

· 康复护理 ·

中医综合康复护理对脑卒中急性期患者功能预后的影响*

蒋运兰¹ 王芳^{1,4} 温贤秀² 刘素蓉³ 刘晓春¹ 龙芙蓉¹ 孙 姝¹

摘要 目的:探讨中医综合康复护理对脑卒中急性期患者功能预后的影响。方法:本研究为随机对照研究,按照统一的入选条件选取在3家协作医院住院的脑卒中急性期患者238例,随机分为实验组和对照组,两组药物治疗基本相同。实验组按中医综合康复护理方案进行护理,对照组采用脑卒中护理常规进行护理。分别对入选患者在第1周内和4周后进行神经功能缺损评定。根据神经功能缺损积分减少率来评定功能改善程度,并比较两组继发并发症发生率。结果:4周后实验组疗效评定分级和护理有效率均明显优于对照组,比较差异有非常显著性意义($P<0.01, P<0.05$);并发症发生率低于对照组。结论:中医结合康复护理可促进患者肢体的功能恢复,提高其生存质量。

关键词 脑卒中;急性期;中医综合康复护理

中图分类号:R493,R743 **文献标识码**:B **文章编号**:1001-1242(2007)-11-1030-02

脑卒中是我国的常见病,多发病,年发病率高达217/10万^[1]。随着诊断和治疗水平的提高,脑卒中的病死率有所下降,但相应的也遗留了大量伴有严重肢体残疾的患者。根据国内外资料报道:脑卒中急性期后,约有3/4的存活患者有不同程度的残疾,并不同程度的丧失生活能力,需要长期护理。为降低致残率,提高患者生存质量,降低继发并发症的发生率,本研究重点探讨中医综合康复护理对脑卒中急性期功能预后影响。

1 对象与方法

1.1 对象的选取及分组

选取2004年9月—2006年9月在3家协作医院(均为三级甲等医院)住院,符合纳入标准的脑卒中急性期患者238例为研究对象。

纳入标准为:符合全国第四届脑血管疾病学术会议有关脑卒中的诊断标准^[2],经头颅CT或MRI检查确诊为脑梗死或脑出血,无明显意识障碍并知情同意的85岁以下首次中风的急性期住院患者;临床神经功能缺损程度评分 ≤ 30 分的轻、中型患者。

排除标准:脑萎缩、老年性痴呆、昏迷患者,有严重的肝肾功能严重不全、频繁心绞痛、心肌梗死、心衰、严重心律失常、脑干出血、蛛网膜下腔出血、脑血管瘤破裂出血、溶栓治疗的患者。将238例脑卒中急性期患者随机分成实验组、对照组。实验组117例,对照组121例。

随机方法:按符合纳入标准患者的入院先后采用随机数字表法。两组患者神经功能缺损评分基线比较、病变性质、性别、年龄差异均无显著性,具有可比性(表1)。

1.2 评定指标

表1 两组一般情况及神经功能缺损评分基线比较

($\bar{x} \pm s$)

表 1 两组患者临床资料及神经功能缺损评分类型比较									
组别	例数	性别(例)				年龄(岁)	病变性质(例)		神经功能缺损评分
		男		女			出血	梗死	
		例	%	例	%				
实验组	119	74	63.3	43	36.7	67.32±9.89	38	79	18.90±8.14
对照组	121	65	53.7	56	46.3	66.49±12.33	47	74	19.85±7.65
P 值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

临床神经功能缺损程度评分采用中华医学会推荐的神经功能缺损程度评分(clinical nerve function limitation score, CNS),最高分45分,最低分0分。根据评分将患者的功能缺损程度分为轻型(0—15分)、中型(16—30分)、重型(31—45分)^[3];观察肩关节半脱位、肩手综合征、足下垂、足内翻及关节挛缩等继发并发症的发生率。参照《中药新药治疗中风病的临床研究指导原则》:脑卒中急性期指发病2周以内。

1.3 样本含量的估计

根据张通等^[4]报道脑卒中患者康复前后神经功能缺损程度评分的标准差计算出该研究所需的样本量为216例,按脱落率10%计算,两组患者总数238例。

1.4 方法

实验开始前对所有参加课题人员进行康复护理和评定标准的培训,以保证较高的可信性和协作单位间的可比性。实验进行中对各单位实施不定期检查,进行质量控制。

实验组和对照组的药物治疗基本相同。对照组采用脑卒

中护理常规进行护理^[5]。实验组采用中医综合康复护理。中医综合康复护理的程序:①入院即开始保持良好的功能位:避免上肢屈曲,下肢伸展,足下垂内翻的模式。选择合适的床垫,利用“丁”字鞋固定足位防止足下垂。②脑梗死3天后,脑出血7天后,生命体征平稳的情况下,开始进行肢体穴位按摩及被动运动,每天2次,每次30min。具体方法:瘫痪侧上肢穴位及手法:患者仰卧或坐位,取瘫痪侧上肢的曲池、少海、合谷、内关等穴。术者立于患者瘫痪侧,一手虎口与患者虎口相交叉(如术者右手与患者右手相交叉),术者拇指指腹按压

* 基金项目:四川省中医药管理局的资助(2004A23)

1 成都中医药大学附属医院,610072

2 四川省人民医院

3 成都市中西医结合医院

4 通讯作者:王芳(成都中医药大学附属医院,610072)

