

DOI: 10.12209/CAIM202210270006

· 中西医结合临床案例 ·

1例不完全性脊髓损伤患者 基于中医体质辨识联合康复护理

游婉兰

(四川省八一康复中心 四川省康复医院 中西医结合科, 四川 成都, 611130)

摘要: 总结1例颈8不完全性脊髓损伤患者基于中医体质辨识联合康复护理的护理经验。护理要点: 通过“望、闻、问、切”等传统方法及先进的中医体质辨识仪相结合, 全面评估患者, 制定出个体化的治疗、养生、预防、康复等方案, 促进患者早日康复, 回归家庭、回归社会。

关键词: 不完全性脊髓损伤; 中医体质辨识; 康复; 护理

Traditional Chinese Medicine constitution differentiation and rehabilitation nursing for a patient with incomplete spinal cord injury

YOU Wanlan

(Department of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Sichuan China 81 Rehabilitation Center,
Sichuan Provincial Rehabilitation Hospital, Chengdu, Sichuan, 6111330)

KEY WORDS: incomplete spinal cord injury; Traditional Chinese Medicine constitution differentiation; rehabilitation; nursing

脊髓损伤(SCI)是由于各种原因引起的脊髓结构和功能损害,造成损伤水平以下脊髓神经功能(运动、感觉、括约肌和自主神经功能)的障碍^[1]。有关统计数据显示,全球脊髓损伤发病率为236~1009/百万人^[2],最常见的原因是交通事故、意外暴力、跌倒和运动伤害。脊髓损伤分为完全损伤或不完全损伤,严重影响患者的生活质量,甚至威胁到患者的生命。体质是指人类个体在生命过程中,通过先天遗传和后天获得表现在形态结构、生理功能和心理活动方面相对稳定的特性^[3]。既往关于颈8不完全性脊髓损伤患者中医体质辨识联合康复护理的案例较少,本科室收治的1例颈8不完全性脊髓损伤患者,通过中西医结合综合护理,成功康复出院,独立行走,现将护理经验总结如下。

1 临床资料

患者男性,49岁,因“颈痛10余年,术后四肢无力麻木1月余”于2022年6月24日收治入院。现病史:患者10年前无明显诱因出现颈痛、头痛,

3年前双手无名指、小指及手掌尺侧麻木,虎口、大小鱼肌肌肉萎缩,1年前右侧肢体出现感觉过敏,怕冷怕热。2022年3月因颈痛、头晕眼花、视物模糊至双流空港人民医院就诊,于5月18日在显微镜下经前路颈4/5, 5/6, 6/7椎间盘摘除+颈椎前路椎管减压术+骨赘切除+ Cage植入、植骨融合钢板螺钉内固定术,术后患者双下肢关键肌肌力0级,鞍区感觉减退、痛温觉减退、深感觉存在。

既往史:有腰椎间盘突出、高脂血症、高尿酸血症、双侧颈总动脉粥样硬化斑块形成病史。专科评估:四肢肌力左手手指屈伸外展肌力3级,右手指屈伸外展肌力3+级,右下肢屈髋肌力4级,伸膝肌力(4+)级,左髋关节屈曲肌力(3-)级,伸膝肌力3级。四肢感觉左侧肢体肩锁关节粗触觉、针触觉减退,左侧无名指、小指及以下平面粗触觉、针触觉减弱,右侧肢体自颈5平面以下(肘关节外侧)粗触觉、针触觉减弱。左臂丛神经牵拉试验(+),肛门指检(+),左侧Babinski征(+/-)。辅

