

中医康复护理对脑梗死患者功能康复的影响

——附 43 例临床资料

王启月 陈 燕 杨 旭

(江苏省第二中医院, 江苏南京 210017)

摘 要 目的:观察中医康复护理对脑梗死患者功能康复的影响。方法:将 86 例脑梗死患者随机分为试验组 43 例和对照组 43 例。对照组采用常规内科护理,试验组在对照组护理基础上加用中医康复护理。4 周后比较 2 组护理干预前后 NIHSS 评分、MMSE 评分、ADL 评分及 QLI 评分改善情况。结果:试验组较对照组能显著降低 NIHSS 评分,提高 MMSE、ADL 及 QLI 评分。结论:中医康复护理干预脑梗死患者功能康复效果确切,可减少神经功能缺损症状,改善认知能力,提高生活能力及生活质量。

关键词 脑梗死 中医康复护理 功能康复

中图分类号 R743.310.5

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)11-0062-03

近年来,我们在常规内科护理基础上,加用中医康复护理方案,观察其对脑梗死患者功能康复的影响,结果效果显著,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2012 年 10 月~2014 年 1 月期间我院康复科住院患者,共 86 例,随机分为 2 组。试验组 43 例:男 23 例,女 20 例;年龄 46~78 岁,平均年龄 62.6 岁。对照组 43 例:男 22 例,女 21 例;年龄 52~77 岁,平均年龄 63.2 岁。2 组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 脑梗死诊断符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议通过的《各类脑血管疾病诊断要点》^[1],且经头颅 CT 或 MRI 检查确诊,病情程度采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评定。

1.3 纳入标准 (1)符合诊断标准;(2)神志清楚,且 18 岁≤年龄≤80 岁,男女不限;(3)轻中度患者,4 分≤NIHSS 评分≤20 分;(4)住院周期大于 30d 且愿意配合中医康复护理操作的患者。

1.4 排除标准 (1)合并意识障碍及病情较重者,NIHSS 评分≥20 分;(2)合并有感染发热、手术外伤者;(3)有血液系统疾病或恶性肿瘤晚期的患者;(4)合并有严重的心、肝、肾系统疾病及其他器官功能不全者。

2 研究方法

2.1 对照组 给予内科常规护理方案。包括卧床休息、病情观察、遵医嘱治疗、保持呼吸道通畅、对症处理、心理护理、健康教育等,对患者实施生活照顾,满足患者的安全需要和日常生活需要,协助其最基本的康复锻炼,指导患者床上的主动和被动活动,预防卧床并发症,防止肌肉萎缩,增强肌肉力量。

2.2 试验组 在对照组护理基础上加用中医康复护理方案。即采用中医传统的穴位按摩、功能锻炼、物理作业治疗及情志护理等。

2.2.1 穴位按摩 按摩穴位包括患者的肩井、肩贞、肩髃、肩髃、曲池穴、手三里、合谷穴、内关穴、少海穴等上肢穴位,腰及下肢的肾俞、环跳、委中、承山、髂关、伏兔、足三里、阳陵泉、三阴交、悬钟、丘墟、太冲等穴位。每次按摩上下肢体各取 3~5 个穴位,采用推、拿、捻、搓、滚、擦、一指禅点按等手法。一般在患者病情平稳后,采用坐位(或仰卧位),护士每日为其进行推拿按摩两次,每次 30min。在穴位按摩的同时帮助患者进行关节的主动和被动活动。

2.2.2 功能锻炼 配合康复师对患者进行康复功能锻炼,循序渐进,协助患者获取生活自理能力。(1)协助床上左右翻身,这是最基本的躯干功能训

基金项目:南京中医药大学临床教学改革 2012 年度立项课题(LCJG/B/1212)

练之一。(2)协助患者练习从健侧或患侧坐起。坐位是患者最容易完成的动作之一,也是预防体位性低血压及日后站立、行走等一些日常生活活动所必需,可与翻身训练同时进行。(3)在患者能独立坐稳后开始站位锻炼。患者能独自站稳后,让患者重心逐渐移向患腿,训练患腿的持重能力,并练习双腿交替前后迈步和重心的转移。待患者可独立站立,患腿持重达体重的75%以上,并可向前迈步时,开始步行锻炼。

