

# 分期治疗与护理对中风患者康复的临床观察

龙玉琴, 常宝琴

渭源县人民医院, 甘肃 渭源 748200

**[摘要]** 目的: 观察分期中医治疗与护理在中风患者康复中的效果。方法: 200例中风患者随机分为对照组98例和观察组102例。对照组给予常规中风康复治疗及护理; 观察组在对照组基础上加以分期康复治疗与护理。7天为1疗程, 治疗3疗程。比较2组治疗前后美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)和日常生活活动能力(ADL)评分改善情况、肌力及吞咽改善率。结果: 2组治疗后的NIHSS评分较治疗前降低、ADL评分较治疗前升高, 与本组治疗前比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组NIHSS、ADL评分改善情况均与对照组更为显著, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组肌力及吞咽改善率分别为66.67%和79.41%, 均明显高于对照组40.82%和55.06%, 2组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 分期康复治疗与护理对中风患者能明显改善患者NIHSS、ADL评分及肌力和吞咽功能。

**[关键词]** 中风; 康复; 分期; 理疗

**[中图分类号]** R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)07-0247-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.107

中风又称脑卒中, 是一种致残率很高的疾病, 居人类死亡原因的第2位, 致残原因第1位。脑卒中后遗症是脑血管病常见并发症之一, 在其存活患者中, 约有3/4不同程度地丧失生活及劳动功能, 重度致残率高达40%左右<sup>[1]</sup>。为寻找能有效改善患者症状及生活质量的方法, 笔者针对本院中风患者采用分期中医康复治疗进行观察护理, 取得满意疗效, 现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 符合《内科护理学》<sup>[2]</sup>中关于中风的相关诊断标准, 各类型表现如下: ①短暂性脑缺血发作: 短暂、可逆、局部性脑血液循环障碍, 可反复发作, 少者1~2次, 多至数十次。每次发作持续时间通常在数分钟至1h左右, 症状和体征多在24h内完全消失。②蛛网膜下腔出血: 发病急骤, 常伴剧烈头痛、呕吐。一般意识清楚或有意识障碍, 可伴精神症状。脑膜刺激征(+), 少数可伴有颅神经及轻偏瘫等局灶体征。腰穿见血性脑脊液。CT、全脑血管造影可确诊。③脑出血: 常于体力活动或情绪激动时发病。发作时常有反复呕吐、头痛及血压升高。病情发展迅速, 常出现意识障碍、偏瘫和其他神经系统局灶症状。患者多有高血压病史。腰穿脑脊液多为血性和压力增高, 头颅CT检查可确诊。④脑梗死: 急性或亚急性起病, 多无前驱症状, 无意识障碍或有短暂性意识障碍。无明显头痛和呕吐, 有颈内动脉系统和(或)椎-基底动脉系统症状和体征。腰穿脑脊液一般不含血细胞, 头颅CT或MRI检查可

确诊。

**1.2 辨证标准** 符合《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>中风的诊断标准: ①主症: 半身不遂, 口舌歪斜, 神识昏蒙, 舌强言蹇或不语, 偏身麻木; ②急性起病; ③病发多有诱因, 未发前常有先兆症状; ④年龄多在40岁以上; 凡具有主症2个以上, 急性起病, 结合舌、脉、诱因、先兆、年龄等方面的特点即可确诊。

**1.3 一般资料** 观察病例为2012年1月—2015年1月本院中风患者, 共200例。随机分为对照组98例和观察组102例。对照组男60例, 女38例; 年龄42~65岁, 平均(48.6±3.6)岁; 病程3~8年, 平均(5.6±2.2)年。观察组男62例, 女40例; 年龄40~64岁, 平均(47.5±3.3)岁; 病程2~7年, 平均(5.1±2.0)年。2组性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.4 纳入标准** ①年龄40~65岁。②病程2~8年。③自愿参与本次研究, 符合上述诊断标准及辨证标准, 并自愿签署知情同意书者。

