

砭石温灸结合八段锦对中风后痉挛性偏瘫患者肢体运动功能的影响

勾云 范敏 何微

(中山市中医院, 广东 中山 528400)

[摘要] 目的: 探究砭石温灸结合八段锦对中风后痉挛性偏瘫患者康复效果的影响。方法: 选取中山市中医院 2022 年 1 月至 2023 年 3 月收治的 62 例中风后痉挛性偏瘫患者作为研究对象, 根据随机数字表法分为对照组和观察组, 各 31 例。对照组实施常规康复指导和护理, 观察组在对照组的基础上增加砭石温灸结合八段锦康复治疗。比较两组患者干预前后中医证候积分、肢体运动功能、日常生活自理能力、生活质量。结果: 干预后, 两组患者中医证候积分均低于干预前, 且观察组低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。干预后, 两组患者上肢 Fugl-meyer 运动功能评定量表 (FMA) 评分、下肢 FMA 评分和总评分均高于干预前, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。干预后, 两组患者的日常生活自理能力评分均高于干预前, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。干预后, 两组患者生活质量评分均高于干预前, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 对中风后痉挛性偏瘫患者实施砭石温灸结合八段锦进行干预更有利于改善其临床症状, 促进其肢体运动能力的改善, 提高自理能力和生活质量。

[关键词] 痉挛性偏瘫; 中风; 砭石温灸; 八段锦

[中图分类号] R 246 **[文献标识码]** B

中医上将脑卒中归为“中风”的范畴, 认为该病是因脉络瘀阻、气血不畅所致, 中风后发生运动障碍、偏瘫、麻木的风险高。痉挛性偏瘫是中风后的常见后遗症, 西医认为该病是因肌张力升高、中枢运动神经元受损所致。中风后痉挛性偏瘫患者多伴有肢体障碍、自理能力减弱, 导致患者的生活质量下降。西医对于该病主要实施常规康复训练和常规护理, 虽然可获得一定的干预效果, 但整体干预效果并不十分理想。八段锦是通过躯体活动结合有氧运动配合呼吸吐纳来调节气机和气血, 疏通经络, 以增强肢体的敏捷性和协调性, 丰富患者的日常生活和康复训练。砭石温灸疗法简称砭灸, 是砭石烫熨和艾灸的合称, 利用砭石与艾火的交互作用, 对人体穴位或其他部位进行温热刺激, 使热力渗透传导至体内达到调理气血、温经通络、祛湿逐寒、温运脾胃、理气止痛等目的。本研究选取 62 例中风后痉挛性偏瘫患者作为研究对象, 旨在分析和探究砭石温灸结合八段锦的康复治疗效果, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取中山市中医院 2022 年 1 月至 2023 年 3 月收治

的 62 例中风后痉挛性偏瘫患者作为研究对象, 根据随机数字表法分为对照组和观察组, 各 31 例。对照组患者男性 18 例, 女性 13 例; 年龄 35 ~ 79 岁, 平均 (62.23 ± 2.18) 岁; 偏瘫部位: 左侧 16 例, 右侧 15 例。观察组患者男性 19 例, 女性 12 例; 年龄 36 ~ 78 岁, 平均 (62.14 ± 2.22) 岁; 偏瘫部位: 左侧 17 例, 右侧 14 例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 患者均明确诊断为中风后痉挛性偏瘫, 肌力 3 级以上^[1]; (2) 临床资料完整; (3) 患者及家属知情并同意本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 艾绒、烟雾过敏者; (2) 依从性差, 无法配合完成研究。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用常规康复指导和护理, 常规护理包括监测患者各项指征的变化, 康复训练内容由医生制定, 包括被动训练、主动训练等内容。康复训练遵循被动到主动, 活动量从小到大, 同时予以心理疏导和康复指导。干预时间为 8 周。

1.3.2 观察组 在对照组基础上采用砭石温灸结合

[收稿日期] 2023-06-19

[基金项目] 中山市卫生健康局医学科研项目 (2023J117)

