

DOI: 10.12209/CAIM202501130002

· 中西医结合临床案例 ·

虎符铜砭刮痧技术治疗 1 例脊髓损伤后 双下肢麻木患者的护理体会

李 甜, 刘 静

(北京中医药大学东方医院枣庄医院 枣庄市中医医院 心脑血管科, 山东 枣庄, 277100)

摘要: 本文探讨虎符铜砭刮痧技术治疗 1 例脊髓损伤后双下肢麻木患者的护理经验体会, 主要包括虎符铜砭刮痧的方法及注意事项, 生活指导、康复指导及心理干预等护理配合, 通过症状体征辨证选取有针对性的经络及穴位, 有效缓解患者症状, 提高患者生活质量。

关键词: 脊髓损伤; 虎符铜砭刮痧; 双下肢麻木

Nursing experience of Hufu copper needle scraping technique in the treatment of a patient with numbness of both lower limbs after spinal cord injury

LI Tian, LIU Jing

(Department of Cardio Cerebral Diseases, Zaozhuang hospital Dongfang Hospital Beijing University of
Chinese Medicine, Zaozhuang, Shandong, 277100)

ABSTRACT: This paper discusses the nursing experience of Hufu copper needle scraping technique in the treatment of a patient with numbness of both lower limbs after spinal cord injury, mainly including the methods and precautions of Hufu copper needle scraping, life guidance, rehabilitation guidance, psychological intervention and other nursing cooperation, selecting targeted meridians and acupoints through the differentiation of symptoms and signs, effectively alleviating patients' symptoms and improving patients' quality of life.

KEY WORDS: spinal cord injury; Hufu copper needle scraping; numbness of both lower limbs

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。刮痧疗法就是利用一定工具,在人体某一部位的皮肤上进行刮摩,使皮肤上发红充血,呈现一块或一片片的紫红色的斑点为止,以达到预防疾病和治疗疾病的目的,刮痧疗法作为中医外治法的重要组成部分,以经络、脏腑理论为指导,具有舒筋通络、调和营卫、调整脏腑功能之功效^[3]。本科室收治的 1 例脊髓损伤患者,通过综合虎符铜砭刮痧技术联合康复、针灸治疗,

可借助助行器独立行走,双下肢麻木及疼痛感觉较前有明显改善,现将护理经验总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,32岁,摔伤致双下肢行走不利2年余,于2024年3月30日入院。入院症见:辅助下步入病房,双下肢活动不利,无明显腰背部疼痛,足踝下麻木感明显,左手中指近指骨间关节活动时疼痛,无明显红肿。纳眠可,二便费力。2021年7月28日外伤伤及腰背部,感疼痛,双下肢疼痛伴活动受限,120送至当地医院,急诊行X线示“腰1锥体压缩骨折,腰椎CT示胸12椎体后下缘骨折”,急诊下行腰椎骨折切开复位椎管减压内固定术,术后予常规治疗并行高压氧治疗促进神经

收稿日期:2025-01-13

通信作者:刘静, E-mail: 2605477696@qq.com

OPEN ACCESS

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

功能恢复,指导患者功能锻炼,症状好转后出院。因不完全性瘫痪,脊髓损伤后遗症^[4],为求进一步中西医结合治疗于2024年3月30日收入院,因病程长治疗效果慢,患者情绪较焦虑。

1.2 查体

发育正常,营养良好,正常面容,表情自如,体型匀称,自动体位,神志清楚,精神良好,语言正常,查体合作。双下肢肌张力正常,髂腰肌肌力5-级,股四头肌肌力5-级,股二头肌肌力3-级,颈前肌肌力1级,双足踝背肌力双侧1级,双足趾屈肌力1级,双侧膝反射未引出,双巴氏征(-),双霍夫曼征(-)。患者语声有力,面色正常,形体适中,气息均匀,近身未闻及特殊气味,双下肢独立行走不能,舌质淡红,苔薄白,脉和缓。

