

从而促进身体的康复^[5-6]。本研究中, 观察组患者给予参麦降糖颗粒配合中医护理干预后, FPG、P2hBG、HbA1c 低于治疗前和对照组治疗后; 各项遵医行为评分高于治疗前和对照组治疗后; 褥疮恢复时间和糖尿病足恢复时间短于对照组; 观察组患者的低血糖事件发生率低于对照组, 提示参麦降糖颗粒配合中医护理干预的重要性。

总之, 老年糖尿病患者给予中药参麦降糖颗粒配合中医护理干预, 可以降低血糖水平, 提高治疗的依从性、加快身体恢复, 并且安全可靠, 使患者对护理的满意度进一步提高。

[参考文献]

[1] 崔永华, 王青云. 探讨中医护理对糖尿病治疗的影响[J]. 中国伤残医学, 2013, 21(7): 370, 371.

[2] 严丽. 中医护理用于糖尿病药物治疗 60 例的效果分析[J]. 中国药业, 2013, 22(6): 123, 124.
[3] 杨琳, 关欣, 王紫馨. 糖尿病中医护理的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(10): 1140-1141.
[4] 何菊芹. 糖尿病饮食标准化治疗方案的临床应用[J]. 中国当代医药, 2013, 20(27): 182-183.
[5] 李振英. 中医护理在糖尿病患者中的应用分析[J]. 现代诊断与治疗, 2014, 25(21): 5035-5036.
[6] 陶静, 胡鹏, 徐蓉, 等. 糖尿病患者标准化饮食健康教育的实施[J]. 护理学杂志, 2013, 28(1): 78.

(责任编辑: 刘淑婷)

中医康复护理对脑外伤患者术后功能恢复及社会支持度的影响

董爱平

杭州市余杭区第一人民医院急诊科, 浙江 杭州 311100

[摘要] 目的: 观察脑外伤患者接受中医康复护理干预对其术后功能恢复与社会支持度的影响。方法: 观察本院接收的脑外伤患者 72 例, 按照就诊顺序编号将其划分为 2 组各 36 例, 2 组均予相同的治疗方法, 对照组行常规护理干预, 观察组予中医康复护理干预, 比较 2 组术后功能恢复及社会支持度情况。结果: 行中医康复护理干预后观察组 Fugl-Meyer 运动功能积分法 (FMA) 评分、Barthel 指数及 NIHSS 评分均优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组护理后主观支持、客观支持、支持利用度评分及社会支持总分均较对照组高, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 对脑外伤患者行早期中医康复护理干预, 对改善患者神经功能、运动功能、日常生活自理能力, 获取有效的社会支持具有十分重要的应用意义, 值得临床积极借鉴。

[关键词] 脑外伤; 中医康复护理; 功能恢复; 社会支持

[中图分类号] R651.1+5 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 11-0246-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.110

脑外伤属临床常见病, 发病迅速, 具有较高的致残率及死亡率, 若处理不及时, 易引起认知功能障碍、运动功能障碍及神经功能障碍, 对患者预后造成了严重影响, 故临床多以其脑组织功能重组与修复为治疗及护理出发点。目前, 临床诸多研究资料表明, 强化脑外伤患者中医早期康复护理干预, 对提高其神经功能、运动功能、日常生活自理能力具有十分重要的应用意义, 能有效改善患者病情, 确保其生存质量^[1]。为了深入

探究脑外伤患者接受中医康复护理干预对其术后功能恢复与社会支持关系的影响, 笔者对本院 72 例脑外伤患者行对照研究, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 头部外伤史明确, 均经 MRI 或 CT 检查证实为脑外伤; 受伤前智商处于正常状态, 无社会功能及生活能力缺陷; 文化程度均在小学以上, 均可理解并配合调查问卷; 未

[收稿日期] 2015-06-29

[作者简介] 董爱平 (1984-), 女, 护师, 主要从事术后护理临床工作。

合并其他脏器损伤；临床资料齐全，均签署知情同意书。

1.2 排除标准 脑干出血；溶栓治疗者；脑血管瘤破裂出血；肾、肝、心功能不全；血液系统疾病；脑部手术；不配合本次研究者。

1.3 一般资料 观察病例为 2012—2015 年本院接收的脑外伤患者 72 例，按照就诊顺序编号将其划分为 2 组各 36 例。对照组男 22 例，女 14 例；年龄(32.38 ± 2.65)岁，病程(22.51 ± 4.02)天；观察组男 23 例，女 13 例；年龄(33.11 ± 2.97)岁；病程(22.02 ± 4.50)天。2 组一般资料比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。