收稿日期:2022-10-27

OPEN ACCESS

www.case.jcme.net.cn

助检查:实验室检查:丙氨酸氨基转移酶 54U/L、 γ -谷氨酰基转移酶 120U/L、胆碱酯酶:12183 U/L、总胆固醇:6.28 mmol/L、低密度脂蛋白 4.62 mmol/L、甘油三酯 2.76 mmol/L、白细胞(++)、尿酸 496 μ mol/L、尿培养:大肠埃希菌。颈椎磁共振:C4-7 肢体稍扁并肩内固定器影,多系术后改变;C3/4、C4/5、C5/6、C6/7 椎间盘向后突出,硬膜囊前缘受压;C3 下缘-T1 上缘水平椎管继发性狭窄,以 C6-7 水平为著,同层面脊髓受压损伤、软化;颈椎序列欠连续,C3 向后移位约 2mm。胸部 CT:双肺纹理稍多,右肺下叶少许细条影;双侧胸膜增厚,右侧胸膜粘连;扫及双侧腋窝区见多个小淋巴结影,大者约 10mm;扫及肝右叶囊肿可能:肝左内叶结节状钙化灶。肌电图:神经源性损害肌电改变,累及双侧手内肌,C8-T1 脊髓前角受损可考虑;四肢本体感觉传导通路部分受损,右侧上下肢为重可考虑。双下肢血管彩超:左侧小腿比目鱼肌肌间静脉弱回声充填,提示血栓形成可能。

入院诊断:①脊髓损伤(C8-AIS-D)^[4];②脊髓缺血再灌注损伤;③颈椎椎管狭窄术后康复;④尿路感染。中医诊断:痿症,督脉损伤;辨证:双下肢无力,小便余沥不尽,苔薄白,脉沉细,证属脾肾阳虚证。

入院后遵医嘱予一级护理,中医体质辨识,普通针刺,中药足浴,整脊疗法,中药免煎颗粒,口服辛伐他汀片降血脂、复方甘草酸苷片护肝、苯溴马隆片降尿酸、卡马西平片改善肢体抽搐、普瑞巴林胶囊改善神经生理性疼痛、盐酸坦索罗辛缓释胶囊、非那雄胺片缓解前列腺增生引起的排尿障碍、单唾液四己神经节苷脂静脉滴注、腺苷钴胺注射液肌注、注射用鼠神经生长因子肌肉注射营养神经药物修复神经,地塞米松磷酸钠静脉滴注缓解脊髓水肿、依诺肝素钠注射液皮下注射抗凝、右下肢气压治疗预防血栓、电子生物反馈疗法促进肌肉收缩、截瘫肢体综合训练、高压氧舱治疗、PT 训练、OT 训练、职业功能训练、心肺康复训练。

2 护理

2.1 护理评估

望诊:神志清楚,慢性病容,正力体型,被动体位,双下肢无力,活动受限,舌淡红,苔薄白。闻诊:语言清楚,语音低微,呼吸平稳,口腔无特殊气味。问诊:双腿神经病理性疼痛,小便余沥不尽,夜间睡眠差。切诊:脉沉细。

患者神志清楚,平车推入病房,颈托外固定,颈部有一长 8 cm 手术伤口,已愈合。体温 36.5℃,脉搏 71 次/min,呼吸 20 次/min,血压 104/73 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa)。跌倒/坠床危险因素评估 3 分,属高危;Barthel 指数评定 50 分,中度依赖;VAS 疼痛评分 3 分;VTE 风险评估 3 分,属低危;Braden Scale 评分 15 分,轻度危险;大、小便正常。

2.2 护理诊断

护理诊断包括:①躯体移动性障碍:与肢体活动障碍有关。②生活自理能力下降:与肢体功能受损有关。③低效性呼吸形态:与脊髓损伤呼吸肌无力有关。④潜在并发症:深静脉血栓、骨质疏松、有受伤的危险等。

2.3 康复目标

2.3.1 短期目标:①指导患者及家属良肢位摆放,保持正常体位,预防压力性损伤。②指导患者呼吸训练,预防肺部感染。③指导患者肢体被动运动,预防关节挛缩和肌肉萎缩,主动运动训练维持和增强残存肌力,4 周内患者独立完成坐站转移,跪位平衡达到 2 级。