1.3 诊断

中医诊断:气血瘀阻证;辨证依据:该患者不慎从高处摔落,外伤导致骨断筋离,血溢脉外,筋脉气机不畅,“气为血之帅”,气滞则血难行,遂致血瘀,气血壅遏,血瘀内停,心血不达,筋脉失养则拘急不利,舌脉俱为佐证。西医诊断:脊髓损伤后遗症、腰椎骨折术后(L1)、陈旧性胸骨骨折(T12)。

1.4 治疗

基于中医理论基础施以情志护理、生活方式健康指导、虎符铜砭刮痧、足浴、中药普通饮片、针灸、红外线、截瘫肢体综合训练及低频脉冲电治疗等。经治疗,患者已于2024年9月21日好转出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 肢体麻木分级评估

肢体麻木分级评估标准^[5],具体如下:0级:没有麻木感,感觉正常;1级:轻微麻木,仅在特定刺激下能感受到;2级:中度麻木,感觉减弱但能感受到刺激;3级:明显麻木,感觉明显减弱,刺激需要更强烈才能感受到;4级:严重麻木,只有强烈刺激才能感受到,常伴有疼痛感;5级:完全麻木,无法感受到任何刺激。本例患者麻木分级为3级。

2.1.2 焦虑评估

焦虑自评量表(SAS)中,SAS≤50分正常或者没有焦虑;50~60分轻度焦虑;60~70分中度焦虑;SAS>70分重度焦虑。本例患者评分为70分,属中度焦虑。

2.1.3 排便排尿障碍评估

排尿障碍:一级:为轻度功能障碍,排尿功能受损,但仍然能够自主排尿且排尿量正常,可能会出现排尿困难、尿频、尿急等症状;二级:为中度功能障碍,排尿功能明显受损,需要借助辅助手段才能完成排尿。该患者排尿障碍为一级。排便障碍:记录每周的排便次数,通常分为以下几个级别:-0:无排便;-1:小于1次;-2:1~2次;-3:3~4次。该患者排便障碍为-3。

2.2 护理诊断

躯体移动性障碍与肢体活动障碍有关;焦虑与缺乏自理能力,担心预后有关;排便障碍、排尿障碍与脊髓损伤有关。

2.3 护理计划

向患者及家属讲解疾病的相关知识,降低SAS评分;减轻患者排便及排尿障碍;改善双下肢麻木症状,提高患者活动能力。

2.4 护理措施

2.4.1 常规护理

患者双下肢麻木,嘱患者保持正确的姿势,使肢体处于功能位,指导患者每天坚持根据病情进行主动与被动运动,如下肢伸展运动、膝盖上下运动等,以促进血液循环,放松肌肉。避免过劳、避免久坐及久站。

2.4.2 情志护理

①良好护患关系是心理护理的基础,平时多与患者沟通,及时了解患者心理状况,进行有效针对性指导,取得患者的信任。向患者介绍本病的相关知识,使患者能够了解并逐步接受自己的病情。告知患者良好的心理状态有利于更好地配合康复治疗,提高康复效果,同时要告知患者坚持的重要性,平时要多鼓励患者,对于患者的每一点进步要给予及时肯定,增强患者战胜疾病的信心,减轻焦虑。②与家属做好沟通,使其重视患者感受,满足患者心理需求,多陪伴患者,使患者始终感受到家庭给予的温暖,消除患者孤独感^[6]。③利用五音入脏的方法,气虚血瘀对应的五脏为心和肺,属心的音阶为徵音,最佳的曲目是《紫竹调》,属肺的音阶为商音,最佳曲目《阳春白雪》长清,以调和情志、调理脏腑、平衡阴阳,达到动荡血脉、通畅精神和心脉的作用^[7]。

