

老年急性缺血性脑卒中患者应用中医康复综合干预对患者肢体功能恢复及生活能力改善效果分析

金楹, 陈晓慧

诸暨市人民医院, 浙江 诸暨 311800

[摘要] 目的: 观察中医康复护理对老年急性缺血性脑卒中患者肢体功能、神经功能及日常生活能力的改善效果。方法: 将68例早期中风偏瘫患者按照随机数字表法分为对照组(神经内科常规护理)与干预组(于对照组护理方案上实施中医康复干预)各34例。比较2组干预前、后神经功能缺损(NIHSS评分)、运动功能(Fugl-Meyer评分)、日常生活能力(ADL评分)及HAMD评分、HAMA评分、临床疗效。结果: 干预后, 2组患者NIHSS评分、Fugl-Meyer评分、ADL评分及HAMD评分、HAMA评分均改善, 且干预组改善较对照组明显, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。临床治疗总有效率干预组91.2% (31/34) 高于对照组61.8% (21/34), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 实施中医康复综合干预有利于改善患者神经功能、运动功能及心理状态, 从而提高日常生活能力。

[关键词] 脑卒中; 中医康复综合干预; 神经功能; 日常生活能力; 神经功能缺损; 运动功能; 汉密尔顿抑郁量表(HAMD); 汉密尔顿焦虑量表(HAMA)

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0257-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.097

老年急性缺血性脑卒中是一种较为常见的神经内科疾病, 患者主要表现为言语不利、口眼歪斜及认知障碍等症状; 甚至还会出现半身不遂。当患者中风后偏瘫因肢体功能等发生障碍, 患者害怕连累家人等而极易发生焦虑及抑郁状态, 最终影响日常生活质量。本研究为探讨中医康复综合干预应用于老年缺血性脑卒中患者中的临床疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

选取本院2013年2月—2015年2月, 共68例老年缺血性脑卒中患者, 按照随机数字表法分为对照组(神经内科常规护理)与干预组(于对照组护理方案的基础上实施中医康复护理), 各34例。符合《各类脑血管疾病诊断要点》^[1]中有关脑卒中的诊断标准, 经CT或MRI确诊, 神志清晰, 伴一侧偏瘫, 生命体征平稳, 肢体功能障碍, 于1人搀扶下可步行5m。排除重度痴呆和认知障碍及失语, 精神疾病, 针刺穴位及附近存在皮损等。干预组男18例, 女16例; 年龄60~78岁, 平均(65.9±2.5)岁; 病程0.6~2.7月, 平均(1.3±0.3)月。对照组男20例, 女14例;

年龄61~79岁, 平均(65.7±2.7)岁; 病程0.5~2.6月, 平均(1.2±0.2)月。2组病程及年龄等资料经统计学处理, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 干预方法

2组均采用银杏达莫20mL加入0.9%氯化钠注射液500mL, 静脉滴注, 每天2次; 葛根素200mg加入5%葡萄糖液500mL中静脉滴注, 每天1次; 奥拉格雷钠80mg加入0.9%氯化钠注射液500mL静脉滴注, 每天1次。同时还控制好患者血压及血糖等水平。

2.1 对照组 于常规治疗基础上实施康复训练, 如被动运动、主动运动及助力运动, 每次持续45min, 每天1次。做好心理指导工作, 加强与患者交流、沟通, 树立其治疗自信心, 给予必要的健康教育, 增强饮食护理, 保障其营养供给。

