

肌痉挛治疗仪联合针刺治疗中风后肌痉挛的康复护理

张永梅¹, 刘万宏²

1. 万全县中医院内三科, 河北 张家口 076250; 2. 万全县中医院理疗科, 河北 张家口 076250

摘要: **目的** 探讨应用肌痉挛治疗仪联合针刺治疗中风后肌痉挛的康复护理效果。**方法** 将 2012 年 1 月至 2014 年 6 月 180 例脑中风后肌痉挛患者按入院次序平均分为治疗组和对照组, 各 90 例。两组均采用常规治疗和护理, 治疗组在此基础上给予肌痉挛治疗仪、针刺和肢体功能训练等康复护理, 两组患者在治疗护理后进行修改的 Ashworth 评分和 SIAS 积分评定。**结果** 治疗组上肢总有效率为 91.1%, 下肢总有效率为 93.3%, 均高于对照组的 65.6%、68.9% (P 均 < 0.01)。治疗后两组 SIAS 积分均有明显改善, 且治疗组积分高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 应用肌痉挛治疗仪、针刺结合肢体功能训练等康复护理可以明显改善中风后肌痉挛患者的肢体痉挛状态, 有助于瘫痪肢体功能的康复。

关键词: 中风; 肌痉挛; 治疗仪; 针刺; 康复护理

中图分类号: R 473.74 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)06-0820-04

中风后肢体痉挛是指中风后以大脑皮层为主的高级中枢对随意性运动的调控丧失或减弱, 导致低级中枢的脊髓反射亢进, 引起以抗重力肌紧张为主的肌痉挛, 出现异常运动模式。临床上称为“硬瘫”, 据报道 80%~90% 中风患者有不同程度的痉挛^[1], 严重影响肢体的功能康复, 降低患者日常生活自理能力, 故寻求强有效的治疗及护理方法至关重要。我院采用肌痉挛治疗仪加针刺治疗, 并配合综合康复护理, 取得良好效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 180 例均为我院内科 2012 年 1 月至 2014 年 6 月中风后肌痉挛住院患者, 按入院次序平均分为两组。治疗组 90 例, 男 46 例, 女 44 例, 平均年龄 65.4 岁, 平均病程 8.2 个月; 其中脑栓塞 61 例, 脑出血 29 例; 肢体肌力根据 MRC 肌力分级标准评定^[2]: 1 级 24 例, 2 级 43 例, 3 级 23 例。对照组 90 例, 男 43 例, 女 47 例, 平均年龄 65.0 岁, 平均病程 7.8 个月; 其中脑栓塞 56 例, 脑出血 34 例; 肢体肌力 MRC 分级: 1 级 25 例, 2 级 42 例, 3 级 23 例。两组患者年龄、性别、病程和肢体肌力分级比较差异均无统计学意义 (P 均 > 0.05), 具有可比性。

1.2 诊断标准 中风诊断参照中华人民共和国中医药行业标准, 符合《中医病证诊断疗效标准》中风症的诊断标准。具体的脑梗死、脑出血等西医分类诊断标准参照 2005 年中国卫生部疾病控制司、中华医学

会神经病学分会制定的《中国脑血管病防治指南(试行)》^[3] 进行诊断。经 CT 或 MRI 确诊。肢体痉挛用修改的 Ashworth 评定瘫痪肢体肌张力 > 0 级。

1.3 治疗方法 对照组给予神经内科常规治疗和护理。脑出血给予止血、降颅压及营养脑细胞对症治疗; 脑梗死给予抗血小板凝集, 降颅压, 清除氧自由基, 营养脑细胞等对症治疗。常规护理包括密切观察生命体征和病情变化, 做好基础护理、营养支持、健康宣教, 防压疮及坠积性肺炎等并发症。治疗组在对照组的基础上给予针刺、痉挛肌治疗仪治疗及综合康复护理。

1.3.1 针刺治疗 采用醒脑开窍针刺法及电针刺刺激法。醒脑开窍针刺法: (1) 取穴: 内关、人中、三阴交、风池、天柱、完骨, 均取双侧。(2) 手法: 患者取仰卧位, 穴位常规消毒, 先刺双侧内关, 施捻转提插泻法, 施术 1 min。继刺人中, 向上斜刺 0.5 寸, 用重雀啄手法至眼球湿润为度。再针三阴交, 行提插手法, 以足部抽动 3 次为度。风池向同侧眼球方向刺入 1 寸, 天柱、完骨直刺 0.5~1 寸, 行捻转补法 1 min。每日 1 次, 每次留针 30 min, 10 d 为 1 个疗程, 疗程间隔 3 d。一般 2~3 个疗程。

