

DOI: 10.12209/CAIM202407200001

· 中西医结合临床案例 ·

运用雷火灸疗法改善 1 例中风急性期 气虚血瘀证患者肢体活动障碍的护理

石 学¹, 范红雪², 张元春²(1. 北京市西城区广外医院 康复科, 北京, 100032;
2. 中国中医科学院西苑医院 老年病科, 北京, 100091)

摘要: 本文总结 1 例运用雷火灸疗法改善中风急性期气虚血瘀证患者肢体活动障碍的护理体会。气虚血瘀型中风病以气虚为本, 血瘀为标, 益气活血为主要治疗原则, 中医使用“温补助阳”达到益气活血功效。本案例在常规护理基础上辨证取穴, 利用雷火灸药力峻、火力猛、渗透力较强及灸疗面广的特点为患者施治, 施治过程中通过调整施灸穴位, 补、泻手法, 施灸时间及距离来为患者进行整体性及个性化护理。经治疗, 有效改善患者肢体活动障碍症状, 值得临床借鉴。

关键词: 雷火灸; 中风; 急性期; 气虚血瘀证; 肢体活动障碍; 护理

Nursing care of improving limb movement disorders in a patient with acute stroke and qi deficiency and blood stasis syndrome using thunder fire moxibustion therapy

SHI Xue¹, FAN Hongxue², ZHANG Yuanchun²(1. Department of Rehabilitation, Guangwai Hospital in Xicheng District, Beijing, 100032;
2. Department of Geriatrics, Xiyuan Hospital Chinese Academy of Traditional Chinese Medicine, Beijing, 100091)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of using thunder fire moxibustion therapy to improve limb movement disorders in a patient with acute stroke Qi deficiency and blood stasis syndrome. Qi deficiency and blood stasis type stroke is based on Qi deficiency, with blood stasis as the standard and Qi tonifying and blood activating as the main treatment principles. Traditional Chinese medicine uses "warming and supplementing yang" to achieve the effect of Qi tonifying and blood activating. On the basis of routine nursing, this case selected acupoints based on syndrome differentiation, and used the characteristics of strong medicinal power, intense firepower, strong penetration, and wide range of moxibustion treatment to treat the patient. During the treatment process, the moxibustion acupoints, tonifying and purging techniques, moxibustion time and distance were adjusted to provide overall and personalized care for the patient. After treatment, the symptoms of limb movement disorders in patients have been effectively improved, which is worthy of clinical reference.

KEY WORDS: thunder fire moxibustion; stroke; acute phase; qi deficiency and blood stasis syndrome; physical activity disorders; nursing

急性脑梗死又名缺血性卒中, 是各种原因所致的脑内血管阻塞引起局部血液中断, 从而导致局部脑组织的区域血液供应障碍。随着全球人口的老齡化, 急性脑梗死发病率逐年递增^[1], 每年至

少有 500 万人死于脑卒中, 至少有 1500 万人患非致死性脑卒中, 患者的病死率约为 10%, 致残率在 50% 以上, 且再发率在 40% 以上, 为提高其生活质量, 必须积极开展早期康复治疗。随着临床对

收稿日期: 2024-07-20

通信作者: 范红雪, E-mail: shixue504150471@qq.com

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

中风后患者肢体活动障碍的研究,发现雷火灸可有效改善中风后肢体活动障碍^[2]。雷火灸作为一种创新型的艾灸疗法,是在古代“雷火神针”与“太乙神针”的基础上创新发展而成^[3],其气味独特、药力峻猛、渗透力较强,灸疗区域更广,相较于传统灸法优势更加明显,其温补助阳效果显著。本案例在落实常规护理的基础上,融合雷火灸疗法实施于中风急性期,力求早期干预,有效改善患者肢体活动障碍并取得较满意的结果,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,74岁,主因“右侧肢体活动不利22 h,加重16 h”于2024年6月11日由急诊收入院。现病史:患者22 h前出现右上肢轻度活动不利,未予重视,16 h前,患者症状加重,出现右下肢活动不利、站立不稳,无原因大汗,急诊查头颅CT诊断急性脑梗死,为求进一步治疗收住院。现右侧肢体活动不利及感觉减退,乏力,无头晕头疼等不适,睡眠可,二便可。既往史:高血压病史5年余,现口服硝苯地平缓释片20 mg,2次/d,血压控制平稳;吸烟史近60年,已戒酒20年余。无过敏史,否认家族遗传史及传染病史。

