

艾灸联合康复护理在脑出血肢体偏瘫患者中的应用

卢霞

贵州省仁怀市人民医院 贵州仁怀 564500

摘要：目的：对脑出血肢体偏瘫患者采取艾灸治疗联合康复护理，并探讨以上方法的临床应用效果与价值。方法：设置研究开始时间为 2020 年 1 月，并于 2021 年 1 月终止，从我院中随机选取 60 名脑出血合并肢体偏瘫患者参与研究，以上患者均接受艾灸治疗，将护理方法作为基本依据对其进行分组，分别分为参照组（常规护理）与实验组（康复护理），并对每组人数（30 人）进行严格控制。较对不同组别患者的生活质量评分、运动功能恢复情况与不良反应发生情况。结果：较参照组生活质量与运动功能而言，实验组更高，同时患者患有并发症的几率显著降低，且数据比对后有差异（ $p < 0.05$ ）。讨论：将康复护理应用于脑出血肢体偏瘫患者的艾灸治疗中，有利于应用效果的提升，应大力推广。

关键词：艾灸；康复护理；脑出血肢体偏瘫

脑出血肢体偏瘫患者常因运动受损、自理能力降低等原因，而产生一定的自卑心理，在对其健康状况造成一定影响的同时，将对患者的日常工作与生活能力带来一定阻碍^[1]。脑出血肢体偏瘫患者多接受艾灸治疗，分析其原因为该治疗方法安全性较高，副作用较少等^[2]。此外，脑出血肢体偏瘫患者由于长期卧床、免疫力较低等原因，在接受艾灸治疗时，极易产生一定的不良反应与事件^[3]。因此，医护人员在对患者进行艾灸治疗时，应给予其一定的护理与干预，但常规护理模式的效果并不突出，个别患者甚至存在着较深的怨言^[4]。针对以上特性，医护人员提出了全新的护理模式，即康复护理模式，为验证该模式的实际效果，本文选取了 80 名研究对象，给予其两种护理，并对每种护理方法的效果进行探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究于 2021 年 1 月 1 日开展，并于 2022 年 1 月 1 日终止，将 60 名于我院接受艾灸治疗的脑出血肢体偏瘫患者纳入研究，并将护理方法作为基本依据，对其进行分组，同时保障每组人数均为 30 人。参照组中男、女人数依次为 16 人与 14 人，患者年龄范围如下：47~74 岁，均值（ 60.50 ± 2.27 ）岁，患者偏瘫情况如下：19 人为左侧肢体瘫痪，11 人为右侧肢体瘫痪；而实验组中男、女人数依次为 18 人与 12 人，患者年龄范围如下：47~75 岁，均值（ 61.00 ± 2.31 ）岁，患者偏瘫情况如下：13 人为左侧肢体瘫痪，17 人为右侧肢体瘫痪，比较两组数据发现组间差异较小，可进行临床对比（ $p > 0.05$ ）。

1.2 方法

（1）艾灸治疗

①中医艾灸。医护人员应对参研患者三阴交等穴位进行中医艾灸治疗，艾灸时间应维持在 20~30min，艾灸频率为 1 日 1 次，若患者伴有大小便失禁，则应适当延长艾灸时间，并对其关元、气海与神阙等部位加以艾灸。

②穴位按摩。医护人员在对参研患者进行中医艾灸的同时，应对其涌泉、曲池等穴位进行按摩，按摩时间应维持在 2min 左右。为防止按摩力度过大、按摩手法单一，医护人员注意手法轻柔、力度缓和，并以轻推、一指弹或按揉等按摩手法为主。

③拔罐治疗。为增强艾灸治疗的效果，医护人员应给予患者拔罐治疗，治疗流程如下：依据患者临床表现与患病情况，对其梁丘等穴位进行拔罐治疗，治疗时间为 5~10min，频率为 2 天 1 次。

④耳穴贴压。除以上治疗方法外，医护人员应对其小肠、神门等穴位进行按压治疗，治疗时间保持在 2min 及以内，频率为每日 3~5 次。

（2）临床护理

参照组：对患者开展以常规护理理念为基础的护理与干预，如监督与指导患者服药、定期监测患者生命体征、维护

病房环境（湿度、温度、整洁度）、入院评估与基础检查等难度系数与护理专业度较低的护理及干预措施。

实验组：将给予参照组患者的护理手段与流程作为基本依据，在其基础上，对患者加用康复护理及干预，护理环节与流程如下所示：

①康复护理小组的建立。为保障护理的有序性与高效性，合理控制与调动护理资源（人力、物力与财力），院方应组建与成立以优质护理理念为基本护理准则与标准的护理小组。同时，为确保小组的针对性，院方及相应科室应将研究发起人设为护理小组的组长。组长日常应与组内成员共同对科室情况、患者病情状况、现有护理资源、日常护理任务、运转速度、护理分工、护理中存在的难题等进行分析与整合，并根据以上信息设计护理方案。

