对患者肢体功能、生活自理能力改善效果。方法 回顾性分析本院于 2019 年 12 月—2021 年 12 月接诊的 90 例脑梗死后偏瘫患者的临床资料,按干预方式的不同将患者纳入观察组($n=45$)、参考组($n=45$)。参考组予以康复训练,观察组予以推拿配合康复训练,对比两组干预前后 Fugl-Meyer 运动功能评定量表(FMA)与日常生活活动能力评定量表(ADL)评分。结果 干预后,观察组 FMA 中的上肢、下肢运动功能评分均较参考组高,ADL 中的行走能力、括约肌控制、行走及转移评分均较参考组高,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 推拿配合康复训练不仅可以促进脑梗死后偏瘫患者的肢体运动功能恢复,还可以增强其生活自理能力。

关键词: 推拿;康复训练;脑梗死后偏瘫;肢体功能;生活自理能力

中图分类号: R473.74

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2022)01-0047-03

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2022.01.010

脑梗死是指因脑部血液循环障碍导致的局限性脑组织缺血性软化或坏死,其病因与大动脉粥样硬化、小动脉闭塞等因素相关。脑梗死难以完全治愈,通常情况下,梗死的脑组织无法复原,疾病发作后,患者局灶性神经功能缺损,从而导致偏瘫等后遗症的出现。脑梗死后偏瘫患者肢体呈痉挛状态,运动协调性减弱,肌力下降,造成不同程度的肢体功能障碍,严重影响其生活自理能力^[1]。康复训练能够缓解多数脑梗死后偏瘫患者的肌肉痉挛,是现阶段的首选康复手段,对降低疾病致残率,改善肢体功能障碍具有积极意义。然而,单独进行康复训练较为枯燥,对患者的配合度要求较高,干预效果并不理想。推拿具有适用范围广、操作简单等特点,能够利用穴位刺激调节全身血液运行,避免患侧因运动量骤减而产生肌肉、关节僵硬。为探究推拿配合康复训练在脑梗死后偏瘫干预中的干预效果,本研究筛选 2019 年 12 月—2021 年 12 月 90 例患者进行分组干预,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析本院于 2019 年 12 月—2021 年 12 月接诊的 90 例脑梗死后偏瘫患者的临床

资料,按干预方式的不同将患者纳入观察组($n=45$)、参考组($n=45$)。纳入标准:①符合《神经病学》^[2]中脑梗死标准;②首次发病;③脑梗死发作后单侧肢体瘫痪。排除标准:①存在大面积皮肤性疾病或肢体骨折;②存在沟通或意识障碍,无法配合量表评估;③合并骨关节疾病;④肢体残疾或肢体功能障碍性病史。本研究经本院医学伦理委员会审批通过。观察组女 18 例,男 27 例;年龄 49~77 岁,平均(61.41 ± 6.10)岁;梗死部位:内囊 10 例,基底节区 24 例,脑干 11 例。参考组女 17 例,男 28 例;年龄 50~76 岁,平均(61.13 ± 6.22)岁;梗死部位:内囊 8 例,基底节区 21 例,脑干 16 例。2 组一般资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 参考组予以康复训练:专科医务人员指导患者取卧位,于床上进行健侧主动运动,上肢用力向上举,下肢进行膝关节弯曲、屈伸训练,以及抬腿运动,20 min/次,2~3 次/d;患者坐于床旁,双下肢自然下垂,患侧上肢尽量弯曲并触及健侧膝盖,缓慢抬高患侧下肢,配合伸缩训练,10 min/次,2~3 次/d;指导患者在辅助下站立,身体重心偏向健侧,尽量抬高、放

收稿日期: 2022-01-12

第一作者简介:李芬(1981-),女,副主任护师,研究方向:运动系统慢性病的中医护理。

低患侧下肢,动作循环练习 10 min/次,2~3 次/d;待患者可自行扶物站立,开始进行步行训练,每次移动距离不宜过大,训练期间需专人陪同预防跌倒,或使用步行辅助器行走,10 min/次,2~3 次,逐步加强功能锻炼。

观察组在参考组的基础上配合推拿:推拿穴位选取患侧上肢肩井、内关、合谷、风池、曲池、尺泽,下肢取髌关、足三里、悬钟、承山、阳陵泉、太冲、三阴交、涌泉、昆仑。专科医务人员由上至下按压上述穴位,力度由小及大,25~30 min/次,2 次/d。指导患者取俯卧位,利用掌指部对其患侧肩井、肩关节周围等上肢施以滚法,往返 2~3 次;拿揉患侧、健侧上肢肌肉 3~4 次,协助其重复摆肩,进行肘、腕关节的被动活动,理、捻、拔伸手指各 1~2 min;自上而下按揉天宗、肾俞、胆俞、心俞、脾俞等穴位,按揉血海、解溪、膝眼、伏兔、足三里等穴,并配合踝、膝、髋关节的被动活动,持续 5 min。

1.3 观察指标 分别于干预前、干预 4 周后对 2 组进行如下评估。

(1)肢体功能:选用 Fugl-Meyer 运动功能评定量表(Fugl-Meyer assessment of motor function, FMA)予以评估,该表有上肢运动功能(66 分)、下肢运动功能(34 分)领域,评分越低提示肢体运动功能越弱^[9]。

(2)生活自理能力:选用日常生活活动能力评定量表(ability assessment of daily living activities, ADL)予以评估,该表有自理能力(0~40 分)、括约肌

