

脑栓塞患者实施中医护理对 Barthel 指数及生活质量的影响

钱帆

杭州市江干区人民医院, 浙江 杭州 310021

[摘要] 目的: 观察脑栓塞患者实施中医护理对患者 Barthel 指数及生活质量的影响。方法: 将 80 例脑栓塞患者随机分为 2 组各 40 例, 对照组给予常规治疗和护理, 观察组在对照组的基础上实施中医护理干预, 观察比较 2 组患者干预后临床疗效、Barthel 指数、生活质量等。结果: 2 组患者干预后临床疗效、Barthel 指数、生活质量分别比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者干预后临床疗效、Barthel 指数、生活质量均优于对照组。结论: 对脑栓塞患者实施中医护理干预, 可以有效提高患者的临床疗效、肢体功能、生活质量。

[关键词] 脑栓塞; 中医护理; 肢体功能; Barthel 指数; 生活质量

[中图分类号] R743.33 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0296-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.138

脑栓塞为一种常见的脑外科多发病, 其发病机制为: 随血流入脑循环的颅外栓子阻塞了患者的脑动脉, 导致其脑组织局部突然缺血、缺氧而出现变性、坏死、软化所引起的一系列局灶性神经功能缺损症状, 如讲话不清、偏瘫等。该病种具有进展迅速、病情危重而预后不良的特点, 多数患者会遗留下程度不同的后遗症, 导致生活难以自理, 严重影响该类患者的康复预后和生活质量^[1], 故而, 如何使脑栓塞患者尽可能地恢复日常生活能力, 顺利回归社会, 对患者的身心健康意义重大。笔者对收治于本院的脑栓塞患者在常规治疗和护理的基础上, 加用中医护理干预, 结果报道如下。

1 临床资料

选择 2013 年 1—12 月收治于本院的脑栓塞患者 80 例为研究对象。入选标准: 符合中华神经科学会《各类脑血管疾病诊断要点》^[2]中关于脑栓塞的诊断标准, 且均经 MRI 或 CT 证实为首次发病; 同意参加本研究并签署了知情同意书。排除标准: 同时合并有严重的心、肾、肝等脏器的急性病变, 同时存在精神病史; 有严重认知障碍和意识障碍等的患者。男 45 例, 女 35 例; 年龄 39~68 岁, 平均(47.63±8.55)岁。将患者随机分为 2 组各 40 例, 2 组性别、年龄、瘫痪患侧、入院时病情严重程度、病变性质、治疗等方面经统计学处理, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用常规治疗和护理。常规治疗包括改善脑血液循环及脑代谢(包括三磷酸腺苷、 γ -氨基酪酸、脑复新等药物)、营养脑细胞(包括谷氨酸、银杏叶胶囊等)、抗血小板聚集

等药物(如氯吡格雷、阿司匹林等)治疗, 给药剂量需根据患者症状而定; 常规护理包括饮食指导、生命体征监测、出院指导等。

2.2 观察组 在对照组的基础上, 实施中医护理干预。具体方法: ①中医情志护理干预: 根据中医辨证思想, 及患者的具体情志类型给予相应的护理干预, 干预时间以患者情绪波动情况而定, 如患者终日处于悲伤苦恼状态之中, 其情绪以悲为主, 则以喜胜悲的原理为指导, 通过引导患者回忆过去的一些令其高兴的事情来帮助患者改善悲伤心境; 对于表现为孤独症状的患者则应注意采用恰当的沟通方式进行情志护理干预, 以良好护患关系的建立为基础, 鼓励患者与护理人员及其他患者进行交流, 以便消除患者的孤独情绪; 对于处于焦虑状态的患者, 则应对其发生情绪障碍的原因加以了解原因, 通过对患者忧思原因的耐心倾听, 施以针对性的疏导, 有利于患者摆脱焦虑困扰。②中医饮食护理干预: 脑栓塞患者多存在饮食不节的情况, 恣食厚味以致内生痰浊, 因而常同时合并有高血脂、高血压等病症, 故应以低盐、低糖、低脂为饮食原则, 增加对蛋、鱼、豆制品等优质蛋白以及膳食纤维的摄入量, 选用植物油烹调食物, 肥肉、动物性油脂、动物内脏等为高胆固醇食品, 酱菜、腌菜等为高盐类食品, 均宜少食。指导和协助患者选择清淡饮食, 忌进膏粱厚味之品, 如油炸类、生冷类食物, 避免咖啡、浓茶、辣椒等刺激性饮食, 忌烟酒, 新鲜的蔬菜水果则可以适当进食。③中医康复护理干预: 根据不同的中医证型实施康复护理干预。中经络者, 应于患者病情平稳后尽早实施康复训练, 注意坚持三结合原则, 即被动与主动相结合、床

