

中医护理对急性脑梗死影响探究

蔡宗梁

川北医学院 四川 南充 637000

摘要：脑梗死作为神经系统危急重症之一，致死、致残率较高。发生脑梗死后其免疫功能抑制，机体处于高炎症状态，发生感染的机率明显增加，其中最常见的是肺部感染及泌尿系感染，严重时则可危及生命。脑梗死后患者神志、肢体功能、吞咽及自主咳痰功能会不同程度受损，因此导致其相关并发症增加，并且对其治疗效果差，预后不佳，而中医护理对免疫力低下及脑卒中患者的治疗及相关并发症预防具有显著的优势，可有效预防并发症的发生。

关键词：急性脑梗死；中医护理；神经功能

脑梗死在中医学中被称为缺血性卒中，其发病率高，危害性大，如抢救不及时患者可出现多种并发症和后遗症。脑梗死恢复期患者病情比较稳定，但生理功能和心理状态多会受到一定程度的负面影响，此阶段一定要重视对其护理干预。中医护理是以中医理论为基础的护理模式，将其应用于脑梗死恢复期患者护理中，可给予其多方面的人性化护理干预，对改善其病情和具有积极作用。急性脑梗死属中医“中风”范畴。正气亏虚，饮食、情志、劳倦内伤等引起气血逆乱，产生风、火、痰、瘀，导致脑脉痹阻或血溢脑脉之外为基本病机；以突然昏仆、半身不遂、口舌歪斜、言语謇涩或不语、偏身麻木为主要临床表现。禀赋不足，年老正衰，脏腑功能失调，内伤虚损，加之情志过极，导致内伤劳倦致气血内虚、血脉不畅，或因气候骤变、情志不遂、过食肥甘等因素诱发，以致气血逆乱，痰热内生，扰于脑窍，窜犯经络而发中风。中医护理是指以中医理论为指导，结合了辨证施护和整体护理理念、结合现代知识和中医传统技能，依据患者的病情制订个体化护理方案；较单纯现代护理具有特殊优势，同时能够提高治疗、护理的效果。依据急性脑梗死临床特点，应用中医循经叩背护理，轻叩患者督脉及太阳经脉，是两经脉气血通畅入脑营养脑髓，使脑髓得气血充分濡养而促进功能恢复；同时联合中医穴位贴敷健脾益气养血、疏肝行气、潜镇暴亢之肝阳，针对体质虚弱患者兼以扶助正气、调节虚弱体质，使其达到“正气存内，邪不可干”。中医情志护理结合中医心理学及中医情志理论指导，采用辨证思想，以情胜情法、转移情志、开导等方法进行个体化护理，使患者情志舒畅，达到促进疾病恢复的效果。

一、资料与方法

(一) 一般资料

选取 2017 - 04 ~ 2018 - 07 我院收治的 94 例 CI 患者，随机分为对照组（行常规护理，47 例）和观察组（行中医特色康复护理，47 例）。年龄 52 - 78 岁，平均 (65.42 ± 4.12) 岁；体质量指数 (Body Mass Index, BMI) 20.7 ~ 23.6 kg/m²，平均 BMI (22.15 ± 0.24) kg/m²；疾病类型：额叶梗死 7 例、顶叶梗死 6 例、丘脑梗死 28 例、基底节区梗死 19 例。观察组中男 27 例，女 33 例；年龄 53 ~ 78 岁，平均 (66.72 ± 3.56) 岁；BMI 20.5 ~ 23.9 kg/m²，平均 BMI (22.19 ± 0.22) kg/m²；疾病类型：基底节区梗死 24 例、顶叶梗死 5 例、丘脑梗死 25 例、额叶梗死 6 例。(1) 纳入标准：①均符合《脑血管病防治指南的解读—脑梗死治疗的思考》中 CI 诊断标准；②签署同意书；③无恶性肿瘤。(2) 排除标准：①合并骨折等其他下肢肌肉血管病变；②合并颅脑外伤、周围神经病变等因素导致的肢体运动功能障碍；③合并意识功能障碍、血液系统疾病。两组一般资料比较 (P > 0.05)，有可对比性。经医学伦理委员会批准，

