

中风恢复期患者应用手法按摩结合情志护理研究

郑丽芬

缙云县第二人民医院护理部, 浙江 缙云 321404

[摘要] 目的: 观察对中风恢复期患者应用手法按摩结合情志护理的临床疗效。方法: 将122例中风恢复期患者按随机数字表法分为2组各61例, 对照组行中风常规护理, 观察组在对照组基础上行手法按摩及情志护理, 比较2组的神经功能缺损、运动功能、日常生活活动能力、焦虑、抑郁及徒手肌力等情况。结果: 与干预前比较, 2组神经功能缺损情况均好转 ($P < 0.05$)。2组干预后 CNS 评分比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。与干预前比较, 2组运动功能情况均好转 ($P < 0.05$)。2组干预后 FMA 评分比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。与干预前比较, 2组日常生活、活动能力情况均好转 ($P < 0.05$)。2组干预后 Barthel 指数比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。与干预前比较, 2组焦虑、抑郁情况均好转 ($P < 0.05$)。2组干预后 HAMA、HAMD 评分比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。与干预前比较, 观察组实施干预后的徒手肌力好转 ($P < 0.05$), 2组实施干预后 MMT 分级情况比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 对中风恢复期患者应用手法按摩及情志护理, 可明显改善其感觉、心理、运动、行为能力等功能。

[关键词] 中风; 手法按摩; 情志护理

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 02-0287-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.131

中风(stroke)即脑卒中, 是一系列急性脑血管循环障碍性疾病(动脉痉挛、狭窄、闭塞、破裂等)的总称, 以脑出血、脑梗死等为主^[1]。根据卫生部统计, 国内每年新增脑卒中患者约150万, 虽然死亡率明显下降, 但其致残率高达86.5%, 5年复发率约为30.0%, 即使患者幸存, 也会留有不同程度的运动、心理、神经、认知功能等障碍, 不仅严重影响患者生活质量, 也为其家庭带来了沉重负担^[2]。因此, 如何尽快改善脑卒中后各类功能障碍, 是临床关注的新重点。笔者探讨了对中风恢复期患者应用手法按摩结合情志护理的临床疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择 符合中风相关诊断标准^[3], 且经CT、核磁共振成像(MRI)等检查确诊。纳入标准: 处中风恢复期, 即发病2周~6月; 年龄55~80岁; 病情稳定, 无明显意识障碍, 但有肢体功能障碍; 签署知情同意书且自愿入组者。排除标准: 蛛网膜下腔出血、脑干出血、血管瘤破裂出血; 复中; 行溶栓治疗, 或行脑出血手术; 昏迷; 有精神病史, 或近期服用过抗抑郁、焦虑类药物; 合并其他重要脏器、系统严重疾患; 老年性痴呆, 脑萎缩, 聋哑或失语者。剔除标准: 不符合纳入标准; 未按研究方案实施相应护理; 因复中或发生严重不良事件、伴随疾病终止试验; 自行退出者。

1.2 一般资料 选择2012年1月—2013年12月本院就诊住院的中风恢复期患者122例, 根据随机数字表法分为2组各61例, 观察组男38例, 女23例; 年龄56~80岁, 平均(68.3±8.9)岁; 脑梗死50例, 脑出血11例; 病变部位数, 1个24例, 2个27例, ≥3个16例; 瘫痪肢体, 左上肢14例, 左下肢16例, 右上肢17例, 右下肢14例。对照组男40例, 女21例; 年龄55~80岁, 平均(67.3±9.1)岁; 脑梗死48例, 脑出血13例; 病变部位数, 1个22例, 2个28例, ≥3个15例; 瘫痪肢体, 左上肢16例, 左下肢15例, 右上肢17例, 右下肢13例。2组一般资料经统计学处理, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 护理方法