2.2.3 物理作业治疗 在患者功能锻炼阶段能独立坐稳后即开始物理作业治疗。借助各种康复器材和设备,协助患者进行主动或被动功能训练,内容包括日常生活能力训练,如吃饭、个人卫生、穿衣、洗澡、做家务、参与工艺活动等。(1)上肢功能训练采用套圈、螺丝板、木插板等作业训练器,以锻炼手指的感觉、灵活度和协调性。应用 MOTO-Med 训练仪对患者上下肢进行主、被动运动,锻炼肌肉力量和关节灵活度,提高肌力及肌张力。(2)下肢功能训练采用磁灵阻尼康复车、平行杠、训练用阶梯等加强对下肢活动障碍、下肢肌力减退等方面的矫正。

2.2.4 情志护理 脑梗死患者情绪波动较大,易出现抑郁或焦虑状态,这与疾病的突然发生、丧失或减弱生活能力有关。护士多与患者进行沟通,关注患者的心理变化,并主动热情地对患者进行心理安抚,耐心细致地向其讲述疾病治疗及康复锻炼的过程、注意事项等,消除紧张和焦虑情绪,使患者保持开朗乐观的心态,树立战胜疾病的信心,积极配合治疗和护理。鼓励患者积极进行康复锻炼,对表现较好的患者,护士及时给予鼓励与表扬。定期召开座谈会,请恢复较好的患者现身说法,促进患者彼此交流和沟通,增强患者战胜疾病的信心和勇气,为患者建立更多的社会支持系统。

所有患者入院后,均由管床护士及时采集病史,进行入院评估。2组患者均于开始护理干预的第1天填写统一观察表,每周记录1次,共观察4周。4周后评价其生活自理能力、生活质量、神经系统功能以及认知功能改善情况。

3 效果观察

3.1 观察指标 (1)神经功能缺损。采用美国国立卫生院卒中量表(NIHSS)的计分法。该量表从意识

水平、凝视、视野、面瘫、上肢运动、下肢运动、共济失调、语言感觉、构音障碍、忽视症等11个方面进行评分,计算出总分。(2)认知功能。采用简易精神状态量表(MMSE)进行评分,不受被试者的性别、文化程度和经济状况等因素影响,总分为30分。文盲组小于17分,小学组小于20分,中学组及以上小于24分即说明有认知功能障碍。(3)日常生活能力。采用日常生活能力量表(ADL)评估,以 Barthel 指数评定患者的日常生活自理能力。量表总分100分,分为完全自理(100分)、轻度依赖(75~95分)、中度依赖(50~70分)、重度依赖(25~45分)、完全依赖(0~20分)5个等级。(4)生活质量。采用 Spitzer 生活质量指数量表(QLI)评定患者生活质量。包括运动、日常活动、健康意识、家庭和朋友支持、生命观5个方面,每个项目按轻重程度分别记为0、1、2分,总分为10分,用于评估病人的疾病治疗效果和生活质量。

3.2 统计学方法 本研究所有数据均采用 SPSS 16.0 软件处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用卡方检验,以 $P < 0.05$ 为有显著性差异。

3.3 研究结果

3.3.1 2组患者 NIHSS 和 MMSE 评分比较 见表1。

3.3.2 2组患者 ADL 和 QLI 评分比较 见表2。

表1 试验组与对照组护理干预前后 NIHSS 和 MMSE 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	NIHSS 评分		MMSE 评分	
		护理干预前	护理干预后	护理干预前	护理干预后
试验组	43	6.73±2.12	3.12±1.71*▲	22.14±3.10	28.73±5.27*▲
对照组	43	6.49±2.05	4.93±2.33	23.22±4.20	24.34±6.56

注:与本组护理干预前比较,* $P < 0.05$;与对照组护理干预后比较,▲ $P < 0.05$ 。

表2 试验组与对照组护理干预前后 ADL 和 QLI 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	ADL 评分		QLI 评分	
		护理干预前	护理干预后	护理干预前	护理干预后
试验组	43	33.72±7.28	22.15±3.55*▲	5.73±1.39	8.39±3.28*▲
对照组	43	33.65±5.26	29.34±4.97	5.83±2.13	6.72±3.57

注:与本组护理干预前比较,* $P < 0.05$;与对照组护理干预后比较,▲ $P < 0.05$ 。

4 讨论

脑梗死为严重威胁中老年人群生命健康及生活质量的一种常见病和多发病,具有高死亡率和高致残率的特点。前期经过积极治疗后,即使多数患者被挽救回生命,但也多因脑组织损伤严重而留下不同程度的神经系统功能障碍,使患者丧失或减弱了社会活动能力,同时患者自身亦由于突发的病变而受挫,进而产生悲观情绪,丧失生活信心,影响患者的康复锻炼及神经功能恢复。