控制(0~20 分)、转移(0~15 分)、行走(0~25 分)4 个领域,量表评分越低提示生活自理能力越差^[9]。

1.4 统计学分析 运用 SPSS22.0 统计学软件分析研究数据,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,以 t 检验;计数资料采用(%)表示,以 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比 2 组干预前后 FMA 评分 干预前,2 组 FMA 评分差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,观察组 FMA 中的上肢、下肢运动功能评分均较参考组高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 对比 2 组干预前后 FMA 评分($\bar{x} \pm s, n=45$, 分)

组别	时间	上肢运动功能	下肢运动功能
观察组	干预前	45.38±4.55	18.42±3.51
	干预后	50.51±3.80	22.20±3.71
参考组	干预前	45.77±4.50	18.71±3.33
	干预后	47.68±4.12	20.49±3.15
t/P 观察组(干预前后)		5.805/<0.001	4.965/<0.001
t/P 参考组(干预前后)		2.100/0.039	2.605/0.011
t/P 组间值(干预后)		3.387/0.001	2.357/0.021

2.2 对比 2 组干预前后 ADL 评分 干预前,2 组 ADL 评分差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,观察组 ADL 中的行走能力、括约肌控制、行走及转移评分均较参考组高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 对比 2 组干预前后 ADL 评分($\bar{x} \pm s, n=45$, 分)

组别	时间	行走能力	括约肌控制	行走	转移
观察组	干预前	23.33±3.15	12.18±2.24	12.37±2.15	8.38±1.23
	干预后	28.07±3.87	14.90±2.13	14.41±1.67	9.42±1.30
参考组	干预前	23.78±3.20	12.32±2.19	12.35±2.19	8.06±1.20
	干预后	25.65±4.02	13.56±2.14	13.56±2.05	8.77±1.25
t/P 观察组(干预前后)		6.372/<0.001	5.903/<0.001	5.027/<0.001	3.898/<0.001
t/P 参考组(干预前后)		2.441/0.017	2.717/0.008	2.706/0.008	2.749/0.007
t/P 组间值(干预后)		2.909/0.005	2.977/0.004	2.156/0.034	2.418/0.018

3 讨论

脑梗死症状与梗死部位、面积及阻塞血管等原因不同而不同,总体上表现为局灶性神经功能缺损,其

中以偏瘫较为常见。徐丽丽^[9]研究指出,中枢神经元损害是脑梗死后偏瘫发生的关键,针对急性病因进行治疗后,尽早进行康复训练有助于反射性刺激患者中

枢神经网络的修复以及重建。然而,临床实践证明,脑梗死以中老年患者多见,该群体对疾病的认知水平不高,单独进行康复训练时缺乏连贯性,规范性较差,导致肢体功能改善效果并不理想。本研究结果显示,观察组 FMA 评分均高于参考组($P<0.05$),这表示推拿配合康复训练在促进脑梗死后偏瘫患者的肢体运动功能恢复方面更具优势。中医理论中,脑梗死归“中风”范畴,而偏瘫为中风常见后遗症,两病病机均与经络痹阻存在密切联系。推拿取患侧肩井、曲池、阳陵泉等多个穴位,肩井、曲池有活血理气、通络止痛之效,阳陵穴有健脾除湿、强壮腰膝等效用,结合按压、滚法等手法,可以充分刺激穴位,有助于疏通经络,促进气血运行,筋脉得以濡养,有助于增加脑梗死后偏瘫患者的肢体关节活动度^[4]。配合康复训练中肢体关节的主动、被动训练,能够改善脑梗死后偏瘫患者患侧肌群的痉挛状态,增强肌力,改善肢体协调,由此促进肢体运动功能的恢复。本研究结果还显示,观察组 ADL 中 4 项评分均较参考组高($P<0.05$),这表明对于脑梗死后偏瘫患者而言,推拿与康复训练结合有利于增强其生活自理能力。脑梗死后偏瘫患者往往存在肢体痉挛,日常生活活动受限,导致其生活自理能力降低。采用推拿进行穴位按摩,能够促使病灶内尚未完全坏死的神经细胞兴奋性增高,促进病变区域以及正常神经

突触传递,进而恢复运动神经元的支配与调节功能,改善肢体受限状态^[5]。配合康复锻炼,定期进行上下肢功能的强化训练,能够逐渐恢复患者的

肌张力,有效抑制异常肌张力,降低神经功能障碍,进一步增强患者的生活自理能力。

综上所述,推拿配合康复训练不仅可以促进脑梗死后偏瘫患者的肢体运动功能恢复,还可以增强其生活自理能力,建议临床推广应用。

参考文献:

- [1] 秦龙江,徐乐义,王孝义. 针灸联合偏瘫肢体康复训练对老年脑梗死后偏瘫患者肢体功能、神经功能和生活质量的影响[J]. 中国老年学杂志,2022,42(5):1071-1074.
- [2] 吴江,贾建平. 神经病学[M]. 3 版. 北京:人民卫生,2015:179-191.
- [3] 徐丽丽. 推拿联合康复训练对脑梗死后偏瘫患者肢体功能及生活自理能力的影响[J]. 新中医,2022,54(4):155-158.
- [4] 赵珂. 穴位按摩联合康复锻炼对脑梗死患者肢体功能及生活质量的影响[J]. 中国疗养医学,2020,29(3):253-255.
- [5] 马文霞. 脑梗死患者偏瘫肢体康复训练的护理研究进展[J]. 当代护士(上旬刊),2020,27(2):14-16.