②良好医患关系的构建。脑出血肢体偏瘫因行动不便、症状明显、相关知识了解较少等原因，而导致其情绪较为低落。加之，患者前往医院接受治疗时，常因对环境适应性较差，周围人员了解较少等原因，而产生一定的负面情绪与抗拒心理（焦虑、抑郁、不安）。因此，为缓解患者因以上原因，而导致治疗无法有序进行，医护人员应采取微笑服务、给予患者积极帮助、倾听患者诉说、解答患者疑问、营造良好的医护关系，缓解其负面情绪，共同构建良好的医患关系。

③心理护理。为消除与缓解患者因多种因素影响与自身不良症状等，而导致的负面情绪与不良心理。医护人员应给予患者一定的心理干预与护理，如给予患者一定娱乐支持、创办心理问诊室（线上及线下）、聆听舒缓的轻音乐、阅读书籍与报纸、解答患者内心疑问，并鼓励患者积极参加集体活动，扩大社交范围、丰富生活内容、陶冶情操、培养全新的爱好，使其尽快融入到社交活动中，缓解内心孤独。

④运动康复护理。医护人员应根据患者自身的运动范围和运动能力制定个性化的运动方案，并在主治医师的指导下，带领与帮助患者进行运动康复训练，如自主翻身、调整体位等，对于可自主运动的患者，可以鼓励并指导其进行自主运动，并对运动流程及运动量给予评估与帮助。运动完成后，对患者四肢进行按摩，以减少运动后带来的疲劳感，并有利于下次运动的展开。

1.3 评价指标

较对两组患者的生活质量评分、运动功能恢复情况与不良反应发生情况，若数据较对结果低于 0.05，则表明组间差异较大，比对具有统计学意义。

生活质量评分：为判定两种护理方法对患者生活质量的影响与改善，医护人员应将 SF-36 量表作为评判依据，量表采用积分制，最高得分为 100 分，最终得分与患者治疗结束后的生活质量成正比。

运动功能恢复情况：医护人员应将 Fugl-Meyer 感觉运动恢复量表作为评判两组患者运动功能恢复情况的基本依据，

该量表包含上肢功能(66分)与下肢功能(34分),最终得分分为上肢+下肢功能评分,分数越高,则表明患者运动功能恢复情况越显著。

不良反应发生情况:记录两组患者治疗与护理途中出现头痛等不良反应的几率。

1.4 统计学分析

试验各指标均通过统计学软件 SPSS25.0 检验,分别用卡

方、t 值比计数与计量资料;若最终结果($p < 0.05$),证明组间差异较大。

2 结果

2.1 较对 2 组患者的生活质量评分

与参照组患者生活质量评分相较可知,实验组患者的最终评分显著更高,组间差异较大($P < 0.05$),见表 1。

表 1 较对 2 组患者的生活质量评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	护理前				护理后			
	生理	躯体	社会	精神	生理	躯体	社会	精神
参照组 (n=30)	63.27±12.26	65.51±12.35	64.12±12.21	65.45±13.14	78.46±13.22	76.49±12.87	77.84±14.18	74.13±14.21
实验组 (n=30)	63.21±12.19	65.48±12.46	64.18±12.17	65.49±13.21	86.85±13.48	87.48±13.12	89.17±14.62	88.64±14.19
t 值	0.019	0.009	0.019	0.011	2.433	3.275	3.046	3.957
P 值	0.984	0.992	0.984	0.990	0.018	<0.001	0.003	<0.001

2.2 较对 2 组患者的运动功能恢复情况

实验组患者的运动功能恢复情况显著高于参照组,两组

间差异较为明显($P < 0.05$),见表 2。

表 2 较对 2 组患者的运动功能恢复情况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	护理前			护理后		
	上肢评分	下肢评分	总分	上肢评分	下肢评分	总分
参照组 (n=30)	48.56±12.23	23.17±4.46	71.73±16.69	52.31±14.72	25.68±5.21	77.99±19.93
实验组 (n=30)	48.52±12.19	23.15±4.42	71.67±16.61	61.29±14.68	31.71±5.19	93.00±19.87
t 值	0.012	0.017	0.013	2.369	4.491	2.921
P 值	0.989	0.986	0.988	0.021	<0.001	0.005