1.2 体格检查

入院查体:体温(T)36.3℃,心率(HR)76次/min,呼吸(R)18次/min,血压(BP)155/98 mm Hg。望诊:精神良好,神志清楚,两目乏神,面色少华,舌淡暗,舌尖胖大,舌苔白腻,舌底静脉曲张;闻诊:无咳痰,无呃逆,无特殊气味;问诊:右手麻木无感觉,乏力,二便可,睡眠可;切诊:脉沉细。

1.3 诊断

颅脑MR示急性脑梗死右侧基底节区多发慢性缺血灶,左侧颌窦炎,双侧筛窦炎症;头部CT示双侧基底节区,半卵圆中心多发腔隙性脑梗塞,脑白质慢性缺血改变,双侧上颌窦炎;头颈CTA示动脉粥样硬化,左椎动脉V1中度狭窄,左锁骨下动脉起始斑块,管腔轻中度狭窄。中医诊断:中风、中经络,气虚血瘀证;西医诊断:腔隙性脑梗死,高血压三级,细菌性肺炎,颈外动脉狭窄,下肢静脉曲张。

1.4 治疗及转归

予患者苯磺酸氨氯地平降血压,阿托伐他汀钙片降血脂,阿司匹林肠溶片、硫酸氢氯吡格雷抗

血小板聚集,甲钴胺片营养神经,丁苯酞氯化钠注射液保护神经、改善脑缺血,注射用血栓通活血化瘀对症治疗。中药予补阳还五汤加减补气化痰,温服,2次/d。予患者中医特色技术雷火灸治疗,以通经活络,1次/d,20 min/次。患者经住院治疗,肢体活动不利症状好转,已于2024年6月21日出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 八纲辨证

患者面色少华,乏力,脉沉细,舌淡暗,属阴;脉沉,病位在脑,属里;手麻木,面色少华,乏力,苔白腻,属虚;面色少华,苔白腻,属寒。

2.1.2 肌力评估

采用Lovett肌力分级法评估患者肌力,其中,0级,完全瘫;1级,肌肉可收缩,但不能产生动作;2级,肢体能在床面上移动,但不能抬起;3级,肢体能抬离床面,但不能抗阻力;4级,能做抗阻力动作,但较正常差;5级,正常肌力。每一级又可用“+”和“-”号进一步细分。如测得的肌力比某级稍强时,可在该级的右上角加“+”号,稍差时则在右上角加“-”号,以补充分级的不足。该患者Lovett肌力分级为2级。

2.1.3 日常生活能力评估

采用基本日常生活活动能力评估表(Barthel指数)评估患者日常生活能力,生活自理为100分,即日常生活活动能力良好,不需他人帮助;轻度功能障碍为61~99分,能独立完成部分日常活动,但需一定帮助;中度功能障碍为41~60分,需要极大帮助才能完成日常生活活动;重度功能障碍则评分≤40分,大部分日常生活活动不能完成或完全需人照料。本例患者Barthel指数评分为40分,属重度功能障碍。

2.1.4 跌倒风险评估

采用Morse跌倒因素评估量表(MFS)评估患者跌倒风险,评分≥45分,属于跌倒高危人群;25~44分,属中度危险人群,评分<44分,属低度危险人群。本例患者MFS分值为45分,属跌倒高危人群。

2.1.5 平衡能力评估

采用Berg平衡量表(Berg Balance Scale, BBS)评估患者平衡能力,该表共分14个项目,每项记分0~4分,总分为56分。得分小于40分,表

明跌倒风险增加,评分越高,表示平衡功能越好。本例患者入院评估为17分,属平衡功能较差。

2.1.6 中医证候评估

中医证候分级量化表共分23个项目,每项记分1~4分,最高为92分,最低23分,分数越高,说明病情越重。本例患者入院评估分为43分,舌淡暗,苔白腻,脉沉细。

2.1.7 焦虑评估

采用汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)评估患者焦虑程度,总分 ≥ 29 分,可能为严重焦虑;总分 ≥ 21 分,肯定有明显焦虑;总分 ≥ 14 分,肯定有焦虑;总分超过7分,可能有焦虑;总分小于7分,没有焦虑。本例患者评分结果为27分,肯定有明显焦虑。