2.3.2 长期目标:①家属监督下独立步行 1 km。②患者独立完成日常生活活动,早日回归家庭,融入社会。

2.4 护理措施

2.4.1 个体化治疗和康复锻炼:①针刺^[5-6]夹脊穴排刺、足三里、委中、涌泉、阳陵泉、血海等穴位,每日 1 次,每次 20 分钟;内服中药(白芍 40g、白术 75g、陈皮 25 g、当归 25g、法半夏 75g、麸炒苍术 75g、茯苓 75g、干姜 15g、桂枝 50g、黄芪 50g、姜厚朴 50g、苦参 25g、蒲公英 25g、人参 25g、生蒲黄 40g、盐泽泻 50g、浙贝母 25g、猪苓 50g、竹叶柴胡 30g) 5 剂,每日 1 剂水煎 50 mL,每日 3 次,每次 1 袋空腹温服。②中药足浴每日 1 次,每次 15~20min;③整脊治疗按摩放松紧张肌群,每日 1 次,每次 30 min;④责任护士予患者良肢位摆放指导,每周 1 次,防止下肢屈曲挛缩和足下垂;⑤指导患者右侧上肢伸腕、屈指及伸指训练,每次 2 组,每组 15 个,患者双下肢屈髋、屈膝、伸髋、伸膝、髋外展内收、外旋内旋、踝背伸、踝趾屈肌力训练,一次 2 组,每组 15 个;⑥指导患者用哑铃或拉弹簧锻炼上肢和胸背部肌肉,2 次/d,20 min/次,进行健肢的主动运动,增强肌力;⑦每日电动站立床训练^[7]1 次,45 min/次,预防体位性低血压;⑧高压氧

舱治疗^[8], 1次/d, 60 min/次; ⑨遵医嘱使用营养神经药物修复神经。

2.4.2 环境护理和训练: 为患者创造安静、整洁、舒适的病房环境。指导患者ADL穿脱鞋袜训练, 2次/d, 20 min/次; 指导患者床-轮椅转移训练^[5], 2次/d, 20 min/次。

2.4.3 神阙穴贴敷和四肢运动: ①取穴神阙贴敷疗法, 1次/d; ②指导患者增强心肺耐力, 加强呼吸功能训练^[9], 如深呼吸训练、腹式呼吸, 2次/d, 20 min/次; 指导患者进行四肢主动活动和被动活动, 如上肢外展、扩胸运动以及手指的各种训练, 2次/d, 20 min/次。

2.4.4 局部推拿和下肢功能锻炼: 采用捏、揉、摩、滚、推拿、点穴等下肢局部推拿法, 可改善患肢的血液循环、防止静脉血栓。密切监测患者的D-二聚体、凝血四项结果, 密切观察患者双下肢皮温、颜色、足背动脉波动情况, 告知患者家属避免挤压左小腿肌肉, 指导患者行踝泵运动; 右下肢行气压治疗预防血栓形成; 患者输液时避免选择下肢, 注意下肢的功能锻炼, 尽量减少平卧的时间, 休息时可抬高下肢; 遵医嘱使用抗凝药物。

2.4.5 膳食护理: 饮食规律有节, 按揉三阴交, 循经拍打手太阴肺经; 将梨切块, 同银耳、冰糖同煮成羹, 以滋阴润肺; 取鲜藕200g, 隔水蒸熟后服用, 亦可与粳米熬粥后服用; 芝麻养血茶饮用(黑芝麻6g炒香研碎与茶叶3g混和, 加水适量煎煮饮)。

2.4.6 情志护理: 耐心倾听患者述说, 与患者沟通交流, 开导劝慰, 避免焦虑导致气机运行阻滞, 脉络不通。向患者及家属介绍同种疾病治疗成功病例, 缓解其焦虑情绪, 从而使患者能够主动配合, 积极地进行康复训练^[10]。

2.5 护理评价

患者经过63d的中医体质辨识联合康复治疗护理, 其肌力好转, 能独立站立、行走。上肢肌力: 肘关节左右屈曲肌力(5-)级, 左肘关节伸展肌力4级, 右肘关节伸展肌力(4+)级, 左腕部关节背伸肌力(4-)级, 右腕关节背伸运动(4+)级; 左侧手指屈曲肌力3级, 右侧手指屈曲运动(4-)级, 左侧小指外展肌力1级, 右小指外展肌力3级; 下肢肌力: 左髋屈曲肌力(4-)级, 右髋屈曲肌力(5-)级, 膝部左右伸展肌力4级, 左踝背屈肌力4级, 右踝背屈肌力(4+)级, 左踝趾屈肌力4级, 右踝趾屈肌力(4+)级; 移动能力评定36分, 轻度受限; 功能独