2.3 较对 2 组患者的不良反应发生情况

实验组患者在接受艾灸与康复护理时,其产生不良反

应的几率明显更低,数据具有较大差异($P < 0.05$),见表 3。

表 3 较对 2 组患者的不良反应发生情况 (n, %)

组别	腹泻	发热	头痛	咳嗽	不良反应发生情况
参照组 (n=30)	4 (13.34)	3 (10.00)	3 (10.00)	2 (6.66)	12 (40.00)
实验组 (n=30)	1 (3.33)	1 (3.33)	1 (3.33)	1 (3.33)	4 (13.34)
x ² 值	1.963	1.071	1.071	0.350	5.454
P 值	0.161	0.300	0.300	0.553	0.019

3 讨论

脑出血是指非创伤性脑内血管破裂,导致血液在患者脑实质内积聚的临床综合征,为脑卒中的常见类型^[5]。脑出血患者的临床表现多以高血压、呕吐、运动受限、头痛、嗜睡、失语、食欲不振、肢体瘫痪等症状为主,此外患者并发癫痫、深静脉血栓与肺栓塞的几率大幅提升^[6]。分析与比较我国脑出血肢体偏瘫的患病人数与疾病占比后可得出如下结论:近年来,患有该疾病的人数逐渐增多,已成为威胁我国群众安全健康的一大常见因素^[7]。

现阶段,临床在治疗脑出血肢体偏瘫时,多采取艾灸治疗,该治疗方法具有舒筋活络、降气活血、维持血压、静心安神、止痛通络的功效,可有效改善患者临床症状,促进其恢复健康^[8]。但脑出血肢体偏瘫患者在接受艾灸治疗时,常因自我护理能力较差、情绪波动范围较大等原因,导致治疗的预后性与安全性大幅下降,在影响治疗效果的同时,对患者的健康与心理状态也造成了一定不良影响^[9]。

为此,医护人员在脑出血肢体偏瘫患者采取艾灸治疗的同时,多对其加用一定的指导与护理帮助。同时为增强护理的效用与价值,医护人员对常规护理进行了创新与更改,并在该模式的基础上,提出了全新的护理模式,即康复护理模式^[10]。

综上所述,对脑出血肢体偏瘫患者开展艾灸治疗联合康复护理干预,有利于提升患者的生活质量与运动功能,降低其出现不良反应的几率,应大力推广。

参考文献

[1]姚珊珊,王赛赛,周琰.艾灸与中药熏洗联合常规医护措施干预高血压性脑出血术后偏瘫临床研究[J].新中

医,2021,53(10):158-162.

[2]郑雯婷,徐枝,吴增贵,等.中医特色护理对高血压脑出血患者术后神经功能恢复的影响[J].新中医,2019,51(9):259-262.

[3]李娟,和静.综合康复护理配合针灸应用于高血压脑出血后肢体偏瘫患者中的效果探究[J].光明中医,2018,33(23):3585-3587.

[4]王目纲,唐义锋.早期针灸联合康复训练对高血压脑出血偏瘫患者肢体功能的影响[J].反射疗法与康复医学,2021,2(23):35-38.

[5]何通海.偏瘫综合训练与针灸干预对高血压脑出血患者术后神经功能及生活质量的影响[J].内蒙古中医药,2021,40(4):121-122.

[6]钟立伟.清脑通脉汤加减联合针灸对自发性脑出血术后肢体偏瘫患者 FMA 评分及 BI 指数的影响[J].当代医学,2020,26(35):135-137.

[7]刘岳.针灸联合中药对高血压脑出血偏瘫合并睡眠障碍患者康复效果的影响[J].世界睡眠医学杂志,2020,7(5):807-809.

[8]陈凯玲.综合康复护理在针灸治疗高血压脑出血后肢体偏瘫患者中的应用[J].护理实践与研究,2017,14(7):11-13.

[9]李福强.针灸联合中药治疗对高血压脑出血偏瘫合并睡眠障碍患者康复效果的影响[J].世界睡眠医学杂志,2018,5(1):75-79.

[10]王希瑞,张静,孙杰,等.可调节踝足矫形器配合针灸对脑出血偏瘫患者足畸形及步行能力的影响[J].中国康复,2019,34(10):518-520.