

1 例中风昏迷患者行针灸“醒脑开窍”治疗的护理体会

韦祥珍

(云南省砚山县中医医院 急诊科, 云南 砚山, 663100)

摘要: 本研究回顾性分析了 1 例行醒脑开窍针醒脑的中风昏迷患者的临床资料, 患者接受为期 3 日的“醒脑开窍”针刺治疗, 护理人员在评估疾病、个体、环境等因素的基础上给予相应护理, 患者意识恢复良好。

关键词: 中风; 昏迷; 针灸; 穴位; 神经系统; 中西医结合护理

中图分类号: R 471 **文献标志码:** A **文章编号:** 2096-0867(2018)05-0179-03

Nursing management of Xingnao Kaiqiao acupuncture therapy for apoplectic coma: with a case report

WEI Xiangzhen

(Department of Emergency, Yanshan County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yanshan, Yunnan, 663100)

ABSTRACT: This paper retrospective analyzed the clinical data of 1 patient with apoplectic coma. The patients received 3 days of Xingnao Kaiqiao acupuncture therapy. The targeted nursing measures were carried out by nurses based on the evaluation of disease, individual and environmental factors. The patient had regained consciousness after receiving acupuncture therapy.

KEY WORDS: apoplexy; coma; acupuncture; acupoint; nervous system; nursing of integrated traditional Chinese and Western medicine

中医醒脑开窍针是根据中医辨病论治和辨证论治相结合确立的治疗法则, 临床主要用以治疗神志病, 且较传统针刺法效果更佳^[1-2]。本研究收集了 1 例中风昏迷患者的临床资料, 该患者采用“醒脑开窍”针法以唤醒意识, 在评估全身情况的同时进行施针治疗, 并配合相应的护理措施, 患者意识在施针后 1 h 内恢复意识, 现将护理体会总结如下。

1 临床资料

患者, 男, 71 岁, 中医诊断: 中风(气虚血瘀); 西医诊断: 右侧颞额叶出血、高血压 3 级 极高危组(H 型)、陈旧性右侧小脑半球出血(恢复期)、多发腔隙性脑梗塞(双侧基底节区、侧脑室旁及半卵圆中心)。患者于 2017 年 3 月 20 日 16 时 35 分因“6 h 前在家中跌倒后逐渐出现意识不清, 不能行走, 出现四肢抽搐 4 次”, 由当地救护车送至本院收入急诊科治疗。入院时查体显示体温

37.7℃, 脉搏 108 次/min, 呼吸 21 次/min, 收缩压/舒张压 206/134 mmHg。查颅脑 CT 检查提示: 右侧额叶出血。请外科值班医师会诊无手术指征, 建议保守治疗, 故门诊以“中医诊断: 中风; 西医诊断: 右侧颞额叶出血”收住入院。入院症见: 患者一般情况差, 神识不清, 双目少神, 面色少华, 形体适中, 平车推入病房, 呼之不应, 查体不能配合, 阵发性四肢抽搐, 身体无特殊气味, 口唇咬伤出血, 左大腿外侧皮肤擦伤, 脉沉细无力。病程中患者意识不清, 尚未进食, 小便失禁, 大便未解。既往史: 有高血压病史 1 年, 未规律服药, 血压控制情况不详; 1 年前亦因脑出血在外院及本院住院保守治疗, 诊断为“右侧小脑半球出血(恢复期); 双下肢静脉血栓形成; 双下肢动脉粥样硬化; 高血压 3 级极高危组(H 型); 左肺炎; 肺气肿; 左肺肺大泡形成; 肝功能损伤; 肾功能不全; 消化性溃疡; 低蛋白血症; 梅毒; 湿疹; 右上颌窦粘膜下囊肿; 老年性脑改变; 退行性心脏瓣膜病; 颈动

脉粥样硬化症”,经治疗后好转出院,出院后遗留言语不利、口齿不清症状。

患者本次入院后给予一级护理,鼻饲无渣流质饮食,心电、指脉氧监测,氧气吸入,书面病危通知;医嘱予降颅内压、醒脑开窍、营养脑神经、止血、维持电解质平衡等对症支持治疗,具体予甘露醇、甘油果糖静滴脱水和降颅内压,醒脑静注射液静滴醒脑开窍,吡拉西坦静滴营养脑神经,氨甲环酸静滴止血,奥美拉唑钠静滴护胃,能量组维持水、电解质平衡,地西泮静推镇静止抽以及尼群地平片口服控制血压。经1 d治疗,患者意识未见恢复,主管医生邀请针灸科医生会诊,建议为该患者施以醒脑开窍针治疗,以促进患者意识尽早恢复。