电针刺刺激法: (1) 取穴: 上肢痉挛性瘫取上肢屈肌侧极泉、天府、下天泉 (位于天泉下方, 天府与青灵的连线上, 肱二头肌肌腹中点处)、青灵, 上肢伸肌侧排刺: 以肩三针为起点, 向下依次排列针刺, 间距 3 寸, 共 9 针, 曲池、手三里、合谷、后溪。下肢伸肌侧四强、内血海、外血海、足三里、照海, 下肢屈肌侧曲泉、阴陵泉、解溪、申脉、八风。(2) 手法: 极泉直刺 1.5 寸, 行提插手法, 以肘或腕指关节出现伸性抽动

3 次为度,不留针。合谷透后溪、后溪透合谷,直刺 1.5 寸,捻转提插手法,以手指肌痉挛状态得到即刻缓解为度。内血海穴向内侧斜刺 1.5 寸,捻转提插泻法,足三里、阴陵泉、悬钟直刺 1.5 寸,施以捻转补法。解溪直刺 1 寸、申脉、照海八风直刺 0.3 寸,余穴直刺 1.5 寸,行捻转提插平补平泻手法。电针:采用华谊牌 G6805-2A 型低频脉冲电刺激仪,选用连续波,电极分别夹于肩髃、曲池;曲泉、解溪针柄上,时间 20 min,后电极夹于青灵、下天泉;内血海、足三里针柄上,时间 10 min。10 d 为 1 个疗程,一般 2~3 个疗程。

1.3.2 肌痉挛治疗仪 采用江苏科健公司出产的 KJ-9100A 型肌痉挛治疗仪。首先按治疗部位面积大小选择适合的电极片,插好电源,将选配的绒布套浸湿后套在电极上。将 A 路输出的两个电极片安放在上下肢痉挛肌的两端肌腱处,再将 B 路的电极安放在它的对抗肌的两端的肌腹处,绑带固定后开机,选择 $T=1.0\text{ s}$ 、 $T1=0.1\text{ s}$ 、 $TA=0.3\text{ ms}$ 、 $TB=0.3\text{ ms}$ 、 $\text{Time}=20\text{ min}$,然后启动机器,调节电流,以患者能够忍受为度。10 次为 1 个疗程,疗程间隔 3 d。

1.3.3 康复护理 (1)心理护理:因中风病是一种高致残性疾病,故中风发病之后,患者不同程度地出现自卑、急躁、焦虑、紧张、恐惧、抑郁、悲观、绝望、孤独、无助感等,尤其当肢体出现肌痉挛之后,上述情志活动明显增加。护理工作的首要任务就是充分、全面掌握患者心态,制定个体化心理护理方案。包括讲解康复成功案例,以减轻自卑感;通知患者家属及亲友探望,消除孤独、无助感;介绍病程,克服急躁情绪;介绍病友,促进经验交流,增强康复信心;同时做到与患者谈心 3~5 d 1 次;每天定时督促患者功能训练,并保证训练量和时间。10 d 进行 1 次心理护理效果评定,并根据评定结果调整护理方案,每年优化 1 次护理方案。(2)饮食调护:严格限制食盐的摄入量,必须控制在 2~5 g/d,少食咸菜、酱菜、腐乳、咸蛋等食品。清淡饮食,禁食辛辣、煎炒、生冷食品及烟酒,少食甜食、动物油、鱼虾、禽肉、蛋清、脱脂奶粉。多食荞麦片、牛奶、大枣、山楂、黑木耳、萝卜、紫茄、油菜、薯类、凤梨、杏、杨梅。根据患者个体差异,肝阳偏亢,烦躁头痛者饮用菊花茶、莲子粥、多吃苹果。气滞血瘀,抑郁悲观者饮用橘皮水、柠檬汁,食用葡萄、蘑菇等。肝肾不足,头晕心悸者食用枸杞子、黑芝麻。(3)体位护理:当患者处于仰卧位时,要在患侧的肩、肘部垫软枕,手指配带分指板,使患侧上肢处于外旋稍外展,掌心向上位,髌下、脘部垫软枕,足穿矫正鞋(一种固定于三角形木架的鞋),使下肢处于功能位。当患侧卧