[收稿日期] 2015-01-20

[作者简介] 钱帆 (1988-), 女, 护师, 主要从事慢性病护理与康复工作。

上与床下相结合、室内与室外相结合的原则, 尽早开始功能锻炼, 长期坚持循序渐进, 始终遵循量力而行。在功能锻炼的不同阶段实施不同的康复护理, 在功能锻炼的初期, 患者的瘫痪肢体尚无法进行自主运动, 此时应指导和鼓励患者用自身意志支配触发神经冲动, 促使瘫痪肌肉产生收缩; 此后应帮助患者进行被动运动, 如实施患肢按摩, 行各大小关节的屈伸、旋转、内收、外展等活动, 有利于患者有效运行气血, 增强肌力; 当瘫痪肢体已恢复到可以做抬举动作时, 此时应指导患者重点加强肢体的自主运动锻炼; 当患者恢复至能立起状态时, 则应尽早搀扶病人进行行走锻炼, 此时应注意保证患者行走锻炼时的安全, 避免出现意外而加重病情, 同时还要帮助患者掌握行走锻炼的正确姿势、适宜速度和有效的锻炼技巧。中脏腑者, 因其易出现肌肉的关节挛缩情况, 故护理人员应对患者实施按摩护理, 方法为协助患肢处于功能位, 关节勿弯曲、扭转, 以按、摩、揉、捏手法, 先轻后重, 自患肢的远心端至近心端进行有节奏的按摩; 帮助和指导患者家属为患者进行肢体关节的屈伸、旋转活动, 遵循先大关节后小关节的顺序, 运动幅度则自小至大, 每次进行 30 min 为宜, 每天 2 次。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察 2 组临床疗效; ②Barthel 指数评价标准: 所有入选患者均在入院时以及干预 12 周后, 由经过相关培训的同一个研究护士采用 Barthel 指数: 对患者进行日常生活能力(ADL)的评价, 主要包括平地行走、床椅转移、上下楼梯、穿衣、洗澡、进食、用厕、小便控制、大便控制等 10 项内容。③生活质量的评价标准: 采用 -1 改良 Rankin 量表(Modified Rankin Scale): 共分为 5 个等级, 患者已完全无症状为 0 级; 虽仍然有症状, 但不存在明显的功能障碍且未对日常工作、生活产生影响为 1 级; 患者轻度残疾, 无法完全独立地完成病前所能进行的活动, 但尚可进行自我照顾为 2 级; 患者中度残疾, 日常生活需他人提供部分帮助, 但尚可独立行走为 3 级; 患者中重度残疾, 无法完成独立行走, 日常生活需要他人提供帮助为 4 级; 患者卧床, 处于大小便失禁状态, 日常生活必须完全依赖于他人的帮助为 5 级。

3.2 统计学方法 所有数据采用 SPSS17.0 统计分析软件处理。

4 疗效标准与护理结果

4.1 疗效标准 临床疗效的评价: 按照中华医学会 1995 年召开的第 4 次全国脑血管病学术会议所确定的标准^[9]。基本痊愈: 患者功能缺损评分减少达 91%~100%, 病残程度 0 级。显著进步: 患者功能缺损评分减少达 46%~90%, 病残程度为 1~3 级。进步: 患者功能缺损评分减少达 18%~45%。无效: 患者功能缺损评分减少或增加在 17% 以内。恶化: 患者功能缺损评分增加达到 18% 以上。以评价为基本痊愈、显著进步、进步患者人数占总人数的比例计算临床治疗总有效率。

4.2 2 组干预后临床疗效比较 见表 1。2 组临床疗效总有效率比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 观察组临床疗效优于对照组。

表 1 2 组干预后临床疗效比较 例(%)

组别	n	基本痊愈	显著进步	进步	无效	恶化	总有效率(%)
观察组	40	21(52.50)	8(20.00)	7(17.50)	3(7.50)	1(2.50)	90.00 ^①
对照组	40	16(40.00)	6(15.00)	6(15.00)	8(20.00)	4(10.00)	70.00

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组入院时及干预 12 周后 Barthel 指数情况比较 见表 2。2 组患者入院时 Barthel 指数情况比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 2 组患者干预 12 周后 Barthel 指数情况比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组入院时及干预 12 周后 Barthel 指数情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	入院时	干预 12 周后
观察组	40	34.65 ± 6.27	84.93 ± 6.52
对照组	40	33.80 ± 6.49	78.68 ± 5.51
t 值		0.596	4.631
P 值		0.553	< 0.05

4.4 2 组患者干预后生活质量情况比较 见表 3。2 组患者干预后生活质量情况比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 2 组患者干预后生活质量情况比较 例

