

辨证施护对脑梗死患者生活质量及睡眠的影响

吴丹玲

绍兴第二医院, 浙江 绍兴 312000

[摘要] 目的: 观察中医辨证施护对脑梗死患者生活质量及睡眠的影响。方法: 将 60 例脑梗死患者随机分为 2 组, 对照组给予常规护理; 实验组在对照组的基础上给予中医辨证施护。结果: 护理后睡眠质量指数表 (PSQI) 实验组好转患者明显多于对照组 15 例, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组护理后日常生活活动能力均有改善, 与本组护理前比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 实验组护理后日常生活活动能力与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 脑梗死患者采用中医辨证施护, 可明显改善患者的失眠症状, 日常生活能力明显提高。

[关键词] 脑梗死; 辨证施护; 睡眠质量; 生活质量

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0239-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.091

脑梗死又称缺血性脑卒中, 是临床中较为常见神经内科疾病之一, 通常指患者脑部缺血、缺氧及血液供应障碍造成的脑软化或局限性脑组织缺血性坏死。脑梗死死亡率及致残率均较高, 严重威胁着人类身心健康, 给患者及其家庭带来了严重的生活负担, 因此脑梗死患者的护理尤为重要^[1], 笔者对脑梗死患者采用中医辨证施护, 观察其对患者生活质量及睡眠的变化, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为 2013 年 2 月—2015 年 1 月本院脑梗死患者, 共 60 例, 随机分为 2 组, 每组 30 例。对照组男 14 例, 女 16 例; 年龄 36~67 岁, 平均(48.36±4.53)岁。实验组男 18 例, 女 12 例; 年龄 41~70 岁, 平均(45.76±3.83)岁。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 中医辨证标准 参照《中风病诊断疗效评定标准》^[2]标准。脑梗死主症: 口歪眼斜, 舌语不清、神识混乱、偏瘫; 次症为: 头晕目眩、共济失调、饮水发呛。辨证分型: 肝阳上亢、风痰阻络、血瘀气虚、肝肾不足证型。

1.3 纳入标准 ①符合《中风病诊断疗效评定标准》^[2]中相关规定者; ②经 MRI 或头颅 CT 检测后确

诊为脑梗死; ③无严重肝肾功能性疾病; ④无严重并发症, 如失语、意识障碍、药物依赖、血管性痴呆等; ⑤生命体征稳定者; ⑥自愿签署知情同意书者。

1.4 排除标准 ①排除呼吸衰竭、肝肾功能不全者; ②排除有失语、意识障碍、药物依赖、血管性痴呆等严重并发症者; ③未签署知情同意书者。

2 护理方法

2.1 对照组 采用常规护理方法, 保持患者呼吸通畅, 改善脑部缺氧情况, 建立静脉通道, 对发热患者实施物理降温, 给予患者低脂、低盐、清淡易消化的食物, 与患者家属沟通, 讲解病情, 严密观察患者生命体征变化情况, 帮助患者完成各项身体检测, 用药时应注意患者有无过敏史, 使患者情绪保持稳定、避免刺激。

2.2 实验组 在对照组的基础上给予辨证施护。根据辨证分型进行护理, 肝阳上亢型: 表现为头晕目眩、口苦咽干、易怒、心烦、头痛、偏瘫后血压升高, 苔黄, 脉滑, 口歪眼斜, 护理原则, 保持病房安静, 给予精神护理, 调节患者情绪, 帮助患者树立康复信心, 配以安静舒缓的轻音乐; 血瘀气虚型, 表现为四肢麻木、面色枯黄、口歪眼斜, 苔青瘀、脉滞, 护理原则, 注意保暖、衣被适合, 积极参与锻炼, 配以节奏感强的音乐; 风痰阻络型: 表现为半身不遂,