[作者简介] 勾云, 女, 主管护师, 主要研究方向是中医护理。

八段锦康复治疗。(1) 砭石温灸：准备治疗盘、温通活络油(或 BB 油)、砭石温灸罐、3~5 cm 的艾炷、打火机、纱块、酒精灯、计时器、止血钳、毛巾、灭火罐、免洗手消毒液、必要时备屏风。选穴原则遵循近部选穴、辨证选穴、对症取穴的方法，上肢痉挛性偏瘫患者主要选取患侧肩颈、上肢进行直推灸，再依据痛点、痹点进行回旋灸，经穴取手阳明、手少阳，取穴：肩髃、肩前、肩后、合谷、后溪、手三里、曲池、手五里、外关等。下肢痉挛性偏瘫患者主要选取患者腰骶部、下肢进行直推灸，再根据痛点、痹点进行回旋灸，经穴取足阳明、足少阳、足厥阴，取穴梁丘、足三里、上巨虚、下巨虚、丰隆、环跳、阳陵泉、足临泣、太冲等穴。点燃艾炷，置于灸罐安全网内，预热。根据治疗部位，协助患者取合理、舒适体位，暴露治疗部位，注意保暖。治疗部位皮肤涂抹温通活络油(或 BB 油)，将温度适宜的砭石温灸罐置于患处或相应穴位。准备阶段：直推灸轻摩治疗部位，使局部肌肉松弛，使患者在心理上有一个适应过程。治疗阶段：依据不同部位及证型选择相应肌肉、经络，进行回旋灸。巩固阶段：选择穴位或痛点，进行定灸。收工阶段：治疗结束之前，直推灸轻摩治疗部位，使其局部放松，结束治疗。操作时间约 10~15 min。灸罐砭石端温度以 40~50℃ 为宜。操作前先将砭石端置于操作者手部测试温度，待温度适宜，再置于治疗部位，询问患者热度是否耐受。操作完毕，清洁局部皮肤，协助着衣，注意避风，安排舒适体位，整理床单位，清理用物。

(2) 八段锦，第 1 段：两手托天理三焦，两脚开立，两个手臂向上高举过头，十指交叉，掌心向上托，两臂伸展。翻转掌心，落至胸部，指导患者稍微低头。第 2 段：左右开弓似射雕，两脚开立，呈现马步式站位，两臂屈于胸前，手握拳，左手向左推平，右臂屈肘，向右拉回，将掌心朝上，指导患者眼看左手。第 3 段：调理脾胃须单举，左手向上高举，翻掌，向上撑，将指尖向右侧，右侧的掌心向下，指尖朝前。第 4 段：五劳七伤向后瞧，两脚开立，两臂自然下垂，头颈带动脊柱分别向左侧和右侧。第 5 段：摇头摆尾去心火，做马步站立位，双手叉腰，拧腰向左侧，下俯身。第 6 段：双手攀足固肾腰，两脚开立，两掌向下按摩，直至脚跟。第 7 段：攒拳怒目增气力，两手分别放置在腰间，左拳向前方出击。第 8 段：背后七颠百病消，两臂侧上举，过头，提起脚跟，同时落下两臂和脚跟，呼气。每日 2 次，每次 15 min。干预时间为 8 周。

1.4 观察指标

1.4.1 中医证候积分 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2] 评估患者的中医证候，主要评估 4 项证候，分别是半身不遂、口眼歪斜、头晕目眩、肢体麻木，

各项症状的评分范围均是 1~4 分，4 分表示重度症状，3 分表示中度症状，2 分表示轻度症状，1 分表示无症状，得分越低，提示其症状越轻。

1.4.2 肢体运动功能 于干预前和干预后对患者的肢体运动功能进行评估，使用的评价工具是 Fugl-meyer 运动功能评定量表(Fugl-Meyer assessment scale, FMA)^[3]，上肢的评分范围是 0~66 分，下肢的评分范围是 0~34 分，总分是 100 分，得分越高，提示其肢体运动能力越佳。