位时,躯干略为后仰,背后和头部放一枕头固定,并使患者患肩朝前,患侧上肢前伸,与躯干的角度不小于 90° ,手指分开,掌心朝上;患腿在后,臀部伸直,膝关节略为弯曲,健腿在前,保持踏步步态置于枕上。取健侧卧位时,躯干略为前倾,患肩及上肢向前伸直置于胸前的枕上,和躯干呈 100° ;患腿自然屈曲于身体前另一枕上,不论患侧卧位还是健侧卧位,踝关节均要保持背屈。为预防和减少患者的挛缩和痉挛,必须采用正确合理的姿态、站立方式,包括患者坐位、卧床和站立时维持身体的对线。站立训练时,应用站立床可令患者长时间处于直立姿势,为髋、膝、踝关节提供支持,是一种科学的训练方法,可每天 20~30 min。(4)功能锻炼:包括一般性训练和针对性训练,主动训练和被动训练。一般性功能训练按照中风偏瘫的训练方法进行有序训练。在这些训练的同时,强化对痉挛肌群的牵伸训练。训练准备:在痉挛肌群的牵伸训练前,首先要进行患侧上下肢体的松弛按摩和关节活动,以防训练时造成肌肉、关节的损伤。上肢肌群牵伸训练法:主要是屈曲肌群。肩内收肌群:患者仰卧位,肩外展,屈肘 90° ,护士或家属一手托住肱骨远端,另一手固定于肩胛骨的腋侧缘,使肩部牵伸至外展的最大范围。可促进肩外展的功能。屈肘肌群:患者仰卧位,上肢略外展,外旋,手掌向上,护士或家属一手握住肱骨远端下方,另一手握住前臂远端掌侧,对抗挛缩牵伸。前臂旋后肌群:患者仰卧位或坐位,屈肘 90° ,左手固定上臂下端,右手握住前臂远端掌侧,作旋后牵伸活动。屈腕肌群:患者仰卧位或坐位,护士或家属一手握住前臂远端,另一手握住患手,做腕伸牵拉。屈指肌群:患者仰卧位或坐位,护士或家属一手固定前臂远端,另一手将患手五指完全伸直。下肢肌群牵伸训练法:主要是伸肌肌群。伸髋肌群:屈膝屈髋训练。护士或家属一手扶住患膝,另一手扶患足,被动屈曲髋关节和膝关节至最大范围。伸膝肌群:患者俯卧,护士或家属一手放于患者患侧臀部,另一手握住踝前部,使膝关节屈曲至最大范围。足背伸肌群、足外翻肌群:护士或家属一手握住患者的踝部,自足跟向后、向下加压,另一只手抬起脚趾使之背屈且保持足外翻位,当被动踝背屈抵抗逐渐消失后,要求患者主动保持该姿势。上述每种手法均持续牵伸 30~60 s,间歇 30 s,重复 3~4 次,总时间 20~30 min,每日 1 次。

1.4 观察指标 疗程结束后进行肢体痉挛程度及日常生活能力评定,肢体痉挛程度采用修改的 Ashworth 评分法^[4]进行评定,日常生活能力采用脑卒中功能障碍评价表(SIAS)^[4]进行积分评定。积分分值 =

(治疗后分值-治疗前分值)/治疗前分值 × 100%。

1.5 疗效标准 基本痊愈: Ashworth 评级恢复至 0 级; SIAS 积分分值 ≥ 80%。显效: Ashworth 评级恢复 2 级以上, 但尚未达到 0 级; SIAS 积分分值 ≥ 50%。有效: Ashworth 评级恢复 1 级; SIAS 积分分值 ≥ 30%。无效: Ashworth 评级无变化; SIAS 积分分值 < 30%。基本痊愈 + 显效 + 有效计算总有效率。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 11.5 软件处理数据, 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 *t* 检验, 计数资料率的比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组肌痉挛疗效比较 治疗组上肢总有效率为 91.1%, 下肢总有效率为 93.3%, 均高于对照组的 65.6%、68.9% (P 均 < 0.01)。见表 1。

2.2 两组治疗前后 SIAS 积分变化情况 治疗前两组 SIAS 积分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗后两组 SIAS 积分均有明显改善, 且治疗组积分高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者痉挛程度疗效比较 例 (%)

组别	例数	基本痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组						
上肢	90	39(43.3)	18(20.0)	25(27.8)	8(8.9)	91.1 ^a
下肢	90	42(46.7)	21(23.3)	21(23.3)	6(6.7)	93.3 ^b
对照组						
上肢	90	10(11.1)	14(15.6)	35(38.9)	31(34.4)	65.6
下肢	90	12(13.3)	16(17.8)	34(37.8)	28(31.1)	68.9

注: 与对照组上肢比较, ^a $P < 0.01$; 与对照组下肢比较, ^b $P < 0.01$ 。

表 2 两组治疗前后 SIAS 积分变化情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	90	43.75 ± 5.50	65.52 ± 4.93 ^{ab}
对照组	90	45.44 ± 6.12	55.26 ± 5.18 ^a