(二) 方法

对照组采取常规护理：向患者讲解急性脑梗死发病机制、治疗方法和注意事项；保持住院环境舒适安静，避免强烈的声光刺激；指导患者行早期腕、髋、踝等关节被动、主动训练。观察组采取中医护理路径护理：(1) 入院时。详细讲解临床路径的目的、优点，了解患者护理需求，结合实际情况制定针对性护理方案。(2) 住院期间。①辨证饮食。依据患者中医证候不同制定个体化饮食方案，给予痰热内结者白萝卜粥、莲子粥等益气、健脾通络食物；予以气虚血瘀者黄芪桃仁粥、鸡肉、萝卜等食物；给予阴虚风动者麦芽、百合莲子薏苡仁粥等

养阴清热、理气食物；予以风痰火亢者菊花、冬瓜、山楂等清热泻火食物。②穴位按摩。可对患者上肢外关、内关、合谷、曲池等予以按摩。其中外关具有清热解毒之效；内关具有宁心安神之效；合谷具有疏风散表之效；曲池具有理气和胃、降逆活络之效。同时对下肢的足三里、涌泉、昆仑、照海等予以按摩，其中足三里具有调理脾胃之效；涌泉具有散热生气之效；昆仑具有降低血脂之效；照海具有软化血管之效。每个穴位按摩需重复3—5次以上，且每穴位按摩均3—5min，方可进行下一个动作，以加快血液循环、促进恢复神经功能系统。

④艾灸疗法。选取曲池、风池、大椎、太溪等穴位，将点燃的艾条放置于穴位上，调整温度后固定，每处穴位艾灸10min，1次/d，5次/周。(3)出院指导。给予患者针对性生活指导，依据身体情况行八段锦、太极拳等保健操，协助进行穿衣、进食等日常生活训练，注意劳逸结合，保证充分休息和睡眠。干预2周。

(4)基于健康信念理论教育。健康宣教、生命体征监测、生活护理、饮食护理、补充体液、营养支持、病情观察等。观察组在对照组基础上给予健康信念理论联合中医护理。中医按摩。脑梗死患者辨证论治多有“瘀阻”，其中以痰瘀阻络证、气虚血瘀证较为常见。对患者的合谷、胆俞、太冲以及百会等穴位进行按摩，5 min/次，2次/d。行为益处教育。教育时间为4周，通过集中培训方式完成，使患者认识到坚持功能锻炼对加快机体恢复的重要性，并指导患者按摩合谷、内关等穴位；对上下肢相关关节，如腕关节、肘关节、髋关节以及踝关节等进行外展、外旋以及内收等锻炼。将以下中药按一定比例混合贴敷于相关穴位：川乌、自芷、马钱子、制南星、浮萍制成药粉，与姜汁、醋按照1：1：1比例贴敷于合谷穴、曲池穴、阳陵泉穴、伏兔穴、外关穴等穴位。健康信念教育与心理指导：医护人员需在中医情志理论上实施感知教育，以“喜胜悲”为依据，对膻中、太冲穴位进行按摩，5 min/次，2次/d。

(三) 观察指标

比较2组神经功能、运动功能、日常生活能力、负面情绪和护理满意度。(1)干预前后采用神经功能缺损量表(NIHSS)，从感觉、语言、共济失调等15个条目评价，总分42分，得分高表示神经功能缺损严重。(2)干预前后采用Fugl Meyer运动功能评分法(FMA)评价，包括上下肢屈肌协同运动、伸肌协同运动等50个条目，采用0~2分3级评分法，总分100分，得分与运动功能呈正相关。(3)干预前后采用Bar the 1指数评定表(BI)评价患者日常生活能力，包括修饰、进食、穿衣等10个项目，满分100分，得分高则生活能力高。(4)干预前后采用美国精神病学会制定的患者健康问卷(PHQ-9)评