1.4.3 日常生活自理能力 评估干预前后患者的自理能力，使用 Barthel 指数(Barthel index, BI)作为评价工具^[4]，BI 的评分范围是 0~100 分，得分越高，提示自理能力越强。

1.4.4 生活质量 评估干预前和干预后两组患者的生活质量，使用生活质量量表(quality of life, QOL)作为评价工具^[5]，评分范围是 0~100 分，得分越高，提示生活质量越佳。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 25.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后中医证候积分比较

干预后，两组患者中医证候积分均低于干预前，且观察组低于对照组，差异具有统计学意义(*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者干预前后中医证候积分比较 (*n* = 31, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	半身不遂	口眼歪斜	头晕目眩	肢体麻木
对照组	干预前	3.66 ± 0.11	3.45 ± 0.20	3.34 ± 0.21	3.53 ± 0.18
	干预后	2.87 ± 0.29 ^a	2.85 ± 0.34 ^a	2.90 ± 0.54 ^a	2.87 ± 0.34 ^a
观察组	干预前	3.65 ± 0.12	3.46 ± 0.18	3.33 ± 0.20	3.52 ± 0.14
	干预后	1.41 ± 0.14 ^{ab}	1.33 ± 0.10 ^{ab}	1.46 ± 0.18 ^{ab}	1.53 ± 0.23 ^{ab}

注：与同组干预前比较，^a*P* < 0.05；与对照组干预后比较，^b*P* < 0.05。

2.2 两组患者干预前后肢体运动功能比较

干预后，两组患者上肢 FMA 评分、下肢 FMA 评分和总评分均高于干预前，且观察组高于对照组，差异具有统计学意义(*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者干预前后肢体运动功能比较 (*n* = 31, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	上肢 FMA 评分	下肢 FMA 评分	总评分
对照组	干预前	27.50 ± 2.24	14.45 ± 2.18	41.80 ± 2.55
	干预后	41.16 ± 2.31 ^c	20.94 ± 2.67 ^c	62.56 ± 2.74 ^c
观察组	干预前	27.48 ± 2.26	14.41 ± 2.03	41.84 ± 2.59
	干预后	50.52 ± 2.88 ^{cd}	28.96 ± 2.04 ^{cd}	80.54 ± 2.66 ^{cd}

注：FMA — Fugl-meyer 运动功能评定量表。与同组干预前比较，^c*P* < 0.05；与对照组干预后比较，^d*P* < 0.05。

2.3 两组患者干预前后日常生活自理能力比较

干预后，两组患者的日常生活自理能力评分均高于干预前，且观察组高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者干预前后日常生活自理能力比较 ($n = 31, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	干预前	干预后
对照组	60.48 ± 3.05	82.41 ± 2.94 ^e
观察组	60.63 ± 3.23	88.78 ± 2.54 ^{ef}

注：与同组干预前比较，^e $P < 0.05$ ；与对照组干预后比较，^f $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者干预前后生活质量比较

干预后，两组患者生活质量评分均高于干预前，且观察组高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 4。

表 4 两组患者干预前后生活质量比较 ($n = 31, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	干预前	干预后
对照组	56.78 ± 3.52	80.45 ± 2.55 ^g
观察组	56.63 ± 3.18	87.79 ± 2.61 ^{gh}

注：与同组干预前比较，^g $P < 0.05$ ；与对照组干预后比较，^h $P < 0.05$ 。

3 讨论

中风是世界第二大致死性疾病，在 30% 幸存的患者中，约有 70% 患者会出现不同类型的后遗症，其中，痉挛性偏瘫是常见的后遗症之一，患者伴有单侧肢体明显活动障碍，影响患者的肢体运动能力，导致其生活质量下降^[6-7]。本研究将常规康复训练和护理与砭石温灸结合八段锦两种干预措施在中风后痉挛性偏瘫患者护理上的应用效果进行了比较。