2 护理方法

2.1 护理评估

2.1.1 心理评估:家属诉患者日常性情急躁,自尊心强,施针易于刺激患者觉醒。

2.1.2 疾病因素:患者患有右侧颞额叶出血、高血压3级极高危组(H型)、陈旧性右侧小脑半球出血(恢复期)、多发腔隙性脑梗塞(双侧基底节区、侧脑室旁及半卵圆中心)肺心病、高血压、糖尿病、脑梗塞等慢性老年疾病。头颅胸部CT示:右侧颞额叶交界区出血,血肿最大层面约2.2 cm×1.2 cm,周围见薄环状水肿带,双侧基底节区、侧脑室旁及半卵圆中心多发腔隙性脑梗塞,右侧小脑半球小片状低密度影,考虑脑软化灶。患者为脑出血再发,意识恢复难度相对较大。

2.1.3 个体因素:患者意识不清,无沟通能力,无生活自理能力,认知力、理解力、判断力下降,四肢活动受限,易造成护理并发症的发生。

2.1.4 社会环境因素:患者因基础疾病多经常住院治疗,生活自理能力低下,需家人长期陪护,此次患者再次昏迷住院,加重了家属的生活负担故而家属处于焦躁状态。

2.2 一般护理

根据患者的情况,护理人员每天指导和协助家属做好患者饮食起居护理,指导肢体功能锻炼,促进患者意识及各项功能的恢复,做好胃管、尿管的跟进管理,保证患者安全。护理人员密切观察患者病情动态变化,及时将患者病情动态告知医生,以便患者病情得到及时的治疗处理。同时加强与患者家属沟通交流,全面评估患者自身情况,

积极申请专科会诊,及时采取有效治疗,尽早改善患者病情,减轻家属心理压力及焦躁情绪。

2.3 醒脑开窍针针刺醒脑

2.3.1 入院第2天(3月21日):当日上午8点查房,患者意识不清,一般情况差,精神差,双侧瞳孔等大等圆,直径约1.0 mm,对光反射迟钝,呼之无反应,查体不配合,科主任立即请针灸科主任会诊。根据患者情况,会诊医生建议,给患者施以醒脑开窍针,以促进患者意识恢复,在取得家属的同意后,定于当日下午3点为患者施针。方法:先取双侧内关穴直刺1.00~1.50寸,采用捻转提插相结合之法,行针1 min;继而针刺人中,向上斜刺鼻中隔,用雀啄法,使患者流泪或眼球周围充满泪水为度;再次针刺十宣放血,以不挤不压自凝为止。当日下午4点患者意识恢复呈嗜睡状,呼之能应,肢体灵敏反应欠佳。

2.3.2 入院第3天(3月22日):当日早晨科主任查房,昨日请示针灸科主任行开窍醒脑法(予针刺内关、人中等穴位及行十指放血疗法后患者苏醒),患者醒后自行拔出胃管,体温36.8℃,脉搏84次/min,呼吸20次/min,收缩压/舒张压160/100 mmHg。患者一般情况差,精神差,双侧瞳孔等大等圆,直径约2.0 mm,对光反射迟钝,伸舌、鼓腮、吹口哨等动作不能配合,可进少许流质饮食,患者呈嗜睡状,呼之能应,查体配合欠佳。当日上午10点再次邀请针灸科主任继续为患者进行针灸治疗,取双侧三阴交穴,沿胫骨后缘进针,针尖向后斜刺与皮肤呈45°角,进针1.00~1.50寸,用提插补法,使患者下肢连续抽动3次为度,仰卧位抬腿取委中穴,进针1.00~1.50寸,用提插泻法,以患侧下肢抽动3次为度,取合谷、三间穴,由合谷穴针刺向三间穴处,用提插泻法,以患者食指抽动3次为度。当日上午11点见患者双下肢可自行伸缩活动,生命体征平稳。

2.3.3 入院第4天(3月23日):当日早晨查房,患者自行拔出尿管,进少许流质饮食,量较前稍增多,体温36.3℃,脉搏82次/min,呼吸20次/min,收缩压/舒张压155/112 mmHg。患者一般情况差,精神差,神志清楚,中-重度构音障碍,查体配合欠佳,双侧瞳孔等大等圆,直径约2.5 mm,对光反射存在,伸舌、鼓腮、吹口哨等动作配合欠佳。今日继续请针灸科医生为患者进行针灸治疗,取内关、三阴交、合谷、委中穴,按昨日方法行针,再取极泉、尺泽、太冲、百会穴,用泻法,

留针 3 min。患者当日下午 4 点要求下地行走,因患者病情需要卧床休息,未答应患者的要求。

2.3.4 入院第 5 天(3 月 24 日):当日查房,患者神志清楚,精神状态可,体温 36.5℃,脉搏 84 次/min,呼吸 19 次/min,收缩压/舒张压 145/95 mmHg,患者自行下床可缓慢步行,言语欠清晰,可自行大小便,今日拒绝针刺治疗,于当日 17 时 22 分患者要求出院,经劝说无效,患者家属签字出院。