[收稿日期] 2015-09-25

[作者简介] 吴丹玲 (1984-), 女, 护师, 研究方向: 临床护理学。

言语蹇涩,神志抑郁,护理原则,避免患者情绪受到刺激,保持室内清洁及舒适,配合节奏慢而轻平的音乐;肝肾不足型,表现为,头晕耳鸣、腰膝酸软,舌红苔少,脉细,护理原则,嘱患者睡眠充足,加强饮食,精神放松,配合柔美抒情的音乐。各证型患者都必须坚持运动,嘱患者多进行主动运动,运动要循序渐进,由简单的翻身到坐位,再由坐位到站立,由双足过渡到单足站立。并对患者进行语言康复训练从简单到复杂,让患者主动找人交流,多说话,并给患者提供说话机会。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 日常生活活动能力(ADL)采用 Barthel 指数进行评定;睡眠质量:采用匹兹堡睡眠质量指数表(PSQI)对患者睡眠状况进行评价,包括7个维度,18个条目,总分在0~25分,总分越高,睡眠质量越差,以PSQI < 8分表示睡眠质量好,PSQI ≥ 8分表示睡眠质量差。

3.2 统计学方法 运用SPSS13.0统计软件进行分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。

4 结果

4.1 2组睡眠质量比较 见表1。护理后PSQI < 8分实验组有24例,对照组15例,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	时间	PSQI < 8分	PSQI ≥ 8分
实验组	护理前	5	25
	护理后	24 ^①	6 ^①
对照组	护理前	8	22
	护理后	15	15

与对照组护理后比较,① $P < 0.05$

4.2 2组护理后ADL改善情况比较 见表2。2组护理后ADL均有改善,与本组护理前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);实验组护理后ADL分与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

5 讨论

常见的脑梗死类型一般分为腔隙性梗死、脑血栓形成与脑栓塞,其中脑梗死预占缺血性脑卒中死亡率的80%^[4],临床症状表现为:共济失调、感觉出现障碍、颅内压升高、脑干梗塞及发绀等。我国已进入了老年社会,脑梗死发病率逐年上升,应引起足够的重视。

组别	n	护理前	护理后
对照组	30	11.36 ± 2.45	23.42 ± 4.21 ^①
实验组	30	12.55 ± 2.67	27.63 ± 5.69 ^{①②}

与对照组比较,① $P < 0.05$;与对照组护理后比较,② $P < 0.05$

失眠是脑梗死患者常见的症状之一,资料显示,脑梗死患者的失眠发生率57.9%,失眠与心理因素、脑卒中对脑的直接损伤程度和患者精神压力等因素有关,严重影响患者的康复效果,降低患者生活质量^[5]。中医学认为,中风后睡眠障碍的病机是气机升降失常,阴阳失衡。由于患者到陌生环境会引起紧张不安、害怕、担忧等症状,导致患者睡眠加重。本研究通过辨证施护,各证型不同,采取不同的护理,针对性强,各证型配以不同音乐,不同旋律的音乐以陶冶情操,调节脏腑功能,还可以振奋精神,刺激思维,激励患者战胜疾病的信心^[6]。

脑梗死患者普遍有依赖性和焦虑情绪,对生活失去信心,生活质量下降。因此,在护理工作中,除了协助患者进行积极功能恢复的同时,也需要加强心理疏导。对不同患者其护理、康复、饮食禁忌均不同。密切观察患者语言、行为及其病情变化、疏导患者情绪,使其积极配合护理。本观察提示,脑梗死患者采用中医辨证施治,可改善患者的失眠症状,日常生活能力明显提高。

[参考文献]

- 赵冬. 我国人群脑卒中发病率、死亡率的流行病学研究[J]. 中华流行病学杂志, 2003, 24: 236-239.
- 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- 朱峻岭. 早期综合干预对脑卒中后抑郁/焦虑及ADL、FIM的影响[J]. 中国误诊学杂志, 2010, 10(6): 1337-1338.
- 饶明俐, 王文志, 黄如训. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- 赵书霞. 脑梗死病人的辨证施护[J]. 中医临床研究, 2011, 3(11): 95.
- 周端球. 中西医结合护理急性脑梗死60例临床观察[J]. 新中医, 2000, 32(2): 40-41.

(责任编辑: 马力)