2.2 护理诊断

本例患者护理诊断结果,具体如下:①躯体移动障碍与患者脑白质慢性缺血有关;②有跌倒的危险,与患者躯体移动障碍、平衡能力差有关;③患者缺乏预防复发相关知识。

2.3 护理计划

结合患者实际及护理诊断结果,制定如下护理计划:急性期,改善肢体活动功能,预防跌倒;恢复期,指导患者居家护理,预防脑梗死复发。

2.4 护理措施

2.4.1 运动指导

患者入院时评估患者四肢肌张力正常,右侧肌力2级,日常生活能力40分,协助患者日常生活,指导患者肢体功能锻炼,如双手交叉上举,双手相握、手臂伸直在胸前左右摆动,手抓握控制能力及下肢抬腿锻炼等,鼓励患者用左手从事自我照顾能力,并协助右手做被动运动。协助患者循序渐进运动,即先缓慢坐起,站立之前在床沿侧坐稳,双腿自然下垂双脚着地,搀扶患者站起,在有辅助下逐渐行走,鼓励患者经常做短时间频繁步行,每天逐渐增加步行距离。予患者全身按摩,由上到下,2次/d,15 min/次,促进血液循环。

2.4.2 预防跌倒

指导患者正确使用床栏,将呼叫器和经常使用的物品放到病人左侧手伸手可及之处,予患者粘贴跌倒标识牌,病情稳定可下床,下床活动时鼓励家属陪护。嘱患者穿舒适的衣服和防滑鞋,变换体位和行走时避免突然呼叫病人,以免分散其注意力,地面湿滑时禁止下地。指导患者平衡功能训练,具体如下:①坐位静态平衡训练:患者端

坐位,双手置于膝上,保持该姿势数秒;②站立静态平衡训练:患者站起后,松开双手,上肢垂于身体两侧并保持站位,注意站位时不能有膝过伸;③坐位自动态平衡训练:患者端坐位,慢慢地倒向一侧,让患者自己调整身体至原位,必要时给予帮助;④站立自动态平衡训练:患者能独立保持静态站位后,让患者重心逐渐移向患侧,训练患腿的持重能力,同时双手交叉的上肢伸向各个方向,并伴随躯干的相应摆动;⑤站立他动态平衡训练:患者能站稳后,将手置于患者肩胛骨或骨盆,进行一定方向的抗阻平衡训练标注^[4]。指导患者练习八段锦,益气活血,具有增强肌力,改善平衡功效^[5]。

2.4.3 饮食指导

向患者进行饮食宣教,在急性期嘱患者遵循清淡、易消化的饮食原则,随着病情好转逐渐过渡到高蛋白、高维生素及低盐低脂的饮食结构,食材多选择新鲜蔬菜、水果,避免食用油腻、生冷、辛辣等刺激性食物。患者为气虚血瘀证,可食用活血化瘀的食物,如黑木耳、山楂等。患者脾虚还可食用山药、薏仁及白扁豆等。遵医嘱服用中药汤剂,即四君子汤、八珍汤等。

2.4.4 情志护理

重视患者及家属的健康需要,介绍疾病发生与转归,树立康复信心。转移患者注意力,多与患者聊一些年轻时快乐的往事。指导患者于每日17:00~19:00听音乐,30 min/次,选取代表曲目《江南丝竹乐》《江南好》及《月儿高》等。

2.4.5 雷火灸

中风病病位在脑,与心肝脾肾相关,病机为气虚血瘀,气虚为本,血瘀为标,由于气虚不能推动血行,因虚至瘀,闭塞脑络,神明失用,而至“气虚血瘀”之证。雷火灸产生的温热效应及高药物浓度能够渗透到组织深部,起到调节微循环、通调经络和循经感传的作用。本例患者舌尖胖大,苔白腻,舌下静脉怒张,取穴风池、大椎、肩井、曲池、间使及足三里。施灸方法:距离皮肤5公分,补法,旋转六次算一壮,每个穴位采用小旋转法顺时针灸8壮,每壮之间用手摸一次施灸部位,每3 min吹一次灰,1次/d,以部位轻微发红或发热为宜,说明补法得气,每个穴位3 min左右。患者感受全身温热感,手部从无感知觉到有触碰感。

