



刮痧联合刺络拔罐在脑梗死偏瘫护理中的应用

李巧玉,赵怡凡,王晓林

(南阳医学高等专科学校第二附属医院,河南 南阳 473000)

摘要:目的 探析刮痧联合刺络拔罐在脑梗死偏瘫患者护理中的干预效果。方法 选取南阳医学高等专科学校第二附属医院2020年1月—2021年2月收治的脑梗死偏瘫患者76例,以随机数字表法分为对照组和观察组各38例。对照组接受康复锻炼+刮痧干预,观察组于对照组基础上加用刺络拔罐;两组均持续干预4个疗程;比较两组干预后临床疗效、行走能力(平均步幅宽、平均步幅长)以及运动及肢体痉挛情况(简易运动功能量表[FMA]、肢体痉挛情况[MAS])。结果 干预后,观察组总有效率高于对照组($P<0.05$);干预后,两组平均步幅宽小于干预前,平均步幅长大于干预前,观察组平均步幅宽小于对照组,平均步幅长大于对照组($P<0.05$);两组患者FMA评分均高于干预前,MAS评分低于干预前,观察组FMA评分高于对照组,MAS评分低于对照组($P<0.05$)。结论 刮痧联合刺络拔罐在脑梗死偏瘫患者护理中应用效果显著,可有效改善患者行走能力,缓解肢体痉挛情况,提高脑梗死偏瘫患者运动功能。

关键词:脑梗死;偏瘫;刺络拔罐;行走功能;运动功能;痉挛;康复锻炼;刮痧

中图分类号:R255.2

文献标志码:A

文章编号:1671-7813(2023)05-0120-03

Application of Scraping Combined with Puncture and Cupping in Nursing of Patients with Hemiplegia after Cerebral Infarction

LI Qiaoyu, ZHAO Yifan, WANG Xiaolin

(The Second Affiliated Hospital of Nanyang Medical College, Nanyang 473000, Henan, China)

Abstract: *Objective* To explore the intervention effect of scraping combined with puncture and cupping in the nursing of patients with hemiplegia after cerebral infarction. *Methods* 76 patients with hemiplegia after cerebral infarction treated in The Second Affiliated Hospital of Nanyang Medical College from January 2020 to February 2021 were selected as the research subjects. They were divided by a random number table method into 38 cases in the control group and 38 cases in the observation group. The control group received rehabilitation exercise + scraping intervention, and the observation group added puncture and cupping on the basis of the control group; patients in both groups had 4 courses of continuous intervention; the clinical efficacy, walking ability (average stride width, average stride length) and motor and limb spasm (FMA, MAS) of the two groups after four courses of intervention were compared. *Results* After 4 courses of intervention, the total effective rate of the observation group was higher than that of the control group ($P<0.05$), after intervention, the average step width was smaller, and the average step length was larger of both groups than before intervention. The average step width was smaller, and the average step length was larger of the observation group than the control group ($P<0.05$), the FMA score was higher, and the MAS score was lower of both groups than before intervention. The FMA score was higher, and the MAS score was lower of the observation group than the control group ($P<0.05$). *Conclusion* Scraping combined with puncture and cupping has a significant effect in the nursing of patients with hemiplegia after cerebral infarction. It can effectively improve the walking ability of patients, alleviate limb spasm and improve the motor function of patients with hemiplegia after cerebral infarction.

Keywords: cerebral infarction; hemiplegia; puncture and cupping; walking function; motor function; spasm; rehabilitation exercise; scraping

中医疗法已广泛应用于脑梗死偏瘫患者肢体功能障碍康复当中,如穴位按摩、针刺等综合干预措施,其中刺络拔罐则是采用抽气罐进行拔吸放血,可有效祛除患者体内瘀血,加速血液循环,对脑梗死偏瘫患者肢体恢复具有积极意义^[1]。刺络拔罐对于脑梗死偏瘫患者的临床干预效果存在个体差异,少部