2.1 对照组 予以中风常规护理, 主要内容如下: 保持病室光线柔和、安静整洁, 避免一切不良刺激(如强光、噪声等); 患者应卧床休息, 若中脏腑, 取头部稍高平卧位; 若中经络, 取去枕平卧位; 若流涎、呕吐物较多, 宜将头偏向一侧, 若有烦躁表现, 应加床栏; 在护理过程中, 保持单位清洁, 尽量减少患者裸露时间, 注意防寒保暖, 四肢尤为重要, 对于半身不遂者, 应保持四肢功能位置, 定期为其翻身拍背; 定期清洗口腔(金银花、甘草、盐水), 若眼睑不能闭合, 先用生理盐水冲洗, 再覆盖湿纱布, 若尿失禁, 留置导尿管, 定期冲洗膀胱;

[收稿日期] 2014-10-04

[作者简介] 郑丽芬(1965-), 女, 主管护师, 研究方向: 护理管理。

密切观察患者生命体征变化,若发生剧烈头痛、呕吐(血)、颈项强直等,应立即告知医师处理;实施辨证施护,如阳闭证,应冰敷头部,针刺人中、风池、涌泉等相关穴位;脱证,应灸神阙、关元、气海等穴位;尿潴留者,应按摩关元、气海、中渚等穴位;便秘者,可予以番泻叶、麻仁丸等泡水喝,饮食宜清淡,应以低糖易消化类为主,多食蔬菜、水果,禁烟酒;若吞咽困难,可予以米汤、菜汤、牛奶、豆浆等鼻饲;神志清醒者,予以心理护理,增强其治愈信心,强调忌怒,避免情志刺激;强调生活作息规律、心情舒畅、功能训练等的重要性,以防复发。

2.2 观察组 在中风常规护理基础上,予以手法按摩及情志护理。手法按摩:患者取仰卧位,选择瘫侧上肢的合谷、内关、曲池、少海及下肢的涌泉、昆仑、照海、内外膝眼等穴位;执行者一只手与患者合谷穴交叉后,以拇指指腹、中指或示指分别按压合谷、内关,另一只手以拇指、中指或示指分别按压曲池、少海;与此同时,托住肘关节,将上肢托起,在肱骨外旋状态下,依次做肩关节、肘关节、腕关节、指关节等运动;执行者一只手以拇指、示指同时按压瘫侧下肢内外膝眼,另一只手以中指或示指、拇指分别按压照海、昆仑,注意虎口过跟腱;与此同时,双手抬起瘫侧下肢,做髋关节运动,按压膝眼的手改握瘫侧小腿,中指或示指捏压承山,再做瘫侧屈膝、屈髋运动,中指或示指捏压承山,后活动踝关节;每个动作重复10~20遍;每隔1~2h翻身1次,选择平卧位、健侧卧位交替,尽量减少患侧卧位。情志护理:在常规心理护理基础上,加行以下护理:在患者康复治疗过程中,根据其文化程度、爱好、性格等,为其播放同质音乐,如抑郁者,宜听欢快的喜相逢、小开门等;焦虑者,宜听舒缓的梁祝、蓝色多瑙河等,治疗完成后,为其播放相声、小品等可娱乐身心的节目,每天1次,每次1h;根据“喜胜忧”的中医思想,鼓励患者多与医护人员、家属交流回忆以往愉快的事情,经常为其讲述幽默风趣类故事,以通过喜悦抑制抑郁;根据“一念代万念”的中医思想,指导患者通过30min静卧、静坐、静立等方法达到自我控制,期间引导患者想象在自己最喜欢的环境做最喜欢的事情,以缓解负性情绪。

2组均护理干预1月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 神经功能缺损评价量表(CNS)^[6]:共分为意识、语言、面瘫、水平凝视功能、肌力(上肢、手、下肢)、步行能力等项目,总分以0~45分计,分值越高,提示神经功能缺损越严重。运动功能评价量表(FMA)^[6]:共分为50个项目(上肢运动、下肢运动测评各占33项、17项),每项均采用三级评分制,以0~2分计,总分100分,分值越高,提示运动功能越好。日常生活、活动能力评价(Barthel指数)^[6]:共分为修饰、洗澡(二级评分制,0分、5分),穿衣、进食、用厕、小便及大便控制、上下楼梯(三级评分制,0分、5分、10分),