作者简介:蒋运兰,女,副主任护师

收稿日期:2007-02-12

患者合谷穴,示指或中指按压内关穴;另一手拇指按压患者曲池穴,示指或中指按压少海穴,同时托住肘关节处,两手将上肢托起,在指压各个穴位的同时,在肱骨外旋的情况下,依次使肩关节外展、内收、内旋、外旋、上举肘关节屈、伸;前臂旋前、旋后;腕关节背伸、腕屈、内旋、外旋;指关节屈伸、内收、外展、拨伸等活动。每个动作各做50—100次。瘫痪下肢穴位及手法:患者仰卧位,取瘫痪下肢的内外膝眼、昆仑、照海、承山、涌泉穴。一手拇、示指分别按压患者瘫痪双膝眼穴,另一手示或中指按压照海穴,拇指按压昆仑穴,虎口过患者跟腱,双手用力抬起瘫痪下肢(可另一人协助抬起患肢),使髋关节内收、外展、内旋、外旋各50—100次。指压内外膝眼的手改为握住患者的小腿,同时示、中指按压承山穴,而另一手改为拇指或示、中指按压涌泉穴。双手用力使患者下肢屈膝、屈髋50—100次,两手所压穴位不变,活动踝关节,使其背屈、跖屈、左右旋转等。如果操作者手太小或力量不足,也可先被动活动后再穴位按摩。③在给患者进行按摩、被动活动的同时,心理护理和语言训练贯穿始终。

1.5 观察方法和疗效评定标准

采用盲法,即评定人员与康复护理的人不同,评定人员不知患者是实验组还是对照组。脑梗死患者入院后3天内,脑出血患者入院后7天内进行神经功能缺损程度以及并发症的观察,4周后再进行CNS及继发并发症的观察。

疗效评定标准:神经功能缺损评定采用中华医学会推荐的神经功能缺损程度评分标准,根据神经功能缺损积分减少率来评定临床疗效^[9](功能改善)。积分减少率的计算公式(尼莫地平法)为:积分减少率=[(治疗前积分-治疗后积分)÷治疗前积分]×100%

临床疗效评定分级标准:①基本痊愈:功能缺损评分减少90%—100%,病残程度0级。②显著进步:功能缺损评分减少46%—89%,病残程度1—3级。③进步:功能缺损评分减少18%—45%。④无变化:功能缺损评分减少或增加在18%以内。⑤恶化:功能缺损评分增加18%以上。

根据临床疗效评定标准:基本痊愈、显著进步、进步为有效,无变化、恶化为无效^[9]。

观察肩关节半脱位、肩手综合征、足下垂、足内翻及关节挛缩等并发症的发生率。

1.6 统计学分析

采用SPSS12.0进行数据分析与处理。

2 结果

2.1 两组临床疗效评定分级及护理有效率的比较

患者接受中医综合康复护理4周后,根据神经功能缺损积分减少率来评定临床疗效,疗效评定分级明显优于对照组,差异有非常显著性($P<0.01$),见表2;护理有效率比较,实验组有效100例(85.5%),对照组有效88例(72.7%),两组比较 $\chi^2=5.82, P<0.05$ 。

2.2 两组并发症的比较

4周后,实验组无足下垂113例(96.6%)较对照组100例(82.6%)明显降低,差异有显著性意义($P<0.05$);其他并发症(肩关节半脱位、肩手综合征、足内翻、关节挛缩)比较差异无显著性意义($P>0.05$)。

表2 两组临床疗效评定分级的比较 (例)

组别	例数	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化
实验组	117	8	53 ^①	39	17	0
对照组	121	5	27	56	32	1

①与对照组比较 $P<0.01$

3 讨论

脑卒中是致残率很高的疾病。国内外许多研究认为,康复的介入可降低致残率,改善患者生存质量。康复理论认为脑卒中后中枢神经系统在结构上或功能上具有重新组织能力或可塑性,在适宜条件时部分神经元可以再生,因此康复治疗中通过输入正常的运动功能模式来影响输出,从而促进正常功能模式的形成,达到运动功能最大限度恢复的目的^[9]。

康复训练的方法有很多,本研究重点探讨脑卒中急性期在肢体被动运动的基础上配以穴位按摩对脑卒中急性期功能预后影响。中医学认为,不论出血性脑卒中,还是缺血性脑卒中,其病理性质都是淤血所致,因此,治疗原则都应活血化瘀,通经活络。化瘀利于通络,通络又能促进化瘀^[6]。本研究的中医综合康复护理方案中的穴位按摩有活血化瘀,舒筋活络,从而恢复瘫痪上下肢正常的生理功能。从表2可以看出,患者接受中医综合康复护理4周后,根据神经功能缺损积分减少率来评定临床疗效,疗效评定分级和护理有效率均明显优于对照组,有非常显著性差异($P<0.01, P<0.05$)。康复护理组的并发症(足下垂)发生率较对照组明显降低,差异具有显著性($P<0.05$)。其他并发症发生率两组间差异无显著性,原因可能是由于社会发展和观念的转变,社会对康复的理解不断加深,患者及家属通过不同渠道的健康教育,以及患者家属之间的相互交流,了解到康复对脑卒中功能恢复的帮助,自发地对患者肢体进行活动,也可减少一些并发症的发生。

参考文献

- [1] 赵琦.我国脑血管意外护理新进展[J].上海护理,2001,6(3):33—34.
- [2] 全国第四届脑血管疾病学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J].中华神经科杂志,1996,29:389.
- [3] 张通.急性脑卒中早期康复的研究[J].中国康复医学杂志,2001,5(16):266—272.
- [4] 国家中医药管理局医政司.中医护理常规及技术操作规程[M].北京:中医古籍出版社,1999.4
- [5] 高聪.早期康复治疗对脑卒中偏瘫患者肢体功能及日常生活能力的影响[J].中国康复医学杂志,2001,16(1):27—29.
- [6] 周仲英.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2003.145.