分患者接受刺络拔罐后难以达到理想效果,需联合其他措施促进脑梗死偏瘫患者康复^[2]。脑梗死偏瘫在中医学中归为“中风”,多因邪热伤津,气阴不足而致经脉失养,以肢体软弱或瘫痪为主要表现,活血通络、祛除瘀血是治疗脑梗死偏瘫的主要原则^[3]。刮痧是根据中医经络腧穴理论为基础,借助刮痧板在患者体表进行反复刮动、摩擦,可通过刺激人体对应经络起到活血化瘀的作用,利于脑梗死偏瘫患者恢复^[4]。本研究重点探讨刮痧联合刺络拔罐在脑梗死偏瘫患者护理中的应用效果。现报道如下。

基金项目:河南省中医药科学研究专项(2018ZY3067)

作者简介:李巧玉(1991-),女,河南南阳人,护师,本科,研究方向:神经内科护理。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取医院2020年1月—2021年2月收治的脑梗死偏瘫患者76例,以随机数字表法分为对照组和观察组各38例。对照组男20例,女18例;年龄52~73岁,平均(59.57±2.66)岁;体质质量指数(BMI)19~25 kg/m²,平均(20.42±0.97) kg/m²;偏瘫侧:左侧22例,右侧16例。观察组男24例,女14例;年龄51~73岁,平均(59.87±2.70)岁;BMI 19~25 kg/m²,平均(20.37±0.85) kg/m²;偏瘫侧:左侧17例,右侧21例。两组患者一般资料具有可比性($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会审批批准。

1.2 纳入标准

符合《中国脑卒中早期康复治疗指南》^[5]中诊断标准,且经头部CT检查确诊;自主端坐时间>15 min;③视听觉功能正常,可正常交流沟通;④依从性良好,可配合完成本次研究调查;⑤所有患者均为康复期。

1.3 排除标准

存在肢体功能缺陷,缺乏基础自理能力;既往存在肢体创伤史、手术史;合并骨质疏松、类风湿性关节炎等骨科疾病;关节严重畸形;妊娠或哺乳期妇女;针刺穴位中有皮损或凝血机制障碍;伴有精神分裂症、抑郁症等精神类疾病。

1.4 干预方法

患者均接受常规治疗及护理措施,给予降颅内压、改善脑血液循环,并注意调节患者血脂、血糖等;叮嘱患者戒烟戒酒,避免过度劳累,并及时评估患者心理健康状况,对存在心理问题的患者及时采取干预措施,提高其依从性。

1.4.1 对照组 康复训练:患者保持良好的肢体功能位,将腕部处于掌伸位,避免完全掌屈位或上肢悬放于轮椅一侧;患者于平卧位和患侧侧卧位,伸张患者肘关节,腕关节背屈,健侧卧位时肩关节垂直屈曲,保持肘关节伸展,并于患者胸前放置一软枕,将患侧上肢放置于上面,保持腕关节背屈,患者翻身时避免患肢发生牵拉。指导患者Bobath握手训练,患者主动耸肩训练,帮助患者及家属进行肩部、肘部、腕部以及指关节活动。患者肩关节前屈外展时候不宜超过90°,避免外旋后伸,20 min/次,3次/d,根据患者耐受情况为度。

刮痧:患者取平卧位,采用水牛角刮痧板以平补平泻刮拭背部督脉循行线,顺经络为补,逆经络为泻,从大椎穴向下至腰俞,自上而下以泻法刮拭肾俞穴至志室穴,后从志室穴向下刮至秩边穴,着重刮拭病变部位。根据患者局部皮肤发生红色或红紫色瘀毒为度,待刮痧结束后,指导患者饮水300 mL,以帮助患者排泄体内瘀毒。叮嘱患者保暖和休息,6 h后才能洗浴,并禁止摄入生冷、油腻刺激类食物。告知患者,刮痧结束后3 d内患处略有疼痛为正常反应。每周干预1次,1周为1个疗程,持续干预4个疗程。