2.4.3 生活方式指导

①做好皮肤的护理,告知患者及家属要保持皮肤清洁干燥,及时更换干净的衣物和床单。注

意清洗皮肤褶皱处,如腋窝、腹股沟等。②合理的饮食对于脊髓损伤患者的康复至关重要。首先患者应摄入富含蛋白质、维生素和矿物质的食物,如瘦肉、鱼类、蛋类、新鲜蔬菜和水果等;其次,要注意饮食的易消化性。由于患者活动量减少,胃肠蠕动减慢,容易出现便秘等问题。因此,应选择易消化的食物,如米粥、面条、蒸蛋等,要控制饮水量,避免暴饮暴食,加重胃肠负担。③患者出现排尿和排便功能障碍,可给予改变体位,听流水声,用温水冲洗会阴部使患者产生尿意,进而排尿。嘱患者保证充足的饮水量,每天饮水量 ≥ 2000 mL,以预防尿路感染。大便费力时指导患者调整饮食、腹部按摩等方法促进排便,便秘严重可使用开塞露等药物辅助排便,必要时遵医嘱予灌肠。同时,要注意保持肛门周围的清洁,用湿纸擦拭肛周,预防感染。④患者通常表现出低水平的心肺功能,超过2周的有氧运动干预可明显提高SCI患者的峰值摄氧量和峰值功率输出,与其心肺功能明显改善密切相关^[8]。建议每周进行2次中度至剧烈强度的有氧运动,20 min/次以上。

2.4.4 中医护理技术

2.4.4.1 中药足浴

每晚睡前进行中药足浴,不仅可疏通经络,缓解肌肉疲劳,促进末梢血液循环,改善症状。还可改善睡眠。足浴时水温不宜过高,以40℃左右为宜,时间以20~30 min为宜,避免烫伤。

2.4.4.2 中药普通饮片

中药自拟方加减,1剂/d,水煎服,共5付,200 mL/付,2次/d,煎服。方中黄芪、太子参补气,丹参活血,陈皮理气,醋乌梅、麦冬、焦山楂滋阴消食,决明子润肠通便,川穹祛风,桑葚补肾,甘草调和诸药。为避免胃部不适,宜饭后服用;服药温度宜选择温服;既可保护脾胃之阳气,又可减轻某些药物的不良反应。

2.4.4.3 虎符铜砭刮痧

参照《经穴名称与定位:GB/T12346—2021》^[9],正常情况下为该患者刮痧频率为1次/周,20~30 min/次。刮痧部位督脉、膀胱经、足少阳胆经、足厥阴肝经、足阳明胃经、足太阴脾经,进行轮流刮拭。使患者取舒适体位,暴露刮痧部位注意保暖,用毛巾进行皮肤清洁,将少量刮痧油涂于铜砭刮痧板上轻轻拨开卫气,至皮肤微微发红。首开四穴即大椎、大杼、神堂、膏肓,运用徐而和的手法沿经络部位自上向下,向同一方向刮拭从而

使刮板造气,层层推进透皮入骨,入血肉,入脏腑使局部皮肤出痧或无痧,引邪出表。注意以病人能耐受为度,不可强行出痧。两次刮痧治疗时间需间隔7 d,以皮肤痧退为宜,5次为一疗程。注意事项:操作过程中应保持刮痧板的湿润,刮拭数次后操作者感觉涩滞时要及时蘸取刮痧油再刮拭,直至局部皮肤在同一力度反复刮拭不再继续出现红色或者紫红色痧痕为止刮痧结束后。饮食宜清淡易消化,忌食生冷寒凉油腻之品,出痧后4 h内不宜洗冷水澡,忌吹对流风,多喝温开水有利于毒素的排出,刮痧后不宜同时进行灸法治疗;长期下焦不通如便秘慎刮腹部穴位防止气逆上行,导致心肺功能衰竭;身体虚弱正气不足者,不适合给别人刮痧,饱腹、饥饿不宜刮痧。注意观察患者局部皮肤及病情变化,询问患者有无不适及时调整力度,如果出现面色发白、出冷汗、皮肤损伤、晕厥等情况立即停止操作。

3 结果和随访

患者经过102 d的铜砭刮痧联合康复治疗护理,足踝下麻木感明显减轻,各关节肌力、痛觉也较入院时有明显的提升。住院期间,患者无明显焦虑,没有出现明显情绪波动,可正常沟通,患者排便及排尿障碍有一定改善,未再加重。患者及家属对住院期间的治疗配合度较高,治疗效果满意。患者出院后第3天、第7天及第14天给予随访,询问患者家属有无不适症状,定期复查,患者家属表示无不适症状,定期复查,予患者及家属生活、康复指导。