2 治疗与护理方法

2.1 治疗方法 2 组均待患者住院后予以常规药物治疗：

头痛者使用罗通定(山西云鹏制药有限公司生产)，每次 30 mg，每天 2 次，口服；阿司匹林(神威药业集团有限公司生产)，每次 300 mg，每天 2 次，口服；扑炎痛(辽宁格林生物药业集团有限公司生产)，每次 500 mg，每天 2 次，口服；益脑宁片(哈尔滨华雨制药集团有限公司生产)，每次 370 mg；每天 3 次。 焦躁者使用劳拉西泮片(Atlantic Laboratories Corporation Ltd.生产)，每次 1 mg，每天 3 次。 记忆力减退者使用脑复康(石药集团欧意药业有限公司生产)，每次 800 mg，每天 3 次，口服；脑复新(广东华南药业集团有限公司生产)，每次 200 mg，每天 3 次，口服。均采用高压氧疗法。

2.2 护理方法

2.2.1 对照组 予以常规护理干预措施：前期协助医生操作，意识不清或伤情较重者须使其头部朝着一侧偏，规避窒息，并行导尿管留置，实时行尿量、色泽观察；详细观察患者生命体征改变情况，及时把握患者病情变化；及时将口腔内异物、分泌物清除，维持呼吸道畅通，并定时叩背翻身，必要状况下行气管切开或气管插管；维持床单清洁，鼓励有效咳嗽；做好对症处理工作，强化健康指导。

2.2.2 观察组 在对照组护理前提下予以中医康复护理干预：

起居护理：春季应早睡早起，适当进行锻炼身体，重视保暖、防寒，可食甘味食物，改善脾脏功能，促进气血生化；夏季晚睡早起，多吃酸性食物；秋季维持心情舒畅，多食苦味食物，泄肺上逆气；冬季晚睡晚起，规避寒凉之气，多食辛润食物； 饮食护理：饮食以高维生素、低脂、清淡、健脾、易消化饮食为主，适当增加山药、黑豆、小米等健脾和胃食物及当归、桃仁、人参等行气补血食物；吞咽困难者以膏状、柔软、糊状为原则，每次吞咽后可做空吞咽动作；腹泻者降低管饲流质量；昏迷者予以鼻饲流食，对鼻饲管进行定期更换； 情志及社会支持护理：首次脑外伤者应用言语开导法，促使患者明确疾病进展、转归，提高认知水平，解除心里顾虑；多发者借助顺情解郁及以情胜情等心理调护法，并利用患者社会关系，立足于五行相克角度，发挥社会支持作用，积极鼓励其诉说恐慌，化郁至畅，疏泄情绪。后期，行家庭支持性情志干预，唤

起患者积极情绪，发挥其心理防御机制，调节其心理社会适应能力； 康复运动疗法：锻炼认知能力，经声音、语言刺激来增强患者觉醒及辨别能力，并锻炼患者的记忆力、思维及注意力；锻炼运动能力，行肢体康复护理，病情平稳后进行患侧按摩，上肢取肩隅、内关、曲池、肩井、合谷等穴，下肢取阳陵泉、昆仑、足三里、悬钟、涌泉、承山等穴。每穴按摩至 3 min 左右，每天 1 次。稳定期后行床上四肢被动训练，譬如躯干运动、坐卧交替、翻身等，规避关节僵硬；恢复期行瘫痪肢体训练，譬如轮椅与床间移动、坐卧位正确变换等，行上下阶梯、步行训练。同时，须锻炼其日常生活能力，进行简单化日常活动(如穿衣、进食、梳洗、行走等)，坚持循序渐进，发挥患者自身能力。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 比较 2 组 Barthel 指数、Fugl-Meyer 运动功能积分法(FMA)评分、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分及社会支持度评分状况。 功能恢复评估标准：参照 NIHSS 评分法，评定神经功能恢复情况，主要内容含意识水平、上下肢运动、肢体共济失调、语言等。得分与神经功能恢复率呈反比；应用 Barthel 指数，评估 2 组日常生活能力，主要内容包括用厕、大小便、穿衣、活动等，总分达 100 分，得分与生活自理能力呈正相关；借助 FMA 评分法行肢体运动功能评价，总分达 100 分，其中轻度运动障碍为 96~99 分，中度运动障碍为 85~95 分，明显性运动障碍为 50~84 分，重度运动障碍为 50 分以下。 社会支持度评分标准：以《社会支持评定量表》(SSRS)^[2]为参照，测量社会支持状况，量表条目共 10 个，其中客观支持条目 3 个，主观支持条目 4 个，社会支持利用度维度 3 个，社会支持总分为各条目计分之总和。得分与社会支持呈正相关。

3.2 统计学方法 实验完毕后将实验结果录至 SPSS18.0 软件中行数据分析，计数资料行 χ^2 检验，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验。

4 结果

4.1 2 组功能恢复情况比较 见表 1。行中医康复护理干预后观察组 FMA 评分、Barthel 指数及 NIHSS 评分均优于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	FMA 评分		Barthel 指数		NIHSS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	36	28.24 ± 8.84	50.38 ± 12.57	42.11 ± 3.11	62.11 ± 9.13	18.75 ± 5.24	11.84 ± 3.97
对照组	36	28.76 ± 8.97	38.11 ± 14.01	42.97 ± 3.44	53.14 ± 9.24	18.01 ± 5.10	15.01 ± 4.38