注: 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组比较, ^b $P < 0.05$ 。

3 讨论

中风后肌痉挛属中医“筋病”、“痉病”范畴,《五十二病方》指出“痉,身伸而不能屈……筋挛难以伸”,《难经·二十九难》云“阴跷为病,阳缓而阴急;阳跷为病,阴缓而阳急。”《景岳全书》中说“其病在血液,血液枯燥,所以筋挛”,“凡属阴虚血少之辈,不能养营筋脉……总属阴虚证。”故中风后患肢痉挛,其病位在脑,反映在筋脉,肝肾阴虚,筋脉失养,阴阳失衡是本病的基本病机^[5-6]。

肌痉挛治疗仪是采用对痉挛肌及其对抗肌的交替电刺激来治疗痉挛性瘫痪的。其原理是通过波形、

频率不断交换的脉冲电流作用于痉挛肌群,使组织中的离子发生定向运动,消除细胞极化状态,使离子浓度和分布发生显著变化,从而影响人体组织功能,起到促进气血循环,调整肌张力的作用^[7],同时经电刺激痉挛肌,使其强烈收缩,神经肌梭兴奋,传递到前庭神经核、脑干网状结构、小脑、大脑的易化或抑制牵张反射的中枢结构及网状结构脊髓通路,通过反射使痉挛肌本身受到抑制^[8];再刺激对抗肌收缩,通过两组电流交互兴奋神经肌肉组织,使痉挛肌松弛,肌张力降低,并改善动、静脉和淋巴回流,防止肌肉僵硬、挛缩和纤维化并延迟其进程,从而改善肢体功能。

石学敏教授认为,中风病的发生机理为“窍闭神匿,神不导气”,导致大脑对病侧肢体功能失去调控(阴阳失调),使肢体运动、语言等功能受到抑制或使部分肌群亢奋,从而出现瘫痪、痉挛^[9-10]。醒脑开窍针刺法能够醒神调神,通阳开窍,平调阴阳,配以局部痉挛肌、拮抗肌处的取穴,给予脉冲电刺激,能够疏经通络,补虚缓急,二者结合,双向调节病侧肢体的痉挛与瘫痪。现代医学研究证实针刺能够扩张脑血管,增加病灶区的供血和供氧,促进脑代谢^[11],改善神经功能缺损,增进肢体功能康复^[12]。有些学者认为针刺通过其敏感的感觉器将针刺信息传入脊髓及入脑,经大脑皮层脑干网状结构等高级中枢的整合和调节后,再下传至上下肢肌肉,恢复和重建正常的反射弧^[13-15]。

综合康复护理从患者入院即开始,采取正确的体位护理是控制痉挛保持肢体良好功能的关键,通过被动、主动牵伸训练痉挛肢体关节与肌肉,可对抗、减弱其肌张力,降低痉挛程度。康复治疗护理组还应用冷、热敷、中药熏洗配合手法按摩,降低了痉挛肌的兴奋性,缓解痉挛与疼痛。护士应用倾听、心理疏导及心理支持等方法,消除患者紧张、焦虑、无助等不良情绪,乐观、积极、主动配合康复训练;同时也增进了护患沟通,建立了良好的护患关系。指导患者及家属掌握康复训练方法,坚持院外的后期康复锻炼。

综上所述,应用肌痉挛治疗仪、针刺治疗配合综合康复护理可以促进肢体痉挛的缓解和肢体功能的恢复,降低致残率,提高生存质量。

参考文献

- [1] 毕颖,邵晓梅,李丽萍,等. 针灸治疗中风后痉挛性瘫痪的临床研究进展[J]. 浙江中医杂志,2012,47(1):69-72.
- [2] 王玉龙. 康复功能评定学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:389-392.
- [3] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南(试行版)[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:147-150.

