

中医康复护理对脑梗死患者功能康复的影响

俞勤儿

杭州市下城区朝晖社区卫生服务中心, 浙江 杭州 310014

[摘要] 目的: 观察中医康复护理干预脑梗死患者的临床疗效。方法: 将80例脑梗死患者随机分为观察组和对照组各40例, 在药物治疗基础上, 对照组开展常规护理, 观察组在对照组护理基础上开展中医康复护理。比较2组的临床疗效和神经功能缺损评分。结果: 2组患者经治疗后症状均有不同程度的改善, 观察组和对照组的总有效率分别92.5%和75.0%, 2组总有效率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。2组治疗前后神经功能缺损评分比较, 差异均有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。2组治疗后神经功能缺损评分比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 对脑梗死患者及时实施中医康复护理, 具有很好改善患者神经功能及促进患者康复的作用。

[关键词] 脑梗死; 中医康复护理; 神经功能缺损评分

[中图分类号] R743.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 02-0216-03

脑梗死是由于脑供血障碍使脑组织缺血、缺氧而引起的脑损害, 属于缺血性脑血管主要疾病; 脑梗死具有发病急、致残率及致死率高等特点, 严重危害患者的健康^[1], 积极开展系统的中医护理康复对降低该疾病的致残率具有积极意义, 就此笔者总结报道如下。

1 临床资料

选择2012年8月~2013年5月在本中心诊治的脑梗死患者80例, 均符合全国第四届脑血管病学术会议制定的缺血性脑血管病诊断标准^[2], 且均经头颅CT或MRI确诊, 无意识障碍, 各种生命体征稳定; Ashworth痉挛评定均为0级, Barthel指数 < 10分。患者年龄61~79岁, 病程7~14天。按就诊顺序将患者随机分为观察和对照组各40例。观察组男21例, 女19例; 平均年龄(74.2±9.5)岁; 平均病程(9.8±1.8)天。对照组男20例, 女20例; 平均年龄(72.7±8.8)岁; 平均病程(9.3±2.7)天。2组年龄、性别、病程比较, 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 采用常规护理, 观察患者的生命体征。

2.2 观察组 在对照组常规护理的基础上, 增加以

下早期中医康复护理。

2.2.1 开展心理沟通 脑梗死患者患病初期在情绪上易出现恐慌, 尤其对疾病的发展、转归和预后会有焦虑, 并会伴发焦躁和恐惧心理。护理人员向家属和患者解释脑梗死疾病的基本知识, 告知患者中医康复治疗过程中各项注意措施, 以及中医护理康复的可能疗效; 护理人员和家属给患者以鼓励, 使患者建立信念和信任, 消除其急躁、疑虑、悲观、恐惧等不良情绪。

2.2.2 肢位体位摆放 根据患者的情况相应调整体位, 包括: 仰卧位: 患者上肢、肩胛骨尽量向前伸, 在肩胛骨下面垫软枕, 防止肩胛脱位; 肩关节向外展呈45°, 肘、腕关节向外展, 掌心向上。在患者腰及髋关节垫软枕, 髋关节稍向内旋, 踝关节背曲, 足尖向上, 防足下垂。健侧卧位: 健侧肩在下面, 处于舒适位置; 患侧肩在上面, 上肢前屈80~90°, 在患侧肩的下方垫软枕, 肘稍屈曲, 前臂旋前, 手伸展。健侧下肢稍后伸, 患侧膝屈曲放在患侧前, 屈髋、屈膝, 其下方垫软枕。患侧卧位: 患者肩前伸前屈, 避免受压, 在其下方垫软枕, 肘伸直, 前臂旋后, 手伸展; 健侧上肢处于舒适位。患侧下肢稍后

[收稿日期] 2013-09-15

[作者简介] 俞勤儿 (1966-), 女, 主管护师, 主要从事全科护理工作。

伸,屈膝,踝中立位;健侧下肢放在患侧下肢前,屈髋、屈膝,在其下方垫软枕。

2.2.3 肢体康复训练 每天定时对患者肩、肘、髋、膝、指、踝关节各部位进行上举、外展和旋转活动,并在任意角度维持肢体状态保持数秒钟,训练和保证肢体控制能力。在患者床边训练坐、站,沿床边开展移步训练,针对功能缺陷及早使用下肢矫形器;训练患者室内步行,每天训练30 min以上。

2.2.4 穴位按摩 对患者患侧肢体的曲池、手三里、外关、合谷、梁丘、血海、足三里、三阴交、太冲等穴位进行按摩,每次按摩30 min,每天按摩1次,促进患侧肢体的血液循环,疏通经络,预防肌肉萎缩和静脉栓塞。

2组患者在护理的同时分别给予药物治疗,包括控制脑水肿、降血压、维持水和电解质平衡,同时给予治疗药物银杏达莫15 mL加入生理盐水250 mL中静脉滴注,护理与药物连续干预14天为1疗程。观察1疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 按脑血管病学术会议《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)》^[2]在给药治疗和护理前、14天后进行神经功能缺损评分的评定。并观察Brunnstrom分级改善情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计软件包分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与结果

4.1 疗效标准 结合相关文献^[3],拟定疗效标准为:基本痊愈:患者肢体功能进步显著,Brunnstrom分级上升至4级以上;有效:患者肢体功能部分恢复,Brunnstrom分级上升至至少1级以上;无效:患者肢体功能无恢复,治疗前后无变化;恶化:患者患肢出现肌肉痉挛、关节脱位等任何一项均为加重恶化。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。2组患者经治疗后症状均有不同程度的改善,观察组和对照组的总有效率分别92.5%和75.0%,2组总有效率比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

