

# 中医情志护理联合耳穴压豆干预中风后抑郁疗效观察

章日红, 李丽香, 阙建梅

松阳县中医院, 浙江 松阳 323400

**[摘要]** 目的: 观察在常规治疗护理基础上加用中医情志护理联合耳穴压豆干预中风后抑郁患者的临床疗效。方法: 选取 86 例中风后抑郁患者, 随机分为对照组和研究组各 43 例。2 组均以相同治疗及常规护理, 研究组再予耳穴压豆联合中医情志护理干预。观察 2 组治疗前后汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 评分、日常生活能力 (Barthel 指数) 的变化, 临床疗效及护理满意度。结果: 总有效率研究组 95.3%, 对照组 79.1%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 2 组 HAMD 评分均低于同组治疗前 ( $P < 0.01$ ), 而 Barthel 指数高于同组治疗前 ( $P < 0.01$ ); 研究组 HAMD 评分低于对照组 ( $P < 0.01$ ), Barthel 指数高于对照组 ( $P < 0.01$ )。临床总满意度研究组 100%, 对照组 86.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 在常规治疗护理基础上加用中医情志护理及耳穴压豆能有效改善中风后抑郁患者的抑郁状态及日常生活能力, 疗效确切, 且能增加医患沟通, 有助优化治疗效果, 提高患者与家属的满意度。

**[关键词]** 中风; 抑郁; 中西医结合疗法; 情志护理; 耳穴压豆; 汉密尔顿抑郁量表 (HAMD)

**[中图分类号]** R749.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 10-0202-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.086

中风后抑郁是指中风患者以兴趣减退、情绪低落为主要表现, 该病患者的肢体功能恢复、认知功能恢复均会受到影响, 从而可增加自杀率及病死率<sup>[1]</sup>。中风后抑郁属中医治疗优势病种之一, 对该病的治疗及护理均有独到之处。笔者采用中医情志护理联合耳穴压豆对中风后抑郁患者进行干预, 取得一定效果。现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取 2013 年 5 月—2015 年 7 月在本院进行治疗的 86 例中风后抑郁患者, 以随机数字表法分为对照组和研究组各 43 例。对照组男 25 例, 女 18 例; 年龄 45~68 岁, 平均(56.32±2.65)岁; 病程 3 月~4 年, 平均(1.54±0.63)年; 初次中风者 31 例, 多次中风者 12 例; 汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 平均总分(17.67±3.58)分; 日常生活能力 (Barthel 指数) 平均总分(67.51±4.85)分。研究组男 23 例, 女 20 例; 年龄 43~69 岁, 平均(55.46±2.73)岁; 病程 4 月~5 年, 平均(1.62±0.58)年; 初次中风者 33 例, 多次中风者 10 例; HAMD 平均总分(17.43±3.49)分; Barthel 指数平均总分(66.55±4.78)分。2 组性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照《神经病学》<sup>[2]</sup>中脑梗死及《CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准》<sup>[3]</sup>中抑郁的诊断标准拟定: ①

经头颅 CT 或核磁共振检查明确证实存在脑梗死病灶; ②抑郁状态发生在 1 次或多次中风后。

**1.3 纳入标准** ①符合诊断标准的患者; ②HAMD 总分≥8 分, Barthel 指数总分≥60 分的患者; ③年龄 40~70 岁; ④居住在当地的患者; ⑤知情, 并签署知情同意书者。

**1.4 排除标准** ①合并肝、肾、心功能不全及血液系统等严重影响患者生命的原发性疾病; ②合并器质性精神障碍, 或原发性焦虑障碍, 或药物成瘾性导致抑郁的患者; ③同时参与其他临床药物试验的患者; ④依从性差的患者。

## 2 治疗方法

2 组均采用相同抗抑郁、改善微循环、营养神经, 维持水、电解质平衡等对症治疗; 同时予中风康复功能锻炼, 根据患者具体病情予相应肢体功能锻炼、言语训练、吞咽训练等。

研究组予耳穴压豆治疗: ①取穴: 神门、内分泌、心、脑、脾、肾; ②操作: 先将取穴部位用酒精消毒, 然后将王不留行籽贴敷于上, 用适当力量按揉, 以患者可耐受为度, 每次约 5 min, 每天按压 5 次, 3 天换另一支耳朵进行耳穴压豆治疗。总疗程为 4 周。