组别	n	0 级	1 级	2 级	3 级	4 级	5 级
观察组	40	14	12	7	4	2	1
对照组	40	6	5	11	8	6	4

5 讨论

中医学认为, 脑栓塞的发病病机主要为患者平素的阴阳失调, 气血亏虚, 劳累伤正, 饮食不节, 恼怒忧思, 时邪入侵等所致。气血逆乱、挟火挟痰以致窜扰经脉, 闭塞心窍, 导致患者出现突然昏仆、言语不利、半身不遂等症。中医学认为, 惊胜喜、喜胜悲、悲胜怒、怒胜思、思胜惊, 如果患者经受长期、强烈的情志刺激, 则机体的正常生理活动会受到严重干扰, 气血脏腑之功能出现紊乱, 引发疾病或原有病的加重。脑栓塞患者特别是存在偏瘫后遗症的患者常会出现各种心理上的不适症状, 大部分患者会于发病后出现对疾病的恐惧心理和对未来生活的悲观情绪, 缺乏神经功能康复的信心, 严重者甚至会产生轻生念头。此时如果患者未得到及时有效的情志调理, 则会长期处于不良情志状态之中或不良情志状态的持续恶化, 严重影响患者的病情康复。饮食是维持机体一切生命活动的基础, 如果不节, 会导致诸多相关病证的出现, 我们在研究中发现患者多存在恣食厚味以致内生痰浊情况, 故认为患者需以低盐、低糖、低脂为饮食原则, 并在此基础上加强养血补气、健骨强身干预, 以提高患者机体自身抵御疾病能力, 促机体早日

恢复健康状态^[4]。脑栓塞患者以抢救治疗后多数还会存在肢体的运动功能障碍，其中最主要的肢体运动功能障碍的表现形式就是偏瘫，患者肢体功能的康复程度，与其日常的独立生活能力以及后期的生活质量密切相关，因而对脑栓塞偏瘫患者实施有效的康复训练十分重要。

本研究中，我们发现观察组患者干预后临床疗效，Barthel 指数，生活质量均高于对照组，提示整体观念和辨证施护的中医理论指导下的中医情志、饮食、康复护理干预，有利于患者阴平阳秘，内外气血通达，疏通肢体经络，强筋健骨，从而促进其肢体、语言的康复，有效减少致残率，进而提高患者的日常生活自理能力和后期生活质量^[5]。本研究结果显示，对脑栓塞患者进行中医护理干预，可以有效提高患者的临床疗效、肢体功能、生活质量。

[参考文献]

[1] 孙丽,董继革,张莲芳,等. 助力电刺激联合任务导向

性训练对卒中足下垂患者下肢运动功能的作用[J]. 中国脑血管病杂志, 2015, 1(1): 7- 11.

[2] 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]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.

[3] 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.

[4] 刘泰, 钟洁. 浅谈建立具有中医优势的卒中单元[J]. 时珍国医国药, 2012, 23(10): 2571- 2573.

[5] 钱佩琼. 中医责任制整体护理模式在脑卒中急性期患者中应用的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(2): 54- 55.

(责任编辑: 刘淑婷)

药膳护理干预对癌症化疗患者胃肠反应及营养状态的影响

杨杰

舟山市妇幼保健院内科, 浙江 舟山 316000

[摘要] 目的: 观察药膳护理干预对癌症化疗患者胃肠反应及营养状态的影响。方法: 将 60 例癌症化疗患者采用随机对照的方式分为 2 组各 30 例, 对照组采用常规饮食指导, 观察组在对照组的基础上采用药膳护理干预, 比较 2 组化疗期间的胃肠反应、营养状态和生活质量。结果: 观察组干预 3 月后的恶心呕吐程度、便秘程度轻于对照组, 食欲、进食情况优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组干预 3 月后营养指数高于对照组, 血清白蛋白、血清总蛋白、血红蛋白均高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组 Karnofsky 评分生活质量情况与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组干预 3 月后三头肌皮脂厚度情况比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 药膳护理干预能够减轻癌症化疗患者的胃肠反应, 改善化疗期间的营养状态, 提高患者的生活质量。

[关键词] 癌症化疗; 胃肠反应; 药膳护理; 营养状态; 生活质量

[中图分类号] R73 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0298-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.139

恶性肿瘤已经成为全球人类最大致死原因。化疗是恶性肿瘤患者重要的全身性辅助治疗手段, 化学药物在杀死癌细胞的同时, 也对正常细胞造成了伤害。因此, 化疗除了治疗效果以外, 还会给患者带来不良反应。胃肠道反应是化疗患者比较常

见的不良反应, 如恶心呕吐、便秘、腹胀、厌食等症状。这些症状的出现不仅影响了患者的生活质量, 而且也造成了营养物质摄入的减少, 导致患者抵抗力大幅度下降, 化疗的耐受性降低, 影响了治疗效果和预后^[1]。为提高癌症化疗患者治疗期间

[收稿日期] 2015-01-12

[作者简介] 杨杰 (1981-), 女, 主管护师, 主要从事内科临床护理工作。