**1.5 排除标准** ①严重心、肺、肝、肾疾病及恶性肿瘤等慢性疾病者。②过敏及有药物过敏史者。③依从性差、药物耐受度差者。

## 2 治疗与护理方法

**2.1 对照组** 给予常规中风康复治疗及护理, 根据病情予以脑血管病常规西医治疗和功能训练, 严格控制血糖、血脂、血

**[收稿日期]** 2016-04-08

**[作者简介]** 龙玉琴(1972-), 女, 副主任护师, 主要从事临床护理研究。

压水平,积极治疗基础疾病。脑梗死患者给予长期口服抗血小板聚集药物及活血化瘀中药预防复发。严格遵医嘱用药,7天为1疗程,连续治疗3疗程。

2.2 观察组 在对照组的基础上施以分期康复理疗及护理。同样连续治疗3疗程,严格执行,具体操作如下。

2.2.1 急性期 ①软瘫期:取穴内关、水沟、委中、三阴交等穴位,采取“捻”、“转”、“提”、“插”结合“泻”法行针刺治疗;对患者头、面部(印堂、百会、头维等)及上肢穴位(曲池、尺泽、手三里、合谷等)进行按摩,配合其腕及指间关节行被动伸屈活动,时间为5 min。以上手法均每天1次。②痉挛期:对肩颈上肢、腰背、下肢进行手法按摩,每天1次,每次5~10 min,腰背部痉挛按摩重点在天宗、胆俞、肝俞、膈俞、肾俞,委中、承山、环跳、跟腱部等部位。下肢痉挛按摩以髌关节和膝关节作为重点部位。③护理:目的在于预防压疮,防止呼吸道和泌尿道感染,避免关节萎缩与变形,同时也要为恢复期功能训练做准备。此期应做好心理指导工作,加强与患者的沟通、交流,树立其治疗信心,给予必要的健康教育,增强饮食护理,保障营养摄入。根据病情调整饮食方案,加强口腔护理;预防静脉血栓及呼吸道并发症;患者一旦出现尿潴留、尿、便失禁及便秘等情况,应及时给予清理、导尿或开塞露外用等对症处理;保持抗痉挛体位,防止压迫下肢静脉与膝过屈或过伸应采取仰卧位,仰卧时间不宜过长。健侧卧位较为舒适且对患肢有益。此外,每1~2 h变换一次体位,可避免肺部感染和压疮的出现,平衡患肢伸、屈肌张力,预防和减轻痉挛。分别进行肩关节外展、屈曲、外旋,肘关节伸展,腕、指关节伸展,髌关节外展、屈曲和伸展,膝关节屈伸,足背屈、外翻等关节被动运动。每个关节2~3次重复进行,肌张力越高者次数相应增多。

2.2.2 恢复期 初期训练应遵循少量多次、循序渐进的原则,避免出现过度疲劳、足内翻等情况,以基本动作训练为主,由躯干、肩胛带和骨盆开始,严格按翻身、坐位、站立和行走,肢体由近至远端的顺序进行训练。每天多次进行床上翻身训练,后依次进行桥式运动→坐位训练(坐位平衡训练+耐力训练)→站位训练(被动态站位平衡)→步行训练(自动态站位平衡且患腿持重达体重一半以上并能向前迈步时)。中期用训练上肢粗大的运动器材如滚筒、滑板、斜面磨砂板、bobath球等,用剪纸、编织、系鞋带等动作训练双手协调能力,用拾捡小物品、拧螺丝、写字等训练患手精细动作。后期着重训练患者利用残存功能和辅助器具独立完成更衣、吃饭、个人卫生等日常生活活动能力,同时针对失语、吞咽、构音及认知障碍等问题采取针对性的训练。并给予情志及心理护理,向患者详细讲解疾病及预后等医学知识,减轻患者的心理负担,使其摆脱焦虑、恐惧、抑郁等不良心境。医护人员加强与患者的沟通,对其进行耐心疏导和健康教育,嘱其出院后培养良好的生活习惯,注意劳逸结合,保持平心静气、积极乐观的心态。

2.2.3 后遗症期 保持原有日常活动能力,加强残存功能的恢复。护理重点在于积极预防骨质疏松、压疮、肺炎等并发症。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 比较2组治疗前后美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)和日常生活活动能力(ADL)评分,肌力及吞咽改善情况及临床疗效。

3.2 统计学方法 运用SPSS16.0统计软件包进行统计学处理,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料采用 $\chi^2$ 检验。

### 4 结果

4.1 2组治疗前后NIHSS、ADL评分比较 见表1。2组治疗后的NIHSS评分较治疗前降低、ADL评分较治疗前升高,与本组治疗前比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组NIHSS、ADL评分改善情况均与对照组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组治疗前后NIHSS、ADL评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	n	NIHSS评分		ADL评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	98	23.19±11.23	8.11±6.24 <sup>①</sup>	43.54±5.71	73.65±5.76 <sup>①</sup>
观察组	102	22.58±10.73	6.45±4.22 <sup>②</sup>	44.02±6.28	76.65±8.43 <sup>②</sup>

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

4.2 2组肌力及吞咽改善情况比较 见表2。观察组肌力及吞咽改善率分别为66.67%和79.41%,均明显高于对照组40.82%和55.06%,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组肌力及吞咽改善情况比较 例(%)

项目	n	效果	对照组	观察组
肌力改善	98	无效	58(59.18)	34(33.33)
		显效	40(40.82)	68(66.67) <sup>①</sup>
吞咽改善	102	无效	46(46.94)	21(20.59)
		显效	52(55.06)	81(79.41) <sup>①</sup>

与对照组比较,① $P < 0.05$

### 5 讨论

中医学认为,中风的病理基础为气血瘀滞所致,因此进行康复护理时须遵循活血化瘀、通经活络的原则。而康复治疗是一个漫长的过程,在不同时期积极采取各种有效措施可预防并发症,改善受损功能障碍,提高患者的自理能力及生活质量<sup>[4]</sup>。脑卒中急性期一般持续2~4周,病情稳定2~3天后,即可在临床诊治的同时进行康复治疗。此期应积极处理各类原发病及并发症,缓解症状,稳定病情,消除不良影响因素,同时须做好康复风险管理,避免复发。此期患者多因病情影响无法配合康复训练,因此康复目的主要是预防压疮及呼吸道、泌尿道感染,防止关节萎缩、变形,亦为恢复期的功能训练做准