6月14日,患者舌尖淡胖情况较前略有缓解,故雷火灸施灸方法改为平补平泻,在原来穴位基础上增加百会穴,称为“中风七穴”^[6],距离皮肤3

公分,小旋转法顺逆结合灸5壮,1次/d,患者感受四肢有力,乏力减轻。6月18日,患者舌下起溃疡,雷火灸改为泻法,采用“足趾十指冲泻法”,足趾十指末端前侧面,距离皮肤2公分,用雀啄法,得气后为一壮,以皮肤出现红晕或皮温急剧增加,有刺痛感为得气。患者舌下溃疡面疼痛减轻。6月19日,取用“中风七穴”加足趾十指末端以温促通,引火下行,采用补泻相济法,距离皮肤5公分,小旋转法顺逆结合灸5壮,1次/d,患者感受四肢有力,活动自如。6月21日,经过3d雷火灸补泻相济法治疗,患者舌下溃疡好转,舌底静脉怒张好转,遵医嘱出院。

2.5 效果评价

患者入院时右侧肌力2级,日常生活能力40分,日常生活明依赖他人,跌倒评分45分,平衡功能评分17分,中医证候分级量化表评分为43分,舌淡暗,苔白腻,脉沉细。患者出院时右侧肌力5级,日常生活能力100分,生活完全自理,跌倒危险评估35分,住院期间未发生跌倒,平衡功能评分55分,中医证候分级量化表评分为24分,舌淡红,苔薄白,脉沉细,患者肢体功能完全康复,已完全了解中风相关知识。

3 结果及随访

依据中医传统理论,对辨证为气虚血瘀证的中风患者施以益气活血中医护理方案后,该患者日常生活完全自理,血压控制良好,肢体活动自如,对干预效果满意,已顺利出院。病人出院时,做好出院宣教,于患者出院后7d予电话随访,病人按时服药,血压血糖正常,无任何不适,嘱患者定期复查。

4 讨论

气虚血瘀证中风病位主要在脑,病机以气虚为本,血瘀为标。八纲辨证结果为阴、虚、寒、里,中医认为“阴病阳治”,温补助阳治法可补虚,驱寒,具有益气活血之功。艾灸温热刺激,能振奋阳气,增强机体阳化气,艾灸之温补即以温达补,补气以活血。《黄帝内经》有云:“药之不及,针之不到,必须灸之”,可见灸法有着极其重要临床作用,而相较于普通艾灸,雷火灸又具有独特的优势^[7],具体如下。在燃烧温度方面,雷火灸燃烧温度可达到240℃,热力更高、渗透性更强;在治疗区域方面,雷火灸燃烧时可形成“人体面(病灶周围)—

位(病灶位)—穴”的高浓药治疗区域,灸疗区域更为广泛;在材料制作方面,雷火灸在艾绒基础上添加辨证配伍的中药材成分,疗效更佳;在治疗操作方面,具有操作简单无痛、不良反应少且患者易于接受等优点。

“中风七穴”有百会、风池、大椎、肩井、曲池、间使及足三里,其中百会是“手足三阳和督脉之会”,可升清举陷,醒脑开窍;大椎穴为“诸阳之会”,有疏风通络、醒脑强壮作用;足三里是胃经的合穴,足阳明胃经为多气多血之经,艾灸足三里能够益气养血;风池平肝潜阳,安神醒脑;曲池又名鬼臣,调和经脉,疏通气血;肩井、间使,可舒筋活络,具有良好改善活动障碍功效。诸穴配伍,共奏助阳以益气活血、开窍醒神之功。本案例根据患者的年龄、舌象、八纲辨证和辨证分型,调整施灸手法。入院第1天,因患者舌尖胖大,气虚严重,又属74岁高龄,故雷火灸施灸采用补法,以尽快补气;3d后,患者口唇微红,舌尖胖大情况有所减轻,舌面津液不足,为避免出现上火现象,施灸手法改为平补平泻;后患者舌下起溃疡,故施灸手法采用泻法;经治疗,患者舌质淡红,苔薄白,虚实兼有,故施灸手法改为补泻相济。中风急性期发病3d内,患者病情不稳定,体质虚弱,且有高血压病史,故此期间避免用百会穴。

近年来文献报道,艾灸可减轻神经功能缺损,控制中风病危险因素,降低复发风险,改善中风患者生活质量等^[8-9]。近年来,雷火灸疗法临床应用报道逐年增加,但是独立应用的病例较少,都是结合中药、针刺等其他疗法居多,故今后将会加大对雷火灸独立应用于相关疾病的研究,逐渐从“从属地位”向“独特地位”转变。本研究只证实温补助阳法的治疗效果,但并没有揭示它的作用机制,且观察证型单一,样本量较少,不能很好地反映急性中风后肢体活动障碍患者群体的整体现状,希望后续可进一步开展多中心、大样本研究,揭示治疗方法的作用机制^[10]。

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] 彭筱宁,单中人,矫非桐.脑梗死偏瘫患者全程护理的研究进展[J].吉林医药学院学报,2023,44(2):147-149.