立性评定得分100分, 有条件的独立或轻度依赖, 于2022年8月26日康复出院。

3 讨论

脊髓损伤的主要病机是督脉损伤, 肾阳不足, 属于中医“痿症”“痹症”范畴, 中医认为多与肝脾肾三脏有关, 多采用补益气血, 活血化瘀, 化痰清热, 健脾益肾, 养血柔肝, 补肾填精为主。中医体质辨识联合康复护理有利于不完全脊髓损伤患者的运动、感觉功能恢复, 但护理过程应重视个体性、灵活性, 因人而异、循序渐进, 规范康复, 使患者早日回归家庭、回归社会, 实现自我价值。

患者知情同意: 病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明: 作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 刘根林, 周红俊, 李建军, 等. 脊髓损伤的诊断与康复[J]. 中国康复理论与实践, 2008, 14(7): 610-613.
LIU G L, ZHOU H J, LI J J, et al. Diagnosis and rehabilitation of spinal cord injury[J]. Chin J Rehabil Theory Pract, 2008, 14(7): 610-613. (in Chinese)
- [2] CRIPPS R A, LEE B B, WING P, et al. A global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: towards a living data repository for injury prevention[J]. Spinal Cord, 2011, 49(4): 493-501.
- [3] 王琦. 关于中国人九种体质的发现[C]//中华中医药学会第八届中医体质研讨会暨中医健康状态认知与体质辨识研究论坛论文集中华中医药学会, 2010.
- [4] 美国脊髓损伤协会, 国际截瘫医学会. 脊髓损伤神经学分类国际标准(2011年修订)[J]. 李建军, 王方永, 译. 中国康复理论与实践, 2011, 17(10): 936-972.
AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION, INTERNATIONAL SPINAL CORD SOCIETY. International standards for neurological classification of spinal cord injury[J]. Chin J Rehabil Theory Pract, 2011, 17(10): 963-972. (in Chinese)
- [5] 郭文, 冷军, 魏方月, 等. 关键肌电刺激法对不完全性脊髓损伤患者下肢运动功能恢复的影响[J]. 康复学报, 2020, 30(1): 64-68, 73.
GUO W, LENG J, WEI F Y, et al. Effect of electroacupuncture on key muscles on motor function re-

- covery of lower limbs in patients with incomplete spinal cord injury[J]. Rehabil Med, 2020, 30(1): 64-68, 73. (in Chinese)
- [6] 李俊滔, 杨宇华. 针刺联合功能康复早期干预对脊髓损伤患者神经功能恢复的影响[J]. 中医研究, 2019, 32(8): 45-47.
- LI J T, YANG Y H. Effect of early intervention of acupuncture combined with functional rehabilitation on neural functional recovery of patients with spinal cord injury[J]. Tradit Chin Med Res, 2019, 32(8): 45-47. (in Chinese)
- [7] 章薇, 李金香, 娄必丹, 等. 中医康复临床实践指南·不完全性截瘫[J]. 康复学报, 2021, 31(5): 358-364.
- ZHANG W, LI J X, LOU B D, et al. Clinical practice guidelines of traditional Chinese medicine rehabilitation for incomplete paraplegia [J]. Rehabil Med, 2021, 31(5): 358-364. (in Chinese)
- [8] 黄俊杰, 齐珊珊, 侯铁东. 脊髓损伤患者行高压氧结合传统康复治疗的效果观察[J]. 中国实用医药, 2020, 15(3): 185-187.
- HUANG J J, QI S S, HOU T D. Observation on the effect of hyperbaric oxygen combined with traditional rehabilitation therapy in patients with spinal cord injury [J]. China Pract Med, 2020, 15(3): 185-187. (in Chinese)
- [9] 霍飞翔, 孟纯阳. 脊髓损伤患者肺功能康复研究进展[J]. 济宁医学院学报, 2020, 43(3): 215-219.
- HUO F X, MENG C Y. Research progress of pulmonary function rehabilitation in patients with spinal cord injury [J]. J Jining Med Univ, 2020, 43(3): 215-219. (in Chinese)
- [10] 戴桥英, 王凤姣, 邹欣. 早期个性化康复训练对脊髓损伤患者运动功能、日常生活活动能力和心理情绪的影响[J]. 当代护士, 2020, 27(7): 153-155.
- DAI Q Y, WANG F J, ZOU X. Effect of early individualized rehabilitation training on motor function, activities of daily living and psychological mood of patients with spinal cord injury [J]. Today Nurse, 2020, 27(7): 153-155. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。