1.4.2 观察组 于对照组基础上加用接受刺络拔罐干预,患者取坐位,上肢自然垂下,以患侧肱二头肌肌肤为中心使用消毒液进行常规消毒,消毒范围要大于使用的拔罐口径。消毒后采用三棱针快速刺破血络,根据患者形体部位的不同选择对应型号的带有测量刻度的玻璃拔罐进行拔吸,待患者出血量为10~15 mL时取下玻璃拔罐。每周干预2次,1周为1个疗程,持续干预4个疗程。

1.5 临床疗效

参考《中药新药临床研究指导原则》^[6]标准和中医证候积分干预前后减分率,舌脉正常记0分,不正常记1分,次症按

重、中、轻、无程度对应记3、2、1、0分,主症按重、中、轻、无程度对应记6、4、2、0分,分值越低提示症状越轻,评估两组患者干预4周后效果。显效:证候积分减分率≥70%,体征明显好转;有效:证候积分减分率30%~69%,体征有改善;无效:不满足上述要求,总有效率=[(显效+有效)/总例数]×100%。

1.6 观测指标

行走能力。于干预前后采用步态评估系统(安徽埃力智能科技有限公司,型号AL-600)检测患者步态空间域,指导患者适应性行走1~5 m后进入规定轨道内采集运动信息,通过患者实时步态变化记录患者平均步幅宽、平均步幅长。

运动情况。于干预前后采用简易运动功能量表(FMA)^[7]评分评估患者肢体运动功能,该量表分为上肢、下肢两个部分,其中上肢34个项目,每项0~2分,分值0~66分;下肢17个项目,分值0~34分,分数越高表示患者运动功能越好。

痉挛情况。采用改良的Ashworth痉挛量表(MAS)^[8],评定患者肢体痉挛情况,根据患者痉挛情况分成0~5级:0级:肌张力未增加;Ⅰ级:肌张力轻微增加,且在活动范围之末时突然出现卡住和放松;Ⅱ级:肌张力明显增加,关节活动部分的肌张力得到明显增强,并且受累部分可进行被动活动;Ⅲ级:肌张力严重升高,被动活动困难;Ⅳ级:受累部分被动屈伸时无法活动,呈挛缩状。根据0~Ⅳ级,依次计0~4分,分数越高表示患者痉挛情况越严重。

1.7 统计学方法

采用SPSS 25.0软件,全部计量资料均经Shapiro-Wilk正态性检验,符合正态分布以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间用独立样本 t 检验,组内用配对样本 t 检验;计数资料用例(%)表示,采用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组脑梗死偏瘫患者临床疗效比较

干预后,观察组总有效率高于对照组($P<0.05$)。见表1。

表1 两组脑梗死偏瘫临床疗效比较 单位:例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	38	17(44.74)	18(47.37)	3(7.89)	35(92.11)
对照组	38	9(23.68)	19(50.00)	10(26.32)	28(73.68)
χ^2 值					4.547
P 值					0.033

2.2 两组脑梗死偏瘫患者行走能力比较

干预前,两组平均步幅宽、平均步幅长比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,两组平均步幅宽小于干预前,平均步幅长大于干预前,观察组平均步幅宽小于对照组,平均步幅长大于对照组($P<0.05$)。见表2。

表2 两组脑梗死偏瘫患者行走能力比较($\bar{x} \pm s$) 单位:cm

时间	组别	例数	平均步幅宽	平均步幅长
干预前	观察组	38	19.52±2.12	39.52±3.29
	对照组	38	19.96±2.20	39.88±3.46
t 值			0.888	0.465
P 值			0.378	0.643
干预后	观察组	38	16.49±1.51 ^a	46.78±4.03 ^a
	对照组	38	17.72±1.83 ^a	42.89±3.95 ^a
t 值			3.767	4.249
P 值			<0.001	<0.001