价患者抑郁情绪，包括自杀意念、愉快感丧失等9个条目，采用0~3分评分法，总分27分；采用广泛性焦虑障碍量表(GAD-7)评价患者焦虑情绪，包括紧张、易激怒等7个条目，采用0~3分评分法，总分21分，得分高则负性情绪越严重。(5)于干预后运用纽卡斯尔护理满意度量表(NSNS)调查患者满意度，包括护士工作能力、护理服务态度等19条目，用5级评分(1~5分)计分，分值范围19~95分，分为非常满意(≥77分)、满意(58~76分)、一般满意(39~57分)，不满意(≤38分)。总满意度=非常满意率+满意率

二、结果

2组患者NIHSS/FMABI评分比较观察组干预后NIHSS评分低于对照组，FMA、BI评分高于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)。

组别	例数	NIHSS		FMA		BI	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	47	25.69±2.31	18.79±2.23	50.36±5.27	62.94±5.73	37.26±3.15	54.86±3.65
观察组	47	25.48±2.28	12.57±2.19	51.38±5.18	74.59±6.26	37.29±3.48	63.89±3.68
t值		0.444	13.643	0.946	9.411	0.042	11.944
p值		0.658	0.000	0.347	0.000	0.967	0.000

2组患者PHQ-9/GAD-7评分比较观察组干预后PHQ-9、GAD-7评分低于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)。

组别	例数	NIHSS		FMA	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	47	25.69±2.31	18.79±2.23	50.36±5.27	62.94±5.73
观察组	47	25.48±2.28	12.57±2.19	51.38±5.18	74.59±6.26
t值		0.444	13.643	0.946	9.411
p值		0.658	0.000	0.347	0.000

观察组护理满意度较对照组高，差异有统计学意义(P<0.05)。

组别	例数	非常满意	满意	一般满意	不满意	总满意度
对照组	47	21(44.68)	18(38.30)	6(12.77)	2(4.26)	39(82.98)
观察组	47	25(53.19)	20(42.55)	1(2.13)	1(2.13)	45(95.74)
χ^2						4.029
P						0.045

三、讨论

脑梗死为常见的脑血管病，多发于中老年人，其病因复杂，与多种基础性疾病有关，患者多可见运动障碍、感觉障碍、平衡障碍、吞咽困难、意识障碍等症状，其日常生活受到较大影响。在临床中要重视对脑梗死患者

的治疗, 同时还要加强护理干预, 诸多研究显示高质量的护理服务对改善其身心状态具有积极作用。中医护理是一项系统、人性化、个性化的护理模式, 将其应用于脑梗死恢复期患者护理中, 对其实施肢体训练、穴位按摩、中药热敷、循经刮痧、情志护理、辨证护理等多方面的护理服务, 可有效改善其肢体运动功能, 提升其生活质量, 还能调整其心理状态, 加速康复。中医护理模式的应用能弥补常规护理模式的缺陷, 更有助于改善患者身心状态, 其护理措施较全面、有针对性, 患者认可度和接受度较高。本研究结果显示, 在对脑梗死恢复期患者实施中医护理后, 其 SAS、SDS、NIHSS 评分均明显降低, 患者护理后各项生活质量评分显著提升, 均优于单纯常规护理者。同时健康信念理论教育也提高护理的效果, 健康信念理论教育是一种基于心理学的新型护理模式, 可将有关疾病知识与预后向患者予以介绍, 以引导患者在恢复期间自觉抵制各种不良行为。中医学称脑梗死为“中风”, 发作后可出现突然昏仆、口舌歪斜、偏身麻木等多种临床症状, 是因风痰窜于经络、气血运行阻滞所致。已知改善患者的认知功能缺陷, 同时缓解其负性情绪, 可达到中医护理的目的。本研究结果显示, 护理后, 观察组 FMA 评分、生活质量评分和 MBI 评分均高于对照组, NIHSS 评分低于对照组。分析原因为, 通过健康信念理论介绍可提升患者的自身康复信念, 提高其护理依从性, 在此基础上联合中医护理, 通过穴位刺激、经络梳理, 可保持患者局部肌肉、关节运动功能稳定性, 为后续康复训练提供基础; 同时通过针灸、按摩刺激患者的神经传导能力, 以促进患者脑神经功能修复, 减少患者的脑神经障碍症状, 促进其肢体运动功能