2.2 干预组 于对照组常规护理方案的基础上实施中医康复综合干预: ①早期按摩康复护理(针灸按摩属于治疗, 而非护理): 软瘫期: 采用针灸治疗, 取

[收稿日期] 2015-12-20

[作者简介] 金楹 (1980-), 女, 主管护师, 研究方向: 观察中医康复对老年急性缺血性脑卒中患者肢体功能方面的影响。

水沟、内关、三阴交及委中等穴位,采取捻转提插结合泻法治疗,留针30 min,每天1次;痉挛期:采用按摩手法治疗,沿其背腓功能带穴位从上而下采用擦法按摩,然后根据患者偏瘫部位选择其手部三阴经穴或足部阳明经穴行擦法按摩。使用一手拇指指腹沿顺时针按压患者百会、头维、印堂等穴位,边按压边揉,力度要适中。②穴位按摩:按和揉尺泽和曲池及手三里、合谷,然后在其腕部和手掌及手指使用擦法进行治疗,并配合其腕关节和指间关节伸屈被动活动。手指关节可配合捻法,时间大约为5 min。患者处坐位,采用按法于其患侧肩部周围和颈项两侧进行按摩,并在运用手法时配合患肢向背后回旋上举和肩关节外展内收等被动活动。使用拿法从其肩部拿至腕部,往返3~4次,并配合活动其肩和肘及腕部摇法。最后用搓法自肩部搓至腕部往返2~3次,约3 min。患者取俯卧位;医生立于患者侧面,先施按法于背部脊柱两侧,自上而下2~3次,重点在天宗、胆俞、肝俞、膈俞、肾俞。然后在脊柱两侧采用擦法治疗,并向下至臀部和股后部及小腿后部。以其腰椎委中、两侧、承山、环跳、跟腱部为重点治疗部位;配合腰后伸和患侧后伸的被动活动,约5 min。患者取健侧卧位,患侧在上,自患侧臀部沿大腿外侧经膝部至小腿外侧用擦法治疗,以髌关节和膝关节作为重点治疗部位,约3 min。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 比较2组干预前、干预后神经功能缺损(NIHSS评分)、运动功能(Fugl-Meyer评分)、日常生活能力(ADL)及心理状态、临床疗效。日常活动能力测试遵循ADL量表(Barlthel指数)评分,分数越高提示患者独立活动性越强^[2]。肢体功能评分遵循Harris肢体功能评分,主要从功能和疼痛程度及畸形、活动度进行评价,分数越高提示功能状况越好^[3]。采用美国国立卫生研究院神经功能缺损评分(NIHSS)评定患者神经功能缺损程度^[4]。采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)^[5]、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评价其抑郁及焦虑情况,其中HAMD量表包含焦虑/躯体化、体质量、认识障碍、日夜变化、迟缓、睡眠障碍、绝望感7个因子结构;其中轻度抑郁:8~20分;中度抑郁:20~35分;重度抑郁:>35分。HAMA量表包括躯体性焦虑、精神性焦虑2个因子结构,轻度焦虑:14~21分;中度焦虑:22~29分;重度焦

虑:>29分。

3.2 统计学方法 数据采用SPSS18.0软件包统计,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验;计数资料以百分率表示,采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准》^[6]。基本痊愈:功能缺失评分减少91%~100%。显效:功能缺失评分减少46%~90%,病残程度1~3级。有效:功能缺失评分减少18%~45%。无效:功能缺失评分减少<17%或增加>18%或死亡。有效率=(基本痊愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2组患者NIHSS评分、ADL评分、Fugl-Meyer评分比较 见表1。干预前,干预组患者神经功能缺损和日常生活能力及肢体功能评分分别与对照组比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),提示2组具有可比性。干预后,2组患者各项评分较干预前改善,差异均有统计学意义($P<0.05$),且干预组较对照组改善,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组患者NIHSS评分、ADL评分、Fugl-Meyer评分情况比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	时间	NIHSS评分	ADL评分	Fugl-Meyer评分
对照组	34	干预前	24.08 \pm 11.18	43.57 \pm 5.81	48.27 \pm 3.68
		干预后	10.64 \pm 4.75 ^①	67.96 \pm 6.32 ^①	57.98 \pm 5.36 ^①
干预组	34	干预前	24.11 \pm 11.21	43.61 \pm 5.75	48.26 \pm 3.72
		干预后	6.42 \pm 4.18 ^{①②}	76.59 \pm 8.28 ^{①②}	68.97 \pm 7.23 ^{①②}