3 讨论

中医学强调人的整体观,健康是由内至外的协调统一,而人体遍布全身的经络及腧穴是协调稳固各脏腑功能器官的前哨,具有联络脏腑、沟通表里、运行气血、濡养周身之功效^[3]。人体的五官九窍与内脏的关系是与经络为路径的,因此针灸治病主要是通过针刺与艾灸等刺激体表腧穴,以疏通经气,恢复、调节人体脏腑气血的功能,从而达到治疗疾病的目的^[4]。针灸选穴一般在明确辨证的基础上,除选用局部腧穴外,通常以循经取穴为主。本组患者采用的醒脑开窍针是依从了中医辨证施灸的理论依据,选择不同的腧穴及不同的针刺手法,对患者实施针刺醒脑,疏通气血,进而达到预期的临床疗效。本病例的取穴依据:内关为心包之络穴,刺之可调神开窍,使心神复明,调整心脏功能,改善机体循环,而增加脑的血氧供应;人中为督脉,诸阳之会,刺之可开窍启闭,醒元神,调脏腑,兴奋上行激活系统,解出脑细胞抑制状态,改善脑循环;三阴交为足之三阴经之交会穴,补之能调三阴气血,益脑髓,安神志,促进脑生理功能的恢复;十宣穴为经外奇穴,穴位皮下组织分别分布有正中神经和尺神经,此穴可激活神经免疫应答,开通心窍,唤醒元神之功,配极泉、尺泽、合谷、委中等穴可疏通经络、调和气血。

中风的基本病机是窍闭神匿,神不导气,醒脑开窍针法正是基于此病机与其症状特点确定并逐步完善的,治疗原则以醒脑开窍、滋补肝肾为主,以疏通经络为辅,将醒脑、开窍、调神、通导精气的整体性治疗与根据具体症状取相应有效腧穴的局部性治疗有机的结合在一起,再结合施治过程中规范操作手法及针刺量学要求,最终达到振奋人体正气,激发人体潜能,对抗病邪的目的^[5]。醒

脑开窍针刺法中多数穴位与支配四肢肌肉的神经走行相一致,针刺这些穴位时可直接通过这些神经将针刺信息传至脊髓,再由脊髓传出纤维将神经冲动传至瘫痪肌肉的神经肌肉接头(即运动神经板),产生肌肉收缩反射^[6-7]。当中风时,椎体束受损,中枢的上运动神经元不能将神经冲动下传到脊髓,再传至肌肉,但是由于下运动神经元是正常的,针刺信息主要靠脊髓的反射中枢将信息整合后传入瘫痪肌肉,产生主动性收缩,此时针刺可起到两方面的作用,一则通过脊髓初级运动中枢兴奋瘫痪肌肉防止废用性肌肉萎缩;二则通过反复刺激来兴奋大脑高级运动中枢,帮助恢复和重建正常反射弧^[8]。总之,醒脑开窍针刺法的创立是基于神经生理学基础上的丰富临床经验的总结,已经被越来越多的科学实验所证实,用醒脑开窍针刺法治疗中风可收到标本兼治的效果,在临床中可辨证实施应用。

参考文献

- [1] 李健敏,黄彬城.醒脑开窍针法联合电针对脑梗死急性期神经功能缺损的疗效观察[J].中国中医急症,2014,23(8):1373-1374.
- [2] 侯永宾,贾秀贤.醒脑开窍针法联合肌氨肽苷与早期康复治疗急性脑梗死临床观察[J].现代中西医结合杂志,2015,24(33):3726-3728.
- [3] 孙秋华,李建美.中医护理学[M].中国中医药出版社,2007.
- [4] 刘姗姗,孙海波.《黄帝内经》与耳鼻咽喉相关理论探析[J].辽宁中医药大学学报,2017,19(3):160-163.
- [5] 石学敏.石学敏针灸全集[M].2版.北京:科学出版社,2016.
- [6] 张曦,王世娟,王恩龙.运用石学敏“醒脑开窍”针法治疗中风的研究[J].实用中医内科杂志,2012,26(4):22-23.
- [7] 毕小丽,胡建芳,周伍.醒脑开窍针法对脑梗死患者意识障碍的影响[J].江苏中医药,2014,46(2):65-66.
- [8] HSUEH T P, HUNG Y C, HU W L. Impact of acupuncture therapy in postoperative aortic dissection patients with cerebral infarction: A case study [J]. Chin J Integr Med, 2017, 23(1): 76-79.

(本文编辑:尹佳杰)