本研究结果显示，干预后，两组患者中医证候积分均低于干预前，且观察组低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。干预后，两组患者上肢 FMA 评分、下肢 FMA 评分和总评分均高于干预前，且观察组高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。干预后，两组患者的日常生活自理能力评分均高于干预前，且观察组高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。干预后，两组患者生活质量评分均高于干预前，且观察组高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；上述 4 项研究结果从不同角度体现出了砭石温灸结合八段锦的干预效果。分析原因：八段锦是我国传统的运动方式，在运动过程中达到骨正筋柔、气血自流的效果，通过引导患者做八段锦训练能够对其上肢和下肢的平衡能力产生刺激。八段锦分为 8 个动作，分别锻炼患者的膈肌、肩胸部、上肢肌肉、颈椎、交感神经、腰背部、各处关节韧带，通过八段锦能够缓解肌肉痉挛，加快肌肉活动能力

的恢复。砭石温灸是烫熨和艾灸的结合，运用了艾火和砭石之间的交互作用，对人体穴位和特定部位产生温热刺激。《黄帝内经》：“砭石者，以石治病也”，李经纬、邓铁涛等主编的《中医大辞典》提到“砭石：指一种楔形石块，是我国最古老的医疗工具。约起源于新石器时代”，有安神、调理气血、疏通经络的作用。砭石温灸使热力渗透传导至体内达到调理气血、温经通络、祛湿逐寒、温运脾胃、理气止痛等目的。现代医学研究发现，砭石发出的超声波脉冲可对人体的细胞产生一定的压力，使细胞出现微运动，从而改变病变细胞的状态。砭石发出的超声波可影响人体内某些化学或生物学的变化过程，改变酶的活性，从而改变人体内的代谢环境和状态，使疾病向好的方向转化。砭石在温运气血、疏通经络的同时，还可逐寒祛湿而止痹痛，对风湿类疾病效果良好。风湿证候患者在治疗当中即会感觉患部发热，疼痛减轻。将砭石温灸与八段锦相结合，可充分发挥两种中医技术的各自优势和协同作用，更有利于促进患者肢体运动能力的改善^[8-10]。

综上所述，对中风后痉挛性偏瘫患者实施砭石温灸结合八段锦进行干预更有利于促进其肢体运动能力的恢复，可提高其生活自理能力和生活质量，同时也有利于改善患者的临床症状。

[参考文献]

- [1] 章薇, 娄必丹, 李金香, 等. 中医康复临床实践指南·缺血性脑卒中(脑梗死) [J]. 康复学报, 2021, 31 (6): 437-447.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [3] 孙心怡, 邵霞, 王娟. 平衡罐联合八段锦对脑卒中偏瘫患者功能恢复的影响 [J]. 中西医结合护理(中英文), 2022, 8 (10): 65-68.
- [4] 刘晓雯, 王竹行, 周熙, 等. 针灸辅助治疗急性缺血性脑卒中后偏瘫的临床价值 [J]. 实用医院临床杂志, 2023, 20 (2): 65-67.
- [5] 杨海霞, 郝泓旭, 仇凯强, 等. 针灸联合阶段性康复训练在脑出血后偏瘫中的应用研究 [J]. 长春中医药大学学报, 2023, 39 (3): 289-292.
- [6] 杨小凤, 王伟钦, 钟金瑞. 基于脏腑经络辨证针灸对中风偏瘫后肩痛患者肩关节活动度及生活质量的影响 [J]. 内蒙古中医药, 2023, 42 (1): 116-117.
- [7] 王婷. 补阳还五汤加减联合针灸对中风偏瘫患者血清疾病相关因子水平和血液流变学指标的影响 [J]. 首都食品与医药, 2023, 30 (10): 159-161.
- [8] 贺强, 樊乐, 朱杰, 等. 温针灸联合镜像疗法对老年脑梗死后偏瘫患者的功能恢复及 Hcy、BDNF 的影响 [J]. 海南医学, 2023, 34 (7): 929-932.

