

传统医学联合运动训练对脑梗死后功能恢复的影响观察

寒松

内蒙古赤峰市克什克腾旗人民医院, 内蒙古 赤峰 025350

DOI:10.61369/MRP.2025070019

摘 要 : 目的 对脑梗死后偏瘫患者联用传统医学(针灸)、运动训练的有效性系统探析。方法 在2024年5月–2025年5月期间接受院内诊治的患者中,选取脑梗死后偏瘫患者(n=78)纳入研究,观察组(n=39)、对照组(n=39)的组别划分参照随机数字表法完成,对比两组相关干预指标。结果 观察组康复总有效率(97.44%, 38/39)高于对照组(76.92%, 30/39), $P < 0.05$; 干预后,观察组肢体功能(上肢、下肢)、生活质量指标评分均比对照组高, $P < 0.05$; 经干预,观察组NIHSS评分、MBI评分、Asworth评分、6MWT较之于对照组, $P < 0.05$ 。结论 脑梗死后偏瘫患者在功能恢复阶段,联用针灸与运动训练能够明显改善自身的神经、肢体运动功能与生活自理能力,生活质量提升,一定程度上增强了康复效果,推广可行。

关 键 词 : 传统医学; 运动训练; 脑梗死; 功能恢复

Observation on the Effect of Traditional Medicine Combined with Exercise Training on Functional Recovery after Cerebral Infarction

Han Song

Keshiketeng Banner People's Hospital, Chifeng, Inner Mongolia 025350

Abstract : Objective To systematically explore the effectiveness of combining traditional medicine (acupuncture) and exercise training for patients with hemiplegia after cerebral infarction. Methods From May 2024 to May 2025, patients with hemiplegia after cerebral infarction (n=78) were selected from those receiving inpatient diagnosis and treatment. The patients were divided into an observation group (n=39) and a control group (n=39) using a random number table. Relevant intervention indicators were compared between the two groups. Results The total effective rate of rehabilitation in the observation group (97.44%, 38/39) was higher than that in the control group (76.92%, 30/39), $P < 0.05$. After intervention, the scores of limb function (upper and lower limbs) and quality of life indicators in the observation group were higher than those in the control group, $P < 0.05$. After intervention, the NIHSS score, MBI score, Ashworth score, and 6MWT in the observation group were significantly different from those in the control group, $P < 0.05$. Conclusion For patients with hemiplegia after cerebral infarction, combining acupuncture and exercise training during the functional recovery stage can significantly improve their neurological and limb motor functions, as well as their self-care ability. This approach enhances the quality of life and strengthens the rehabilitation effect to some extent, making it feasible for promotion.

Keywords : traditional medicine; exercise training; cerebral infarction; functional recovery

脑梗死即脑动脉受阻所致脑组织血液供应减少或是中断,使部分脑组织出现缺氧坏死的症状,最终诱发脑功能障碍^[1]。而对于脑梗死后偏瘫患者来说,一侧肢体无力或者是瘫痪是疾病主要表现,致使患者的日常生活能力受到较大影响。此类患者也容易伴有语言与认知障碍,吞咽困难或是口齿不清等症状。在脑梗死后偏瘫患者病情康复阶段,康复训练的重要性不容忽视,可使其肌肉功能得以恢复,自身的日常生活能力也会明显改善,使致残风险尽可能下降^[2]。从中医视角出发分析脑梗死后偏瘫,认为是人体内部脏腑功能出现衰退、正气亏虚所致的气滞血瘀。为此,通络开窍以及行气活血应作为临床治疗的关键。而在中医领域,针灸与中药方剂均属于常见的治疗方式,特别是针灸,在经气运行刺激方面的作用显著,可科学调节人体脏腑气机^[3]。为此,以下将脑梗死后偏瘫患者作为研究对象,重点阐述传统医学联用运动训练在其功能恢复阶段的应用价值。