4.3 2组治疗前后神经功能缺损评分比较 见表2。2组治疗前后神经功能缺损评分比较,差异均有非常显著性意义($P < 0.01$)。2组治疗后神经功能缺损评分比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例

组别	n	基本痊愈	有效	无效	恶化	总有效率(%)
观察组	40	24	13	3	0	92.5
对照组	40	20	10	9	1	75.0

与对照组比较,① $P < 0.05$

表2 2组治疗前后神经功能缺损评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	40	21.18 ± 8.11	8.95 ± 2.27
对照组	40	20.07 ± 7.39	13.18 ± 3.35

与治疗前比较,① $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

5 讨论

脑梗死是常见的脑血管疾病,我国每年脑血管病新发患者200万人以上,每年约150万人死于该疾患,目前临床上各种诊断治疗技术提高,使脑血管疾病病死率明显下降,但该疾患导致的致残率却明显增加^[4],给家庭和社会带来巨大负担。脑梗死患者的康复是目前临床康复适应的病种之一,许多临床观察显示早期康复训练对脑梗死患者尤为重要。近年来,医疗环境及诊治水平提高,早期康复训练和护理干预逐步成为可能,这样可显著降低病死率及致残率,使患者最大限度地从身心残障中恢复^[5]。

中医学认为脑梗死属于中风病范畴,多因患者精血亏耗、忧思恼怒、情绪波动等导致阳亢于上、经脉阻塞、气血逆乱,而致半身不遂等临床症状。康复护理医学认为患者意识清醒,生命体征平稳,即可开展康复护理训练;康复护理早期开展恰当的姿位摆放、被动按摩、被动关节运动等体位护理,可促进神经功能重建;康复训练对呼吸、消化、免疫和生理活动均能产生有益影响;患者进行早期康复训练,有利于防止肢体挛缩,减少非瘫痪侧的肌肉萎缩,有效预防并发症发生和改善生活质量^[6]。中医康复护理是在现代医学常规康复护理基础上采用穴位按压和功能训练相结合,其中穴位按压可疏通经络,还可起到防治肌肉萎缩、韧带粘连的作用,达到醒脑开窍之效。本研究结果提示中医康复护理对提高脑梗死患者疗效和促进康复具有积极意义,方法简便可行,尤其适宜基层医疗单位和患者后期康复,值得临床推广。

[参考文献]

[1] 朱榆红,赵斌. 神经病学[M]. 北京:北京科学出版社,

- 2010: 111-114.
- [2] 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]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.
- [3] 江基尧, 朱诚, 罗其中. 现代颅脑损伤学[M]. 2版. 上海: 第二军医大学出版社, 2004: 76.
- [4] 王晓, 聂绍平, 马长生. 心血管介入医师在急性缺血性卒中处理中的地位与作用[J]. 中华心血管病杂志, 2010, 38(6): 88-91.
- [5] 刘姿瑶. 中医康复护理对于脑卒中患者功能康复的影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(9): 204-205.
- [6] 詹若燕, 罗秀娟, 陈妙玲. 早期康复干预在脑出血术后偏瘫患者的应用效果[J]. 国际护理学杂志, 2008, 27(4): 379-381.
- (责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

◆ 医案感悟杂谈 ◆

从姚梅龄病例中略窥解表法在小儿焦虑症中的应用

孙寅翔

江西中医药大学姚荷生研究室, 江西 南昌 330006

[摘要] 焦虑症是一种七情引起的内伤疾病, 属于里证。姚梅龄教授认为, 外感是部分小儿焦虑症发病的源头, 应用解表为主治疗此类焦虑症患儿取得了良好的疗效。

[关键词] 焦虑症; 儿童; 解表法; 名医经验; 姚梅龄

[中图分类号] R749.7*2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 02-0218-03

姚梅龄, 江西中医药大学特聘教授, 江西省名誉名中医, 江西中医药大学姚荷生研究室主任。从事中医内科医疗、教学和科研工作近50年, 具有丰富的临床经验。姚教授在临床中发现, 外感是许多焦虑症发生的始动因素之一, 失表是部分焦虑症产生的源头, 也是焦虑状态加重的原因之一, 解表是焦虑症治疗的关键环节。姚教授临床中运用解表法治疗小儿焦虑症多有验效, 兹举验案1例分析如下。

1 病例介绍

关某, 女, 8岁, 2004年4月5日初诊。代诉: 2天前出现发热, 伴咽痛、头痛, 无咳嗽、无流涕。

查体温 38.1℃, 咽红, 无脓点。使用西药退热剂(具体不详)后, 今日体温恢复正常, 继而出现咳嗽, 有痰声, 咯痰色灰黄, 鼻微塞, 有白粘涕, 遇寒则嚏, 口微渴, 大便干结如羊矢, 常难下, 色黑, 小便常黄, 舌质略红, 中间苔略黄厚腻, 脉欠流利, 寸关浮, 两尺偏沉弱, 右寸关浮取略弦, 左不受按, 略虚, 手略自温。患儿自幼常感冒、发热, 易鼻衄, 鼻痂较多, 感冒后常咳嗽, 每次均静脉滴注抗生素, 加服解热镇痛剂治疗。素来较常人偏瘦, 食量亦较同龄人少, 嗜甜食, 长期下眼睑内侧发青。又素胆怯易恐(4岁以前尚可独自上厕所, 从4岁起即不敢上自家

[收稿日期] 2013-08-26

[作者简介] 孙寅翔 (1986-), 男, 医学硕士, 研究方向: 中医内科。