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

4.3 2组患者治疗前后HAMA、HAMD评分情况比较 见表2。干预前,2组HAMA、HAMD评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);干预后,2组患者焦虑、抑郁评分均改善,且干预组改善较对照组明显,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组患者治疗前后HAMA、HAMD评分情况比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

指标	对照组(n=34)		干预组(n=34)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
HAMA	17.8 \pm 7.5	10.6 \pm 5.5 ^①	18.1 \pm 7.1	7.2 \pm 2.9 ^{①②}
HAMD	21.1 \pm 6.2	13.8 \pm 3.5 ^①	20.7 \pm 6.8	8.8 \pm 2.8 ^{①②}

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

4.4 2组临床疗效比较 干预组基本痊愈 18 例, 显效 7 例, 有效 6 例, 无效 3 例; 对照组基本痊愈 10 例, 显效 6 例, 有效 5 例, 无效 13 例; 干预组临床治疗有效率 91.2%(31/34)高于对照组 61.8%(21/34), 2 组总有效率比较, $\chi^2=15.96$, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

5 讨论

脑卒中患者中枢神经阻滞于功能及结构上存在重塑性和再生构造力。随着临床治疗及康复护理进行, 其可使患者神经细胞再生, 加速其受损功能活动再建, 从而有利于患者运动功能的恢复。从本研究结果来看, 干预后, 2 组患者各项评分均较干预前改善, 然干预组改善较对照组明显, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。中医学理论认为, 中风病理基础是由气滞血瘀所引起, 因此, 实施康复干预时需遵循通经活络及活血化瘀等原则。

本研究通过实施针灸及康复按摩护理, 其针刺水沟穴位, 可起到开窍启闭醒脑的效果; 内关具有疏通气血和养心安神功效。三阴交具有益肾生髓之功, 能加速患者脑部生理功能恢复, 通过针刺, 其可有效改善患者动脉血流及脑部血管顺应性, 降低血管阻力。此时, 加以康复按摩刺激, 其可振奋患者阳气, 达到健脑补髓功效, 促进脑部功能恢复, 最终改善神经功能缺损及肢体功能, 提高生活质量。

本研究中干预后 2 组患者焦虑、抑郁评分均改善, 然干预组改善较对照组明显, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。对中风伴偏瘫患者来说, 其因存在肢体功能障碍, 因此, 需人陪伴照顾, 此时患者极易出现不良情绪。而此次研究中通过实施心理疏导和功能训练等基础护理, 最终改善患者不良情绪。此外, 于基

础护理方案上实施中医康复护理, 其有效改善患者临床症状及运动功能等, 让患者感受到治疗效果, 提高其治疗信心, 最终缓解其不良情绪。本研究中干预组最终临床疗效优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 从而进一步提示于基础护理方案上实施中医康复护理具有明显成效, 让患者感受中医康复护理的优越性。

综上所述, 实施中医康复护理不但可改善老年缺血性脑卒中患者的神经功能及运动功能, 提高其日常生活能力, 同时还可缓解患者的不良情绪, 从而更好地促进患者配合治疗, 最终提高临床疗效, 更好地改善其预后。

[参考文献]

- [1] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经内科学杂志, 1996, 29(6): 379.
- [2] 金记平. 脑卒中中医康复单元对急性脑卒中患者生存质量的影响研究[J]. 亚太传统医药, 2013, 9(3): 90-91.
- [3] 夏娟芬. 早期康复护理对脑卒中偏瘫患者日常生活能力的影响[J]. 中国中医急症, 2011, 20(5): 856.
- [4] 周绥临. 中医综合康复护理对 63 例缺血性脑卒中患者的疗效观察[J]. 中医药导报, 2013, 19(6): 120-121.
- [5] 徐华, 施海红, 宋娟, 等. 脑卒中急性期患者中医康复循证护理研究[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(30): 3612-3614.
- [6] 中华医学会精神科分会. CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 87-89.

(责任编辑: 刘淑婷)