平地行走、床椅转移(四级评分制,0分、5分、10分、15分)等10个项目,总分100分,分值越高,提示日常生活、活动能力越好。汉密尔顿焦虑、抑郁量表(HAMA、HAMD)^[7]:前者共有14个项目(躯体性焦虑、谨慎性焦虑因子各占7项),采用五级评分制,以0~4分计,分值越高,提示焦虑症状越严重;后者共有24个项目(7个因子),采用五级评分制,以0~4分计,分值越高,提示抑郁症状越严重。徒手肌力评价(MMT)^[8]:采用六级评价制,即0级、1级、2级、3级、4级、5级分别表示零、微弱、差、可、良好、正常。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0统计软件处理,计数资料采用 χ^2 检验;计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。

4 护理干预结果

4.1 2组CNS评分比较 见表1。与干预前比较,2组神经功能缺损情况均好转($P < 0.05$)。2组干预后CNS评分比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表1 2组CNS评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	干预前	干预后
观察组	61	18.9±7.4	11.5±5.8 ^{①②}
对照组	61	18.2±7.9	14.8±7.0 ^①

与本组干预前比较,① $P < 0.05$;与对照组干预后比较,

② $P < 0.05$

4.2 2组FMA评分比较 见表2。与干预前比较,2组运动功能情况均好转($P < 0.05$)。2组干预后FMA评分比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表2 2组FMA评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	干预前	干预后
观察组	61	28.1±19.4	50.0±20.5 ^{①②}
对照组	61	28.9±20.4	37.5±19.6 ^①

与本组干预前比较,① $P < 0.05$;与对照组干预后比较,

② $P < 0.05$

4.3 2组Barthel指数比较 见表3。与干预前比较,2组日常生活、活动能力情况均好转($P < 0.05$)。2组干预后Barthel指数比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表3 2组Barthel指数比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	干预前	干预后
观察组	61	34.5±19.8	56.5±20.0 ^{①②}
对照组	61	35.1±20.6	47.2±21.1 ^①

与本组干预前比较,① $P < 0.05$;与对照组干预后比较,

② $P < 0.05$

4.4 2组HAMA、HAMD评分比较 见表4。与干预前比较,2组焦虑、抑郁情况均好转($P < 0.05$)。2组干预后HAMA、HAMD评分比较,差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表4 2组HAMA、HAMD评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	HAMA		HAMD	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	61	20.9±11.3	12.1±7.8 ¹⁾²⁾	24.0±13.4	14.3±9.5 ¹⁾²⁾
对照组	61	20.5±10.8	16.8±10.5 ¹⁾	23.9±13.1	20.5±12.6 ¹⁾

与本组干预前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组干预后比较, ② $P < 0.05$

4.5 2组MMT分级情况比较 见表5。与干预前比较, 观察组实施干预后的徒手肌力好转($P < 0.05$), 2组实施干预后MMT分级情况比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表5 2组MMT分级情况比较 例

组别	n	干预前				干预后			
		≤1级	2级	3级	≥4级	≤1级	2级	3级	≥4级
观察组	61	21	13	19	8	12	4	24	21
对照组	61	19	12	18	12	18	8	22	13