- PENG X N, SHAN Z R, JIAO F T. Research progress of full nursing care for cerebral infarction patients with hemiplegia[J]. J Jilin Med Univ, 2023, 44(2): 147-149. (in Chinese)
- [2] 马娜. 雷火灸对中风后偏瘫患侧肢体功能、肌力和平衡能力的影响[J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19(18): 125-128.
- MA N. Effect of thunder-fire moxibustion on limb function, muscle strength and balance ability of affected side in patients with post-stroke hemiplegia [J]. Chin Med Mod Distance Educ China, 2021, 19 (18): 125-128. (in Chinese)
- [3] 苏强, 徐瑞瑞, 于若凡, 等. 雷火灸治疗脑卒中后并发症研究进展[J]. 河南中医, 2024, 44(5): 764-770.
- SU Q, XU R R, YU R F, et al. Research progress of thunder-fire moxibustion in the treatment of post-stroke complications [J]. Henan Tradit Chin Med, 2024, 44(5): 764-770. (in Chinese)
- [4] 王志东. 针灸联合动静平衡康复训练对中风后偏瘫患者肌肉痉挛程度、肢体运动功能及日常生活活动能力的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2022 (19):24-27.
- WANG Z D. Effects of acupuncture and moxibustion combined with static and static balance rehabilitation training on muscle spasm degree, limb motor function and activities of daily living in patients with hemiplegia after stroke [J]. Reflexology and Rehabilitation Medicine, 2022(19):24-27. (in Chinese)
- [5] 刘婷. 八段锦联合康复锻炼对中风病患者平衡功能影响的研究[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2020, 20(64): 304-305.
- LIU T. Study on the influence of Baduanjin combined rehabilitation Exercise on balance function of stroke patients [J]. World Latest Medical Information Abstracts (Continuous electronic journal), 2020, 20(64): 304-305. (in Chinese)
- [6] 张爱华, 赵俊英, 孙继飞, 等. 艾灸治疗急性中风研究进展[J]. 中医临床研究, 2019, 11(33): 101-103.
- ZHANG A H, ZHAO J Y, SUN J F, et al. Research progress of moxibustion in the treatment of acute stroke [J]. Clin J Chin Med, 2019, 11(33): 101-103. (in Chinese)
- [7] 刘磊, 王灵. 雷火灸疗法的临床应用研究进展[J]. 智慧健康, 2021, 7(2): 45-47, 52.
- LIU L, WANG L. The research progress in clinical application of thunder fire moxibustion therapy [J]. Smart Healthc, 2021, 7(2): 45-47, 52. (in Chinese)
- [8] 冒伟蕾, 蔡卫红, 张菊莲. 雷火灸对中风后偏瘫患者患侧肢体功能、肌力和平衡能力的影响[J]. 中外医疗, 2023, 42(35): 139-142.
- MAO W L, CAI W H, ZHANG J L. Effects of thunder fire moxibustion on the function, muscle strength and balance of the affected side of the limb in patients with hemiplegia after stroke [J]. China Foreign Med Treat, 2023, 42(35): 139-142. (in Chinese)
- [9] 杨政坤, 黄旭辉, 吴永睿, 等. 手工雷火灸结合穴位按摩对中风病恢复期患者ADL能力的影响[J]. 光明中医, 2019, 34(12): 1881-1883.
- YANG Z K, HUANG X H, WU Y R, et al. Effect of manual thunder-fire moxibustion combined with acupoint massage on ADL ability in convalescent apoplexy patients [J]. Guangming J Chin Med, 2019, 34(12): 1881-1883. (in Chinese)
- [10] 金玉, 王非, 张京兰, 等. 针刺华佗夹脊穴联合雷火灸治疗中风后偏瘫的疗效及对血清神经元特异性烯醇化酶和S100 β 蛋白水平的影响[J]. 安徽医药, 2024, 28(2): 309-313.
- JIN Y, WANG F, ZHANG J L, et al. Therapeutic effect of acupuncture at Huatuo Jiaji point combined with thunder-fire moxibustion on post-stroke hemiplegia and its influence on serum NSE and S100 β protein levels [J]. Anhui Med Pharm J, 2024, 28 (2): 309-313. (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。