注:^a与本组干预前相比, $P<0.05$ 。



2.3 两组脑梗死偏瘫患者运动及肢体痉挛情况比较

干预前,两组 FMA 评分、MAS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,两组 FMA 评分均高于干预前,MAS 评分低于干预前,观察组 FMA 评分高于对照组,MAS 评分低于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组脑梗死偏瘫患者运动及肢体痉挛情况比较($\bar{x}\pm s$)
单位:分

时间	组别	例数	FMA 评分	MAS 评分
干预前	观察组	38	45.13±3.32	2.83±0.57
	对照组	38	44.85±3.46	2.92±0.62
	<i>t</i> 值		0.360	0.659
	<i>P</i> 值		0.720	0.512
干预后	观察组	38	57.41±4.37 ^a	1.65±0.47 ^a
	对照组	38	50.67±4.51 ^a	2.22±0.75 ^a
	<i>t</i> 值		6.616	3.989
	<i>P</i> 值		<0.001	<0.001

注:^a与本组干预前相比, $P<0.05$ 。

3 讨论

脑梗死偏瘫是临床常见功能性障碍,中医学将其归为“中风”范畴,《灵枢·邪客》云:“邪气恶血……住留则伤筋络骨机关,故拘挛也”,认为脑梗死后偏瘫与气血逆乱、阴阳失衡有关,因气血瘀滞不前导致筋脉失养,故引发肢体痉挛^[9-10]。《黄帝内经》记载:“正虚邪犯,内有脏腑虚弱,外有湿热或瘀血”,证明脑梗死偏瘫多因气虚血瘀引发^[11]。综合中医整体角度分析,气血不通、阴阳失调是脑梗死后偏瘫的主要病因病机,其病在脉,凡治病必先其血,故临床治疗脑梗死偏瘫需以活血通络、祛除瘀血为主要原则^[12]。

刮痧疗法是常用的中医适宜技术之一,其适用病症较为广泛,本身就具有疏通经络、活血化瘀等作用后经络传导反射作用对患者脏腑和其他循经部位产生影响^[13]。刺络拔罐是脑梗死偏瘫的主要干预方式,可有效放松痉挛肌肉,改善肢体活动功能,对肢体功能恢复具有促进作用^[14]。本研究结果显示,干预后,观察组总有效率高于对照组,且观察组平均步幅宽小于对照组,平均步幅长大于对照组,提示刮痧联合刺络拔罐在脑梗死后偏瘫患者护理中应用效果显著,可有效改善患者行走能力刮痧则采用补泻手法,根据患者经络循行路线和气血的行走方向,以水牛角刮痧板轻刮穴位,经过经络的传导,通过刺激经络,激发局部经脉经气流转,以起到疏通经络、活血化瘀的功效^[15]。刮痧还可通过刺激血管壁神经,以加强血管的调节作用,提高局部血液流速,增加局部血液循环,以提高肌肉的营养状态,避免发生肌肉萎缩,进而改善微循环功能,利于机体器官恢复,从而改善行走能力^[16]。刺络拔罐是中医传统疗法之一,可通过放出患侧瘀血,对皮肤外周穴位产生良性刺激作用,并通过调节脏腑经络之气来发挥活血散瘀、阴阳调和的功效^[17]。有研究证实,刺络拔罐可通过强化患者神经靶刺激作用,来提高神经元可塑性,进而改善患者肢体协调能力,对患者行走能力的恢复具有促进作用^[18]。

本研究干预后,两组 FMA 评分均高于干预前,MAS 评分低于干预前,观察组 FMA 评分高于对照组,MAS 评分低于对照组,提示刮痧联合刺络拔罐可有效提高脑梗死偏瘫患者运动功能,缓解痉挛情况。刺络拔罐放血可有效加强微血管的自律性,增加微血管的调节作用,进而抑制兴奋的痉挛肌,使痉挛侧亢进的肌张力下降,以起到抑制肢体痉挛^[19]。在此基础上联合刮痧可进一步扩张血管,使机体内血液、淋巴液的循环效率加快,利于氧气组织和养分快速输送到肌肉组织,使肌肉功能

更好地恢复^[20]。

综上所述,刮痧联合刺络拔罐在脑梗死偏瘫患者护理中应用效果显著,可有效改善患者行走能力,缓解肢体痉挛情况,提高脑梗死偏瘫患者运动功能。

参考文献

[1] 刘海永,王然,金光明,等. 针刺配合刺络拔罐治疗风热型周围性面瘫的效果[J]. 中国医药导报,2019,16(28):151-153,161.