备。在恢复期,患者意识清楚,病情较稳定,功能逐渐恢复,须应用各类偏瘫康复技术促进患者功能恢复。脑卒中常见的后遗症为患侧上肢运动、控制能力差及手功能障碍、面瘫、失语、吞咽困难、构音障碍、偏瘫步态、患足下垂及行走困难、血管性痴呆和二便失禁等<sup>[6]</sup>。因此,中风恢复期治疗和护理核心在于最大限度帮助患者恢复自理能力及劳动功能。中风患者中枢神经有重塑及再生能力。在临床康复治疗及护理的干预下,患者神经细胞可逐渐再生,从而恢复和重建功能活动。早期行肢体康复训练,可促进患者脑侧支循环建立及病灶周围组织重塑,促进健侧脑细胞代偿。

分期康复理疗护理是依据患者的临床表现,针对患者疾病发展的不同时期采用相应的护理方法,标本兼治。应用通经活血药物联合针刺、推拿按摩及肢体功能训练进行治疗及护理,不仅能帮助患者振奋阳气、开窍醒脑、促进脑部功能恢复,还有活血通络、益肾生髓、养心安神之功效。本次研究中,笔者将 200 例中风患者随机分为对照组 98 例,观察组 102 例,前者给予常规中风康复治疗及护理,后者则在前者基础上加以分期康复理疗及护理,结果:2 组治疗后 NIHSS 评分较治疗前降低、ADL 评分较治疗前升高,与本组治疗前比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组 NIHSS、ADL 评分改善情况

均与对照组更为显著,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组肌力及吞咽改善率分别为 66.67% 和 79.41%,均明显高于对照组 40.82% 和 55.06%,2 组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。提示:应用分期中医康复理疗对中风患者治疗及护理,能明显改善患者 NIHSS、ADL 评分及肌力和吞咽功能,促进患者神经功能恢复,效果明显,值得临床推广。

#### [参考文献]

- [1] 王威. 分期中医康复治疗在中风康复中的临床效果观察[J]. 中国医药指南, 2015, 13(24): 197- 198.
- [2] 尤黎明, 孙国珍, 袁丽. 内科护理学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 437- 441.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9- 94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [4] 郭小妹, 丁美晖, 陈楚玲. 中风(脑梗死恢复期)中医护理方案临床应用评估[J]. 新中医, 2016, 48(1): 185- 187.
- [5] 王俊华, 贺青涛, 张嘉默, 等. 分期中医康复治疗在中风社区康复中疗效的研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(19): 2058- 2060.

(责任编辑: 马力)

## 中医综合干预对突发性耳聋伴睡眠障碍疗效观察

彭丽丽, 李松键, 彭素清, 罗丽霞, 黄丽, 廖月红

广东省中医院, 广东 广州 510120

[摘要] 目的: 观察综合干预措施对突发性耳聋伴睡眠障碍患者的疗效。方法: 将 60 例患者采用非随机对照临床观察研究方法分为 2 组各 30 例, 2 组均使用临床路径规范治疗, 对照组执行常规医嘱护理; 干预组采用常规护理基础上加上心理护理、耳穴压豆和鸣天鼓按摩导引方法等综合护理措施, 通过对比匹兹堡睡眠质量指数的变化, 观察 2 组患者的睡眠质量及听力的改善情况。结果: 睡眠障碍治疗总有效率对照组为 63.3%, 干预组为 93.3%, 组间睡眠总有效率比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 睡眠等级经秩和检验, 差异也有统计学意义 ( $Z=2.905, P=0.004$ )。听力改善总有效率对照组为 76.7%, 干预组为 86.7%, 干预组总有效率较对照组高, 2 组比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。2 组听力分级采用秩和检验, 差异无统计学意义 ( $Z=1.352, P=0.177$ )。结论: 综合干预措施对突发性耳聋伴睡眠障碍患者的干预是安全有效的。

[关键词] 突发性耳聋; 睡眠障碍; 心理护理; 耳穴压豆; 鸣天鼓按摩

[中图分类号] R764.43 [文献标志码] A [文章编号] 0256- 7415 (2016) 07- 0249- 03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.108

突发性耳聋(以下简称突聋)是指突然发生的原因不明的感音神经性听力损失。目前关于突聋的发病机制仍存在争议, 主

要有 2 方面: 病毒感染学说及内耳供血障碍学说<sup>[1]</sup>。睡眠障碍中失眠和过眠最为常见<sup>[2]</sup>, 其中长时间失眠的患者主诉头

[收稿日期] 2016-01-23

[基金项目] 广东省财政厅项目 (2299901)

[作者简介] 彭丽丽 (1980-), 女, 护师, 主要从事五官科中西医结合临床护理工作。