与对照组干预后比较，① $P < 0.05$

4.2 2 组社会支持度评分比较 见表 2。相较于对照组而言，观察组护理后主观支持、客观支持、支持利用度评分及社会支持度总分均较对照组高，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组社会支持度评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	主观支持	客观支持	支持利用度	社会支持度总分
观察组	36	21.11±4.47	10.87±3.09	7.57±2.87	39.98±8.74
对照组	36	15.24±5.47	8.14±3.04	5.14±2.76	29.17±8.29

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

现代康复理论指出, 脑外伤后脑组织在功能或结构上具有一定的可塑性或重组能力, 基于条件适宜下可诱导部分神经元再生, 经由早期康复训练可促使脑部受损区域一些蛋白基因表达发生改变, 刺激呈潜伏状的突触构成新神经通路, 从而实现轴突联系重建, 替代侧大脑相应皮质作用明显, 进而诱导运动功能早日恢复。

针对脑外伤护理而言, 中医学认为, 基于起居、饮食、情志等基本性护理前提下行中医穴位按摩, 直接作用于人体特定穴位, 行补泻手法, 顺着经络循环或气血运行路线以柔力进行穴位按摩, 可改善气血运行, 调节局部血液循环, 提升肌肉营养, 规避肌肉粘连、萎缩、挛缩, 并具有通经络、醒脑开窍之功效, 能促使患者康复速度加快; 而锻炼其认知能力, 行床上四肢被动训练或上下阶梯、步行训练, 并锻炼其日常生活能力, 可重新组合神经环路网络, 改善中枢神经功能, 进而促使大脑功能早日恢复^[3-4]。

本研究结果提示, 观察组行中医康复护理干预后 FMA 评分、Barthel 指数及 NIHSS 评分均优于对照组($P < 0.05$), 表明对脑外伤患者行早期中医康复护理干预, 能有效改善其神经功能、运动功能, 提高其日常生活自理能力。

脑外伤康复过程十分漫长, 考虑到多方面原因可能无法长期接受住院治疗, 后期功能恢复多于家中渡过, 而家庭属于个体收获情感支持的关键场所, 属于患者最为重要的支持系统, 亦为患者与外界环境沟通的桥梁, 可将外界信息传达给患者, 或向患者反馈外界环境, 可缓解患者精神负担及家庭经济负担, 促进患者身心康复^[5]。有研究指出, 患者亲朋好友参与到疾病治疗及康复护理中对调节患者情绪、改善其预后具有十分重要的应用意义。另有研究指出, 社会支持性情志干预可协助

患者分析并认识自身所面临的问题, 激发内在潜能, 发挥自身优势, 属于二元疗法, 一方面可改善患者临床症状, 提高自信, 重建自我功能及适应功能; 另一方面可帮助患者发现并获取心理资源及社会资源^[6-7]。此外, 患者获取的社会支持状况与术后功能康复情况密切相关, 良好的社会及家庭功能可增强个体社会适应能力。本研究结果提示, 观察组行中医康复护理干预后社会支持度总评分优于对照组($P < 0.05$), 提示对脑外伤患者行维持其自我形象水平、提升其生活质量, 具有重要应用意义, 这与上述研究结论相似。

综上所述, 早期中医康复护理干预对改善脑外伤患者预后具有重要意义, 值得临床积极借鉴。

[参考文献]

- [1] 周雪琴. 早期护理干预联合中医治疗对重度颅脑外伤神经功能损伤康复的影响[J]. 中国美容医学, 2012, 21(18): 648-649.
- [2] 肖水源, 杨德生. 社会支持评定量表[J]. 中国心理卫生杂志, 1999, 13(10): 127-131.
- [3] 谭爱娇. 早期康复护理干预对颅脑外伤患者生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2013, 19(8): 21-22.
- [4] 夏静霞. 早期康复护理对脑外伤患者神经、肢体功能和生活能力的影响[J]. 中国基层医药, 2012, 19(9): 1424-1425.
- [5] 刘冬莲, 钟华贵. 颅脑外伤后患者痉挛性构音障碍的个性化言语康复护理[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(24): 2268-2269.
- [6] 付育梅, 邱桂东, 郭焕如, 等. 关节稳定性训练对脑外伤康复期病人肢体功能障碍的影响[J]. 护理研究, 2013, 27(7 下旬): 2235-2236.
- [7] 范燕娜, 王冬梅, 石卫青, 等. 颅脑外伤术后偏瘫患者的早期康复护理[J]. 护理与康复, 2012, 11(2): 132-134.

(责任编辑: 刘淑婷)