[9] 秦龙江, 徐乐义, 王孝义. 针灸联合偏瘫肢体康复训练对老年脑梗死后偏瘫患者肢体功能、神经功能和生活质量的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2022, 42 (5): 1071-1074.

[10] 张洁, 孙慧君, 鲁剑萍. 中医护理适宜技术在脑卒中痉挛性偏瘫患者下肢功能康复中的应用 [J]. 上海护理, 2019, 19 (11): 42-45.

[文章编号] 1007-0893(2023)16-0131-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.16.041

评估及能力提高培训方式对 120 急救护士相关能力的影响

刘晨柳 凌传仁 陈琛 陈秋凤 陈嘉煜 胡佳俊 李枝雅 张维

(广东省中医院 广州中医药大学第二附属医院, 广东 广州 510120)

[摘要] 目的: 探讨采用评估及能力提高培训方式对 120 急救护士相关能力的影响。方法: 选取广东省中医院 2022 年 3 月至 2022 年 10 月期间的 32 例 120 急救护士为对照组, 选取 2022 年 11 月至 2023 年 1 月期间的 32 例 120 急救护士为观察组。对照组采用常规培训方式, 观察组采用评估及能力提高培训方式。比较培训后两组 120 急救护士急救能力、思维能力、专业成就感评分情况。结果: 观察组 120 急救护士各项急救能力评分、思维能力评分、专业成就感评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 采用评估及能力提高培训方式, 能够有效提高 120 急救护士理论及操作技能考核成绩以及思维能力、急救能力、专业成就感, 以便为了更好达到提高救治质量的目的, 在临床具有重要的应用价值。

[关键词] 严重创伤; 120 急救护士; 院前急救; 急救能力

[中图分类号] R 472.2 **[文献标识码]** B

据相关研究指出, 目前全世界每年 5590 万死亡人数中因创伤而死亡的人数约 450 万人 (占比 8.0%), 在国内每年因创伤死亡的人数占总死亡人数的 10%, 其中 45 岁以下患者占 2/3, 创伤严重威胁到患者的生命安全, 同时给社会、家庭带来了沉重的负担^[1-2]。目前, 国内严重创伤患者的致残率和致死率发生的原因包括综合救治能力需要提高、急诊救治流程不规范、120 急救护士缺乏专业化、系统化培训等^[3-5]。因此, 应对 120 急救护士进行能力评估, 根据其能力提出有效的、科学的培训方案, 提高严重患者的救治率, 降低死亡率及致残率, 对临床具有重要意义。基于此, 本研究探讨采用评估及能力提高培训方式对 120 急救护士相关能力的影响, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取广东省中医院 2022 年 3 月至 2022 年 10 月期间的 32 例 120 急救护士为对照组, 选取 2022 年 11 月至 2023 年 1 月期间的 32 例 120 急救护士为观察组。对照组

急救护士男性 9 例, 女性 23 例; 年龄 25 ~ 37 岁, 平均 (30.08 ± 2.15) 岁; 学历: 大专 8 例、本科 24 例。观察组急救护士男性 10 例, 女性 22 例; 年龄 26 ~ 38 岁, 平均 (30.16 ± 2.28) 岁; 学历: 大专 9 例、本科 23 例。两组急救护士一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 具有护师、护士执业证书, 且注册流程已完成; (2) 在广东省中医院工作满 5 年者; (3) 年龄 < 40 岁。

1.2.2 排除标准 (1) 近期离异或家庭变故者; (2) 岗位设置及绩效考核优化后进入急诊工作者; (3) 实习期护理人员; (4) 外出培训学习者; (5) 伴抑郁或焦虑等心理障碍护理人员。

1.3 方法

1.3.1 对照组 给予常规培训方式, 包括急救护理人员对严重创伤患者的护理技巧、核心能力及思想教育等。在交班前 20 min 讲述护理技巧, 包括注意观察严重

[收稿日期] 2023-06-22

[基金项目] 广东省卫生健康委员会科研项目 (C2020077)

[作者简介] 刘晨柳, 女, 主管护师, 主要研究方向是急救护理学。