一、资料和方法

（一）基线资料

选取脑梗死后偏瘫患者作为研究对象，共计78例，于我院诊治时间均在2024年5月-2025年5月期间，基于随机数字表法完成组别划分，分别命名为观察组、对照组，各组均39例。对照组男性患者21例、女性患者18例，年龄范围是48-86岁，平均(67.75±10.89)岁；观察组内性别所占比重为男：女=22:17，年龄最大者85岁、最小者50岁，中位年龄(67.79±10.86)岁；比对两组基线资料提示P>0.05，可比性显著。所有患者均知情并签署同意书。

纳入标准：与脑梗死诊断标准吻合者；偏瘫症状明显者；未接受抗痉挛药物治疗者。

排除标准：合并严重心肺疾病者；失语者；伴有精神障碍者。

（二）方法

对照组（运动训练），即借助智能训练系统康复，设备选择MOTOmed letto2。在训练的过程中，以患者偏瘫的程度为依据确定相对应的训练模式。其一，电机带动四肢完成被动运动康复训练；其二，患者借助电机完成主动循环康复训练；其三，有抗阻主动运动康复训练。在整个训练过程中，需谨遵循序渐进原则，且要求患者于病床平卧。在康复设备的辅助下，患者即可完成向前的下肢环转运动。一般那个框下，左下肢、右下肢运动的时间均应保证在20分钟，且每周连续运动6天，间歇1天后继续训练。经过2周康复训练，患者即可开展坐位状态的下肢MOTOmed训练，在此过程中，需要参与上肢向前环转运动，时间控制在15分钟，此阶段的康复运动训练时间为3周。

观察组在运动训练的基础上联合传统医学（针灸），穴位主要选取足三里穴、尺泽穴、阴陵泉穴、百会穴、太冲穴、内关穴、前神聪穴和合谷穴等，针刺且得气的状态下，将留针时间控制在半小时左右，且每间隔10分钟行针一次，方法选择平补平泻。灸法治疗穴位包括阴陵泉穴、太冲穴、合谷穴和尺泽穴，将艾柱插在针柄的部位点燃，每次使用2壮，每天治疗一次。针灸需连续开展6天，间歇1天后继续。每疗程4w，需连续接受3个疗程

的治疗。

（三）评价指标

（1）对患者康复效果予以评估，以显效、有效、无效三方面为评价依据，若干预后患者的肢体运动功能好转显著且生活基本自理，即被纳入显效范围，干预后如果患者肢体运动功能与生活自理能力有改善效果，则为有效；在干预后以上两方面功能均未改善，即属于无效。康复总有效率为显效率与有效率总和。

（2）系统评价两组干预前后肢体功能（上肢功能、下肢功能）、生活质量指标、NIHSS评分、MBI评分、Asworth评分、6MWT。

（四）统计学分析

统计学软件SPSS21.0分析所得数据，P<0.05表示数据有差异。

二、结果

（一）观察组、对照组康复效果研究

观察组总有效率比对照组高，P<0.05。（表1）

表1 对比两组患者康复效果（n/%）

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	39	20（51.28）	18（46.15）	1（2.56）	38（97.44）
对照组	39	17（43.59）	13（33.33）	9（23.08）	30（76.92）
χ^2					7.3412
P					0.0067

（二）两组患者肢体功能评分变化分析

干预前，组间上肢、下肢功能评分无明显差异，P>0.05；经干预，观察组相关指标与对照组相比，P<0.05。（表2）

表2 比较观察组、对照组干预前后肢体功能评分（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	上肢功能评分（分）		下肢功能评分（分）	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	39	23.37±3.77	47.68±4.37	12.27±2.54	25.79±3.11
对照组	39	23.34±3.73	40.03±5.69	12.31±2.57	19.63±2.59
T值		0.0353	6.6589	0.0691	9.5050
P值		0.9719	0.0000	0.9451	0.0000