5 讨论

偏瘫是中风后最常见的症状。从中医学角度看, 偏瘫是指单侧上下肢瘫痪, 不能随意任用的症状, 可分为弛缓性、拘挛性。历代医家对其的康复治疗均有贡献, 为临床积累了丰富的针灸、导引、推拿等治疗经验, 早期导引按摩在促进中风患者运动功能恢复中有重要地位。本研究中, 手法按摩的穴位选择了瘫侧上肢的合谷、内关、曲池、少海及下肢的涌泉、昆仑、照海、内外膝眼。合谷(手阳明大肠经原穴), 具有通经络、止痛的功效, 可促进血脉经气通畅; 内关(络穴), 主治与气机阻滞相关的肢体、脏腑器官等病变, 与曲池穴配合, 可治上肢不遂; 曲池(手阳明经合穴), 与合谷配合, 主治上肢瘫痪; 少海(手少阴心经和穴), 具有理气通经、宁心安神的功效, 主治手颤、臂麻酸痛、肘臂屈伸不利; 涌泉(足少阴肾经井穴), 具有通络强筋的功效, 主治头晕、头痛、中风昏迷、癫狂、下肢疾病等; 昆仑(足太阳膀胱经经穴), 主治头痛、目眩、腰痛、肩背拘急、脚跟痛等; 照海(足少阴肾经经穴), 具有调理经、气、血的功效, 主治下肢痿痹、失眠、目痛、癫痫、癱闭等; 膝眼(足阳明胃经经穴), 具有通经活络, 理气消肿, 疏风散寒的功效, 主治下肢瘫痪、关节屈伸不利、膝痛等。另外, 在手法按摩的同时, 应遵循“活动范围从小到大”的原则活动各关节(肩、肘、腕、指等关节), 双手配合, 边动边按。中医学理论指出, 中风预后与情志因素息息相关。因此, 在中风恢复期应用情志护理是相当关键的。情志护理是利用中医情志学说或西医心理行为学说等理论、方法来调控患者情绪、行为等心身疾病的护理手段, 具有简便、易行、有效、安全等特点。主要通过调控、解除、矫正、抑制负性情志(即否定性情志), 培养、扶持、建立、塑造正性情志(即肯定性情志), 以促进个体心身健康的恢复; 类似五行相克, 五志(即喜、怒、悲、忧、恐)之间也相互制约着, 如喜胜忧, 而利用情志相胜法, 便可促使负

性心理趋于平衡, 归于正常; 良性精神导向(如欢乐等), 对机体生理有正性作用(良性), 对某些器质性或功能性病变也有独特作用。

本研究结果显示, 2组实施护理干预后的神经功能缺损情况、运动功能、日常生活活动能力均有明显改善, 观察组的焦虑、抑郁及徒手肌力情况也有明显改善, 观察组各疗效指标改善更为明显($P < 0.05$), 提示对于中风患者, 常规护理联合手法按摩、情志护理干预的疗效更优。

规范化的早期康复疗法, 可改善中风患者的感觉、心理、运动、行为能力等功能, 但改善程度还取决于治疗、护理的持续性。因此, 在急性期康复训练后, 恢复期的康复训练及护理(如手法按摩、情志护理等)也相当重要, 其中不仅包括住院期间, 还应延续到家庭。为保证患者出院后仍可进行科学、系统的康复训练及护理, 可在患者住院期间, 指导其家属练习手法按摩, 学习情志护理等的具体实施方法。但因家属的文化程度、依从性有异, 配合度并不一, 而家庭护理不到位, 极可能影响中风患者的恢复, 降低其生存质量。因此, 如何进一步提高院外康复护理疗效值得深思。

[参考文献]

- [1] 凌云. 112例进展性脑卒中危险因素的临床分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2014, 12(6): 710-712.
- [2] 徐静静. 中风恢复期中西医康复护理研究综述[J]. 中国临床研究, 2011, 3(11): 120-122.
- [3] 方积乾. 卫生统计学[M]. 5版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 538.
- [4] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中国实用内科杂志, 1997, 17(5): 313-315.
- [5] Rabadi MH, Rabadi FM. Comparison of the action research arm test and the Fugl-Meyer assessment as measures of upper-extremity motor weakness after stroke[J]. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 2006, 87(7): 962-966.
- [6] Leung SO, Chan CC, Shah S. Development of a Chinese version of the Modified Barthel Index—validity and reliability[J]. Clin Rehabil, 2007, 21(10): 912-922.
- [7] Garcia-Campayo J, Zamorano E, Ruiz M, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool[J]. Health Qual Life Outcomes, 2010, 8(1): 8.
- [8] 缪鸿石, 朱镛莲. 脑卒中的康复评定和治疗[M]. 北京: 华夏出版社, 1996: 22.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)