[2] 奚马利,周国平,罗梦,等. 刺络拔罐辅助治疗卒中恢复期上肢痉挛疗效观察[J]. 中国针灸,2018,38(11):1145-1149.

[3] 谢丽华,何飘,翟子豪,等. 基于网络药理学探讨中医药治疗脑梗死后“半身不遂”的作用机制[J]. 中国中医急症,2020,29(8):1348-1351.

[4] 姚芳,俞红. 择时刮痧缓解气滞血瘀型腰椎间盘突出症疼痛[J]. 护理学杂志,2018,33(3):57-58,66.

[5] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会神经康复学组,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国卒中早期康复治疗指南[J]. 中华神经科杂志,2017,50(6):405-412.

[6] 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,2002:346-349.

[7] LDUNDQUIST CB, MARIBO T. The Fugl - Meyer assessment of the upper extremity: reliability responsiveness and validity of the Danish version[J]. Disabil Rehabil,2017,39(9):934-939.

[8] 鲍亚奇,肖田身,陈善佳,等. 运动功能相关评定量表在国内卒中康复临床应用情况调查[J]. 按摩与康复医学,2018,9(5):21-24.

[9] 顾玉宝,刘敬霞,王枫,等. 中医药治疗脑梗死的临床研究进展[J]. 中华中医药学刊,2017,35(2):303-306.

[10] 焦文波,张琳琳,赵建军,等. 中医疏解郁护理法对脑梗死后抑郁状态肝郁脾虚证影响的研究[J]. 长春中医药大学学报,2019,35(2):353-355.

[11] 胡建琴,何健. 醒脑开窍针刺法联合熄风化痰通络扶正汤治疗急性脑梗死后痉挛型偏瘫的效果研究[J]. 实用心脑血管病杂志,2021,29(8):89-94.

[12] 谢颖桢,任晋婷,王玉婷,等. 王永炎教授防治中风复发及智能损伤案实录与经验总结[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版),2018,25(5):21-25.

[13] 邹生燕,张其慧,于啸. 撻筋棍刮痧对卒中后肩手综合征患者疼痛及功能障碍的影响[J]. 山西医药杂志,2020,49(22):3163-3166.

[14] 黄志强,赵宁,苏昭元,等. 刺络拔罐联合康复训练对卒中后上肢屈肘痉挛状态及肌电积分值的临床研究[J]. 中国针灸,2018,38(2):119-124.

[15] 陈丽虹,岳容兆,张永怡,等. 刮痧治疗腰椎间盘突出症不同方案疗效差异:基于血清代谢组学的评价[J]. 中国组织工程研究,2018,22(32):5110-5116.

[16] 邱娟娟,许月萍,于恩光,等. 自制丹香乳癖散外敷联合天宗穴刮痧对肝郁痰凝型乳癖患者证候积分及毒副反应的影响[J]. 中华全科医学,2020,18(1):122-124.

[17] 樊文朝,陈支援,袁平安,等. 刺络拔罐疗法治疗中风病的应用概况[J]. 现代中西医结合杂志,2021,30(4):452-456.

[18] 祝海波,代璐,邵音. 刺络拔罐法辅助智能运动控制训练对卒中后偏瘫患者平衡和下肢功能的影响[J]. 中医药导报,2019,25(9):123-126.

[19] 史佳,唐南淋. 温针灸结合刺络拔罐治疗卒中后肩手综合征疗效观察[J]. 海南医学,2018,29(18):2541-2543.

[20] 王进忠. 中医拍打疗法的技术发展与临床应用现状[J]. 天津中医药,2019,36(9):932-936.