（三）观察组、对照组干预前后生活质量指标对比

干预后，组间各指标较之于对照组，P<0.05。（表3）

表4 研究两组患者生活质量指标变化（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	躯体功能评分（分）		物质功能评分（分）		心理功能评分（分）		社会功能评分（分）	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	39	47.17±5.53	76.68±6.09	48.88±5.15	79.89±4.42	54.54±6.47	72.26±4.57	48.46±8.52	73.14±5.53
对照组	39	47.15±5.55	70.02±5.26	48.85±5.11	69.90±5.78	54.58±6.44	63.23±5.54	48.43±8.55	64.97±4.57
T值		0.0159	5.1685	0.0258	8.5741	0.0274	7.8523	0.0155	7.1121
P值		0.9873	0.0000	0.9795	0.0000	0.9782	0.0000	0.9877	0.0000

（四）两组患者NIHSS评分、MBI评分、Asworth评分、6MWT变化比较

干预前，组间指标比照，P>0.05；经干预，观察组指标均优

于对照组，P<0.05。（表4）

表4 分析观察组、对照组 NIHSS评分、MBI评分、Asworth评分、6MWT ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	NIHSS评分（分）		MBI评分（分）		Asworth评分（分）		6MWT（m）	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	39	34.25 ± 3.67	13.26 ± 3.57	35.68 ± 11.24	68.57 ± 17.43	2.78 ± 0.56	-1.88 ± 1.00	164.28 ± 22.35	398.08 ± 50.35
对照组	39	34.22 ± 3.64	18.97 ± 3.44	35.65 ± 11.22	48.86 ± 15.33	2.75 ± 0.54	-1.13 ± 0.89	164.24 ± 22.33	300.57 ± 46.64
T值		0.0362	7.1927	0.0118	5.3027	0.2408	3.4987	0.0079	8.8726
P值		0.9712	0.0000	0.9906	0.0000	0.8103	0.0008	0.9937	0.0000

三、讨论

脑梗死疾病发生受诸多因素影响，属于脑组织血供障碍性疾病，容易使部分脑组织处于缺血与缺氧的状态，对其神经功能的损害较大，亦面临较高的致残风险^[4]。脑梗死患者成功救治后仍有部分会出现语言与吞咽功能、认知等障碍，甚至一侧肢体偏瘫，对其自身生存质量的影响较大，同样使患者家庭承受较大经济压力^[5]。在脑梗死患者治疗且病情趋于稳定的情况下，偏瘫症状需积极接受持续性康复治疗训练。康复训练的开展能够使异常肌张力得到明显改善，且利于其偏瘫程度的减轻，在优化预后方面发挥重要作用。且近年来，运动康复训练也逐渐发展成脑梗死后偏瘫患者功能恢复的常规干预方案^[6]。然而，患者对于康复训练方案的理解以及参与训练期间对于疼痛感的耐受程度等均存在一定差异，致使实际的康复效果区别较大^[7]。

MOTomed智能训练系统能够综合考虑患者的肌肉张力针对性开展重复训练内容，在持续不间断康复训练过程中，轴突的可塑性也会随之提高，且对神经通路的作用显著。此系统兼具运动与视觉反馈功能，特别是在助力运动训练模式的辅助作用下，可进一步利用患者残余肌肉力量，并使其处于相对舒适状态参与到耐力训练过程中^[8]。而且，患者在训练期间，自我意识会逐渐强化，因训练趣味性特点较为显著，也更利于患者的配合，使训练效果明显增强。特别是脑梗死偏瘫患者在步态矫正阶段，通过瘫痪肢体的反复性运动训练，并在分离动作训练量增加的基础上，使其神经回路得到重新创建，也更利于其运动功能的强化。除此之外，该训练系统同样具有痉挛保护与生物反馈的功能，一旦训练期间患者出现肌肉痉挛的情况，机器就会及时自动缓慢地停止，与此同时向相反方向运转，使痉挛的状态得到改善^[9]。