4 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。督脉循行路线:大椎—陶道—身柱—神道—灵台—至阳—筋缩—中枢—脊中—悬枢—命门—腰阳关—腰俞—长强^[9],督脉穴主治神志病,热病,腰骶、背、头项局部病症及相应的内脏疾病,如颈项强痛、角弓反张等症。督脉督一身之阳气,只要阳气衰弱都可以在督脉上找到合适的穴位进行治疗。膀胱经是十四经络中最长的一条经脉,也是穴位最多的一条经脉,是人体最大的排毒通道,具有排毒功能,也可以治疗眼部疾病、腿部疾病及后背脊椎问题。

痧是渗出于血脉之外的含有体内毒素的血液。正确地刮痧并不会损伤血管,因为“痧”是从最细小的有微循环障碍的部位的微血管中被挤压出来的。微循环是指微动脉与微静脉之间的血液循环,也包括淋巴液和组织液间的循环。当脏腑功能障碍、代谢产物滞留、免疫机能异常、炎症与结缔组织病变均会造成微循环障碍。微循环障碍是亚健康 and 疾病形成的重要原因。微循环障碍的部位体内毒素积聚,血液流动速度明显减慢,血管腔扩张、通透性紊乱。刮痧时刮板向下的压力会使含有体内的毒素的血液从通透性紊乱的毛细血管渗出脉外。刮拭后血管瞬间收缩反应,出“痧”会立即停止。这些含有体内毒素的离经之血即是“痧”。现代医学认为刮痧可扩张血管,增加汗腺分泌、排泄,促进血液循环、淋巴液及组织间液的循环,增加组织细胞供氧,促进激肽、5-羟色胺与P物质等致病物的排泄和分解,解除了肌肉痉挛和疼痛,促进细胞再生和活化^[10],加强新陈代谢。刮痧排毒还可激发各脏腑器官的自我排毒机能,畅通各种排毒的渠道,使机体的各种代谢产物通过呼吸、汗液、大小便等形式排出体外。此病通过中西医结合的治疗方法,即虎符铜砭刮痧、足浴与中药普通饮片等治疗,效果良好,可供临床推广。

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] 甘灵玲,王海松,李杰. 中医干预脑卒中高危因素临床研究[J]. 当代医学, 2018, 24(36): 64-66.
GAN L L, WANG H S, LI J. Clinical study on TCM Intervention in high risk factors of stroke[J]. Contemp Med, 2018, 24(36): 64-66. (in Chinese)
- [4] 刘宁,刘雨泉,祝斌,等. 脊髓损伤神经学分类国际标准国内应用情况的文献计量学研究[J]. 中国康复理论与实践, 2023, 29(7): 808-815.
LIU N, LIU Y Q, ZHU B, et al. Application of international standards for neurological classification of spinal cord injury in China: a bibliometrics re-analysis[J]. Chin J Rehabil Theory Pract, 2023, 29(7): 808-815. (in Chinese)
- [5] 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(上旬刊), 2020, 27(7): 153-155.
DAI Q Y, WANG F J, ZOU X. Effect of early individualized rehabilitation training on motor function, activity of daily living and psychological emotion of patients with spinal cord injury[J]. Today Nurse, 2020, 27(7): 153-155. (in Chinese)
- [6] 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)
- [7] 孔垂成. 中医现代刮痧教程[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2001.
- [8] 王学乾,王东利,王蕊. 火针针刺“尿三针”治疗脊髓损伤神经源性膀胱的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2023, 39(6): 39-43.
WANG X Q, WANG D L, WANG R. Clinical study of fire needling ‘urine three-acupoint’ in treatment of NB after SCI[J]. J Clin Acupunct Moxibustion, 2023, 39(6): 39-43. (in Chinese)
- [9] HUANG Z H, XUAN X, LIU S, et al. A systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of traditional Chinese medicine in the treatment of rhinosinusitis[J]. Medicine (Baltimore), 2024, 103(48): e40192.
- [10] BERNARD R M, OÑA A, SEIJAS V, et al. Digital health utilization in spinal cord injury: a descriptive study of a population-based prospective cohort[J]. Am J Phys Med Rehabil, 2024, 103(11S Suppl 3): S327-S332.

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。