孟河医派名家屠揆先调木培土法治疗心悸的经验

曹震 张琪

(常州市中医医院, 江苏常州 213003)

摘要 已故名老中医屠揆先为孟河医派名家,其辨治心悸经验丰富,认为此病病因复杂,病机虚实夹杂,治疗不离乎心又不止于心,除了从心本脏的气血阴阳着手外,还十分注重对肝胆、脾胃的调补,调木以生,培土以资,令归于和,以宁心定悸。

关键词 心悸 中医药疗法 名医经验 孟河医派

中图分类号 R256.21

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)11-0064-03

心悸是指患者自觉心中悸动,惊惕不安,不能自主的一种病症,多见于现代医学中各种原因引起的心律失常,如心动过速、心动过缓、期前收缩、心房颤动与扑动、房室传导阻滞及病窦综合征、预激综合征、心力衰竭、心肌炎、心包炎以及心脏神经官能症等心脏疾病。由于心悸只是一个临床症状,中西医很多疾病都可出现,所以病变复杂,临

证难于辨证识机,治疗颇为棘手。屠揆先为孟河医派当代名家,少年时师从叔父孟河名家费伯雄再传弟子屠士初、堂兄屠贡先习医,深得孟河医派费氏一脉精髓,又博采众长、古今并蓄,临证施治,圆机活法,知守善变,胆大心细,悬壶龙城近七十年,疗效卓著,有“屠半仙”之誉。屠老继承前贤辨治心悸的见解与经验,又在临床积累丰富的经验,认为

基金项目:江苏省科技厅科研项目“屠揆先心系疾病诊疗经验及临床应用示范研究”(BE2009614);江苏省中医药局科研项目“孟河医派名家治疗心系疾病学术思想、临床经验研究”(HZ07001)

中医学认为,脑梗死属于“缺血性中风”范畴,病因多由于忧思恼怒,精血亏耗,阴亏于下,阳亢于上,内风旋动,气血逆乱,夹痰夹瘀,横串筋脉,上蒙清窍,阻滞肢体脉络。中医康复护理学属于中医护理学的一个新兴领域,是运用中医整体观念和辨证施护理论,利用传统康复护理的方法,配合康复医疗手段、传统康复训练和养生方法,对残疾者、慢性病者、老年病者以及急性病恢复期的患者,通过积极的康复护理措施,使身体功能和神情志能尽量地恢复到原来的健康状态,在康复治疗中占有重要地位。我们在临床护理中发现,针对缺血中风阴阳失调、气血逆乱、痰瘀阻滞的病理状态,护理干预上应以调和阴阳、顺降气血、化痰祛瘀通络为法。应用穴位按摩能够对受阻经脉进行疏通,达到祛风化痰、行气活血、滑利关节的功效,促使肌体功能恢复。而进行肢体推拿,可对周身经脉进行调整,有利于协调阴阳气血的平衡,使脑部有关区域神经得以兴奋,具有调整中枢神经系统感觉运动功能的作用。其中揉法具有舒筋活血的功效,而拍打法则能够促使神经兴奋,使阳气振奋,具有宣通营卫的功效;拿捏法能够泄热化痰、

具有祛风之功效;一指禅推法能够通经络、行气血。物理作业治疗,可显著扩张躯体血管,使局部血流量得以增加,促进血液循环及新陈代谢,可显著增加肌肉耐受力及弹力,避免患者肌萎缩的发生。情志护理,主要是通过护理人员的言行举止及面对面的交流等来影响和改善病人的情绪,解除其顾虑和烦恼,从而增强战胜疾病的意志和信心,减轻消除引起病人痛苦的各种不良的情绪和行为。

本临床观察结果表明,在常规内科护理基础上,加用中医康复护理方案,可促进脑梗死患者功能恢复,显著减少神经功能缺损症状,改善认知功能,提高生活能力及生活质量,值得临床推广应用。

5 参考文献

[1] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379

第一作者:王启月(1971-),女,护理学及心理学双学士学位,副主任护师,从事临床护理及护理管理工作。

通讯作者:陈燕, wuzixm@sina.com

收稿日期:2014-06-01

编辑:傅如海 岐 轩