## 3 护理方法

**3.1 对照组 常规护理:** ①内科常规一般护理。②予安静环境, 嘱卧床休息, 避免在病房中吵闹。③注意保暖四肢, 加强

[收稿日期] 2016-06-02

[作者简介] 章日红 (1979-), 女, 主管护师, 主要从事神经康复的中医护理工作。

口腔、皮肤、会阴等处的护理,定时翻身、拍背,定期更换床单。④口角流涎者,嘱其头偏向一侧,防止窒息;尿失禁者,予留置导尿等。实施4周。

3.2 研究组 常规护理同对照组。中医情志护理:①移情疗法,根据患者的病史及临床症状,耐心向其说明发病原因、相关治疗的重要性、生活饮食中的注意事项、预后,使患者全面了解自己的病情,鼓励其参加力所能及的事情,分散注意力。②以“情”养“情”法,针对喜怒无常者,了解原因,轻声细语对其劝导及安慰,与患者建立良好感情,并嘱家属多与患者沟通。③暗示疗法,针对治疗信心不足者,以治愈相同疾病的患者为例子,增加患者的信心,每天鼓励患者所取得的进步,使患者积极配合治疗。实施4周。

#### 4 观察指标与统计学方法

4.1 观察指标 ①观察2组治疗前后HAMD评分、Barthel指数的变化。HAMD评分采用HAMD量表进行评定,主要包括抑郁情绪、有罪感、自杀、入睡困难等17项。最高分52分,总分<7分者,为正常;总分在7~16分者,可能有抑郁;总分在17~24分者,肯定有抑郁;总分>24分者,严重抑郁症。Barthel指数采用日常生活力量表进行评定,主要包括进食、转移、修饰、上厕所等10项。最高分100分,>60分,则生活基本自理;41~60分,日常生活需要帮助,中度残疾;21~40分,日常生活明显依赖,重度残疾;≤20分,生活完全需要帮助,完全残疾。②护理满意度:采用“护理满意度调查表”进行调查,分为满意、一般满意、不满意3项,患者出组时进行评分。以上均由同一主治医师操作完成。

4.2 统计学方法 采用统计学软件SPSS17.0对研究数据进行统计。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 $t$ 检验;计数资料以构成百分比表示,采用 $\chi^2$ 检验;以双侧检验为标准, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

#### 5 疗效标准与治疗结果

5.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[4]</sup>拟定。临床痊愈:临床症状及体征基本消失,HAMD评分减少>90%;显效:临床症状及体征明显改善,HAMD评分减少70%~90%;好转:临床症状及体征好转,HAMD评分减少30%~70%;无效:临床症状及体征无改善,甚至加重,HAMD评分减少<30%。

5.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率研究组95.3%,对照组79.1%,2组比较,差异有统计学意义( $\chi^2=4.574$ , $P=0.032$ )。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	临床痊愈	显效	好转	无效	总有效
对照组	43	11(25.6)	13(30.2)	10(23.3)	9(20.9)	35(79.1)
研究组	43	16(37.2)	16(37.2)	9(20.9)	2(4.7)	41(95.3) <sup>①</sup>

与对照组比较,① $P < 0.05$

5.3 2组治疗前后HAMD评分、Barthel指数比较 见表2。治疗后,2组HAMD评分均低于同组治疗前( $P < 0.01$ ),而Barthel指数高于同组治疗前( $P < 0.01$ );研究组HAMD评分低于对照组( $P < 0.01$ ),Barthel指数高于对照组( $P < 0.01$ )。

表2 2组治疗前后HAMD评分、Barthel指数比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	n	HAMD评分		Barthel指数	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	17.67±3.58	12.64±2.33 <sup>①</sup>	67.51±4.85	78.65±4.73 <sup>①</sup>
研究组	43	17.43±3.49 <sup>①</sup>	9.51±1.64 <sup>②③</sup>	66.55±4.78 <sup>①</sup>	85.03±4.88 <sup>②③</sup>

与同组治疗前比较,① $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较,② $P < 0.01$

5.4 2组护理满意度比较 见表3。临床总满意率研究组100%,对照组86.0%,2组比较,差异有统计学意义( $\chi^2=6.016$ , $P=0.014$ )。

表3 2组护理满意度比较 例(%)

组别	n	满意	一般满意	不满意	总满意
对照组	43	16(37.2)	21(48.8)	6(14.0)	37(86.0)
研究组	43	25(58.1)	18(41.9)	0	43(100) <sup>①</sup>