- [4] 窦祖林. 痉挛——评估与治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 1-17.
- [5] 刘悦, 解书山. 太阴少阴少阳经取穴针刺治疗中风后肌痉挛的临床研究[J]. 中医临床研究, 2012, 4(9): 4-6.
- [6] 刘海兰, 周晓燕, 包艳, 等. 脑卒中后肢体痉挛病人应用中药穴位烫疗与肌群烫疗效果观察[J]. 护理研究, 2012, 26(4): 322-323.
- [7] 刘艳秋, 刘彤, 刘有为. 持续性护理干预对脑卒中患者生活质量的影响[J]. 海南医学, 2013, 24(4): 618-620.
- [8] 莫美英. 针灸联合早期功能锻炼治疗中风病人下肢痉挛的疗效观察与护理[J]. 全科护理, 2014, 12(4): 324-325.
- [9] 马英峰, 马尔哈巴, 丁岚. 脑卒中偏瘫患者早期床上体位护理效果观察[J]. 海南医学, 2013, 24(12): 1857-1858.
- [10] 杨卫远, 徐箭红, 陈淑凤. 补阳还五汤加减结合康复训练治疗中风后下肢痉挛[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(36): 25-26.
- [11] 卢章琼, 梁琴, 罗坚. 小针刀治疗脑卒中肱二头肌痉挛的疗效观察及护理[J]. 中医临床研究, 2014, 6(11): 138-139.
- [12] 姜云湘. 急性颅脑损伤患者肌痉挛的护理研究[J]. 实用心脑血管病杂志, 2012, 20(4): 732-734.
- [13] 詹蕾, 张玉娟. 推拿与抗痉挛技术改善卒中患者肌痉挛的疗效[J]. 上海护理, 2012, 12(5): 21-23.
- [14] 牛莉, 张瑞. 蛛网膜下腔出血患者迟发性脑血管痉挛的相关因素分析[J]. 海南医学, 2012, 23(16): 52-53.
- [15] 廖兴富. 针刺足三阳经穴对老年脑卒中偏瘫患者下肢痉挛的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(18): 5274-5275.

收稿日期: 2015-01-16 修回日期: 2015-02-08 编辑: 王娜娜

· 护 理 ·

快速康复外科理念在膀胱全切术围术期的应用有效性评价

卢杏新, 黄英凡, 吴芸, 陈振兰, 许献霞, 谢彩云

广西医科大学附属肿瘤医院泌尿外科, 广西南宁 530021

摘要: **目的** 探讨快速康复外科理念在膀胱全切围术期中的应用有效性评价, 为临床提供参考。**方法** 选取 2011 年 1 月至 2014 年 1 月收治的 60 例膀胱癌患者, 随机分为观察组和对照组, 各 30 例, 对照组给予常规的护理方式, 观察给予快速康复外科理念护理方式。观察术后患者恢复情况、并发症情况, 比较两组患者手术时间、术间出血量、肛门排气时间、卧床时间及生命质量评分。**结果** 对照组、观察组患者手术时间分别为 (270.1 ± 11.0) min 和 (211.2 ± 10.2) min, 出血量分别为 (500.2 ± 15.1) ml 和 (450.1 ± 14.5) ml, 肛门排气时间分别为 (76.7 ± 3.0) h 和 (33.4 ± 2.4) h, 卧床时间分别为 (62.2 ± 2.1) h 和 (45.4 ± 1.7) h, 两组比较差异有统计学意义 ($t = 6.382, 7.382, 5.292, 5.268, P$ 均 < 0.01)。两组患者生命质量 SF-36 量表的生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能和精神健康 8 个维度评分比较差异均有统计意义 ($t = 5.228, 5.983, 4.582, 6.972, 5.482, 6.392, 5.282, 6.282, P$ 均 < 0.01)。与对照组比较, 观察组患者术后开始进食、首次排气、首次排便、首次下床活动和术后住院时间均缩短 ($t = 49.492, 7.592, 4.421, 5.683, 6.282, P$ 均 < 0.01); 观察组患者术后并发症发生率明显降低 ($10.0\% vs 36.7\%, \chi^2 = 5.963, P < 0.05$)。**结论** 快速康复外科护理措施应用于腹腔镜膀胱全切术围术期, 能够改善患者生活质量。

关键词: 快速康复外科理念; 膀胱全切术, 围术期; 术后恢复

中图分类号: R 473.73 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)06-0823-03

快速康复外科是指在围手术期采取有循证医学证据的一系列优化措施, 达到使患者快速康复的目的^[1-2]。在术前对患者进行健康教育, 良好的术中、术后处理等措施中, 围术期的护理起着至关重要的作用^[3-4]。本研究将快速康复外科理念应用于膀胱全切患者围术期护理, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 1 月至 2014 年 1 月我院收治的 60 例膀胱癌患者, 诊断标准如下^[5-7]: 所有患者均通过临床表现、实验室检查、影像学检查确定术前膀胱镜检肿瘤位置, 病理活检为膀胱移行细胞癌, 均具有膀胱全切指征。排除标准如下: (1) 盆腔血肿、其他类型肿瘤等; (2) 严重肝、心、肾脏功能不全; (3) 凝血功能障碍; (4) 有精神系统疾病史及家族