在中医领域，脑梗死偏瘫即肢体功能障碍被纳入“中风后偏瘫”范畴，以气虚血瘀为主要症状。特别是中老年群体，其机体

内部脏腑功能出现衰退且正气亏虚，使其气虚而无力行血，致使出现气滞和血瘀的表现。在发生脑梗死偏瘫后，中医的治疗重点集中于通络开窍和行气活血等方面^[10]。针灸、推拿、中药外敷与内服等均属于中医治疗手段，而针灸属于特色外治方法，在对经络与穴位进行刺激的基础上，使人体气血被调和、经络得到疏通，能够在短时间内促进瘫痪位置神经功能的恢复。其中，尺泽穴针刺可充分发挥益气活血与清热解毒的功效，而内关穴则能够使患者的胃痛感得到减轻并调和胃气，对于消化的促进效果显著。通过对足三里穴的针刺干预，可达到健脾胃以及活血通络的目的，同时兼具补益气血的作用。对太冲穴进行针刺后，利于患者压力的舒缓，同时能够有效调节心情，对于睡眠的促进作用突出。另外，在对百会穴针刺后，能够镇静清热，头痛感与眩晕明显缓解。而合谷穴的针刺，可充分发挥解痉止痛与活血化瘀的效果。前神聪穴利于清热明目，同样对眩晕与头痛的具有积极的调节作用。上述穴位的联合针刺治疗，即可使气血得到调节、疼痛感有所舒缓，在血液循环方面的促进作用显著，在改善脏腑功能方面具有积极影响。

研究中，观察组患者康复效果远优于对照组，P < 0.05。说明传统医学（针灸）与运动训练的联合运用，对于脑梗死后偏瘫患者的康复影响较为明显。经干预，观察组肢体功能、生活质量、NIHSS评分、MBI评分、Asworth评分、6MWT等较之于对照组，P < 0.05。由此证实，联合干预方案用于脑梗死后偏瘫患者功能恢复过程中，不仅能够对其肌力有效调节，同时亦利于血液循环的改善，一定程度上减轻了神经缺损的程度，使患者的生活质量明显提升，推广可行性显著。

总体来讲，与单一运动训练相比，在传统医学的辅助干预下，脑梗死后偏瘫患者的肢体功能恢复效果更理想，且在步行能力与生活自理能力方面均得到显著改善，一定程度上提高了功能恢复的康复效果，具有较高临床推广与应用价值。

参考文献

[1]张秀芳,张莉,李宁,等.镜像疗法配合悬吊运动训练治疗急性脑梗死后偏瘫对患者神经功能、上肢运动功能恢复的影响[J].反射疗法与康复医学,2023,4(19):80-83.

[2]袁琳萍,张金丽,刘杨.自我决定理论视角下多模态运动训练对脑梗死后偏瘫患者肢体功能恢复的影响[J].河北医药,2024,46(6):866-869.

[3]王学仕.虚拟视频下同步辅助运动训练对脑梗死偏瘫患者肢体运动功能恢复的影响[J].健康之友,2021(6):97.

[4]吴佩蓉,朱希,陆善恒,等.基于静息态功能磁共振探究高强度间歇运动训练对脑梗死后运动障碍康复的影响[J].中国老年保健医学,2023,21(4):35-39.

[5]王雯雯.奥塔戈运动训练在脑梗死患者中的康复效果及对日常生活水平的影响研究[J].反射疗法与康复医学,2023,4(19):76-79.

[6]龙苏芳,尹信龙.低频脉冲电疗联合奥塔戈运动对脑梗死偏瘫患者神经功能及运动功能恢复的影响[J].现代诊断与治疗,2023,34(1):86-88.

[7]孙苏闻,徐明,周睿娴,等.温针灸联合丁苯酞氯化钠注射液配合早期运动训练对急性脑梗死治疗效果及血清IL-10、TNF-α水平的影响[J].中华中医药学刊,2021,39(4):90-93.

[8]江晓敏.功能性电刺激联合康复运动训练对脑梗死患者神经功能及肢体活动能力的影响研究[J].今日健康,2024(8):167-169.

[9]徐香芬.头皮电针协同双侧上肢对称运动训练对脑梗死患者上肢运动功能恢复影响的研究[D].吉林:延边大学,2024.

[10]张维文,张方圆,方玲,等.早期运动训练对脑梗死后缺血半暗带GAP-43、Nogo-A及GFAP表达的影响[J].解剖学杂志,2020,43(5):407-411,420.