与对照组比较,① $P < 0.05$

#### 6 讨论

中风后抑郁,属中医学郁证范畴。《内经》指出“忧愁不乐者,气机闭塞不畅”。《景岳全书·郁证》明确提出“因病致郁”及“因郁致病”,说明疾病可以导致郁证的产生,郁证可以产生新的疾病或加重原有疾病。中风患者,多因气血逆乱、脏腑功能失调或气血亏虚等影响神明所致,其病位在脑,多与心、肝、肾、脾相关;患者多表现为惊恐、焦虑、失眠等症状。脑为神明之府,心为君主之官,肝主疏泄而调畅气机,肾为先天之本,脾为后天之本;而脑卒中者,多脑失神明,心烦意乱,闷闷不乐,肝气郁结,导致脏腑气血不能冲和,神明不能充养,进而恶性循环,加重病情。在治疗上有学者认为,五脏精气在情志因素刺激下可产生某种倾向性的表现,进而使五脏精气产生功能性活动<sup>[5-6]</sup>。而耳为肾之窍,与外界相通,联系五脏六腑,近年来有研究对中风后抑郁患者采用中医情志护理<sup>[7]</sup>及耳穴压豆<sup>[8]</sup>进行干预,疗效确切,能促进患者康复。情志护理采用的移情疗法能分散患者的注意力,使患者的心态逐渐变为积极,正确认识疾病;以“情”养“情”法能使患者感受到家庭及社会的支持,认识到自身健康的价值,从而积极配合治疗;暗示疗法能帮助患者建立战胜疾病的信心,积极主动参加功能锻炼,促进疾病向愈。耳穴压豆主要取穴神门、内分泌、脑、心、脾、肾。神门穴能镇静安神,有效改善患者焦虑、失眠等状态;内分泌穴能调畅气机,以达疏肝解郁之功效;脑穴能醒脑开窍,促进神经功能康复;心穴能宁心安神;脾、肾穴补先后天之本,为机体康复提供物质基础<sup>[9]</sup>。故本研

究所取耳穴,对中风后抑郁患者具有镇静安神、疏肝解郁之功,可改善其抑郁状态,同时补其先后天不足,促进神机恢复,使疾病向愈,间接缓解患者的抑郁状态。

本研究结果显示,治疗后,研究组 HAMD 评分低于对照组( $P < 0.01$ ),而 Barthel 指数高于对照组( $P < 0.01$ )。研究组临床疗效优于对照组( $P < 0.05$ ),护理满意度高于对照组( $P < 0.05$ )。提示加用中医情志护理及耳穴压豆能有效改善中风后抑郁患者的抑郁状态及日常生活能力,疗效确切,且能增加医患沟通,有助优化治疗效果,提高患者与家属的满意度。

### [参考文献]

- [1] Williams LS, Ghose SS, Swindle RW. Depression and other mental health diagnosis increase mortality risk after ischemia stroke[J]. Am J Psychiatry, 2004, 161(6): 1090-1095.
- [2] 贾建平. 神经病学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社, 2010: 175-187.
- [3] 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]. 3 版. 济南:山东科学技术出版社, 2002: 87-88.

- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002: 104.
- [5] 金光亮. 论情志与情志病因[J]. 中国医药学报, 1997, 12(3): 9.
- [6] 武刚. 情志学说研究思路探析[J]. 安徽中医学院学报, 2001, 20(4): 4-6.
- [7] 何春丽, 陆璐, 雷渊秀. 中医情志护理在中风合并抑郁症护理中的应用[J]. 中医导报, 2014, 20(4): 145-146.
- [8] 田美欣, 杨淑萍, 杨青. 耳穴压豆法对中风-中经络患者抑郁状况的影响研究[J]. 中华护理教育, 2014, 11(6): 409-411.
- [9] 梁日楚. 祛瘀生新针法结合耳穴压豆治疗中风后抑郁症临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 17(7): 120-122.

(责任编辑:吴凌)

## 观察十全大补汤联合肠内营养对食管癌术后患者免疫功能的影响

任华, 沈初

杭州钢铁集团公司职工医院, 浙江 杭州 310022

**[摘要]** 目的:探究十全大补汤联合肠内营养对食管癌术后患者免疫功能的影响。方法:选取 80 例食管癌术后患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组各 40 例。对照组采用肠内营养支持治疗,观察组在对照组的基础上加用十全大补汤联合治疗。观察比较 2 组患者的免疫指标。结果:治疗结束后,2 组患者的 CD3、CD8、IgM、IgG 较治疗前均下降,CD4、CD4/CD8、IgA 较治疗前均升高,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );且观察组上述指标改善较对照组更显著( $P < 0.05$ )。结论:十全大补汤联合肠内营养可显著改善食管癌术后患者营养状态,提高其免疫功能,可在临床工作中加以推广使用。

**[关键词]** 食管癌;术后;十全大补汤;肠内营养支持;免疫功能

**[中图分类号]** R730.6 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)10-0204-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.087

食管癌是目前临床最为常见的消化道肿瘤之一,据统计全球每年约有 30 万人死于该病,我国是食管癌高发国家之一,患者主要集中在 40 岁以上人群,发病率受不良生活习惯及饮食结构影响,目前该病发病率及致死率呈逐年上升趋势,给患者及其家庭带来沉重负担<sup>[1]</sup>。针对该病的治疗方法主要有内科

治疗、放射治疗、化学治疗及综合治疗 4 种,综合治疗是指 2 种或者 2 种以上疗法联合应用<sup>[2]</sup>。手术是现有医学技术条件下治疗食管癌最有效的手段之一,因其疗效确切、术后康复效果好而被患者所青睐。然而,随着手术应用频率的不断提高,术后患者免疫能力低下所致的并发症发生率居高不下的弊端逐步

**[收稿日期]** 2016-05-03

**[作者简介]** 任华(1980-),女,主管营养师,研究方向:营养学方面。