恢复, 提升其生活自理能力, 进而改善患者的生活质量。急性脑梗死患者由于存在不同程度神经功能缺损, 严重影响患者疾病康复。中医学认为脑卒中主要是由于内风上扰、气血营卫虚弱, 兼受外邪, 造成肢体阴阳不平衡, 临床干预应以调和气血、舒筋活络为主。常规护理以护理人员为主导进行基本的生活照护, 相关措施缺乏系统性、针对性, 难以满足患者多样化护理需求, 护理效果欠佳。中医护理路径干预以患者为中心, 制定更加详细的护理方案, 更加有预见性、有计划地进行护理工作。本研究结果显示, 观察组干预后 NIHSS 评分低于对照组, FMA、BI 评分高于对照组, PHQ-9、GAD-7 评分低于对照组, 护理满意度高于对照组, 表明中医护理路径干预能够改善急诊脑梗死患者神经功能和运动功能, 减轻不良情绪, 促进日常生活能力提高, 提升护理满意度。在急诊脑梗死患者中采取中医护理路径干预, 患者入院时对其进行全面评估, 制定规范化、标准化护理方案, 使护理工作由被动观察变为主动实施, 避免护理工作的盲目性和随意性。住院期间给予患者针对性饮食施护, 可满足个体化营养需求, 有助于提高机体免疫力, 为病情恢复提供良好基础。内关具有宽胸理气、疏通经络之效; 合谷具有定痛止痛、清热解表之效; 肩井具有祛风通络、行气止痛之效。针对以上穴位进行穴位按摩, 能够促进血液循环, 达到行气活血、疏通经络的目的, 加快运动功能恢复。艾灸可促进血液循环, 重建神经功能, 有助于提高患者日常生活能力。中医护理路径干预还注重患者心理状况变化, 给予针对性情志干预, 能够减轻患者焦虑、抑郁情绪, 促使其保持情绪稳定, 从而提高护理满意度。

结束语:

脑梗死是因局部脑组织供血动脉血流停止, 导致血管供血区域脑组织缺血缺氧的一种疾病, 随着疾病不断进展, 易导致局部脑组织软化、坏死, 出现神经功能障碍, 严重影响患者的生命质量。早期及时予以中医护理可降低急性脑梗死患者住院期间相关感染并发症, 尤其降低肺部感染和泌尿系感染优势明显。同时在常规护理基础上采用健康信念理论联合中医护理可提高脑梗死患者生活质量、运动功能和日常生活活动能力评分, 降低神经功能缺损评分, 优于单纯常规护理效果。

参考文献:

- [1] 聂珍珍. 中医护理临床路径对急性脑梗死患者溶栓治疗后脑神经功能及生活质量的影响 [J]. 现代诊断与治疗, 2021, 32(10): 1665 - 1667.
- [2] 方少虹, 郑晓娜, 洪惠玲. 中医护理方案对急性脑梗死老年患者临床症状、神经功能的影响 [J]. 首都食品与医药, 2020, 27(08): 135 - 136.
- [3] 蓝雪花, 陈嘉汇, 覃丽容, 和维, 陈洁莹. 中医护理在急性脑梗死患者中的应用 [J]. 西部中医药, 2019, 32(08): 126 - 129.
- [4] 刘燕. 中医护理干预对急性脑梗死患者生活质量的影响分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(97): 90.