

中医护理路径干预对急诊脑梗死患者神经功能及生活质量的影响

唐啸林 田敏 (通讯作者)

西南医科大学附属中医医院 四川泸州 646000

【摘要】目的 探讨中医护理路径干预对急诊脑梗死患者神经功能及生活质量的影响。方法 纳入2022年10月至2024年1月我院急诊科收治的72例脑梗死患者,以信封法分组,为开展常规护理的对照组36例与在此基础上行中医护理路径干预的中医护理路径组36例。比较干预前后两组神经功能缺损(NIHSS)、日常生活能力(ADL)、生活质量量表(PAC-QOL)评分。结果 干预后,中医护理路径组的NIHSS评分低于对照组,ADL评分高于对照组($t=7.714, 4.470, P<0.001$);PAC-QOL评分对比,中医护理路径组高于对照组($t=5.679, 5.074, 4.455, 4.314, P<0.001$)。结论 对急诊脑梗死患者施以中医护理路径干预能优化神经功能,促进日常生活能力提升,对生活质量的改善有积极意义,整体应用价值较佳。

【关键词】脑梗死;中医护理路径;神经功能;生活质量

脑梗死属于脑血管疾病,多由血压、血脂异常引发,在中老年人中常见,具有发病迅速、病情进展快的特点,可直接威胁患者生命^[1]。脑梗死患者在发病后多由急诊科收治,以采取对症治疗控制病情,减轻脑部血液循环障碍,但是,由于患者年龄普遍较大,且病位为脑部,其神经功能、肢体功能可出现不同程度受损,严重影响其康复^[2]。常规护理配合的普适性虽然较高,但是指向性与精准性均不足,难以结合脑梗死患者的实际需求进行干预,效果不够理想。脑卒中归于中医“中风”范畴,是由气机不畅、血瘀内阻造成的静脉闭塞,因此临床需要行对症干预,以祛风通络、清热活血^[3]。中医护理路径干预以中医学理论为指导,能遵循“辨证施护”原则为脑卒中患者落实具体化、针对性的干预措施。基于此,本研究旨在探究中医护理路径干预对急诊脑梗死患者神经功能及生活质量的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入2022年10月至2024年1月我院急诊科收治的72例脑梗死患者,以信封法分组,为对照组与中医护理路径组,均36例。中医护理路径组男性19例,女性17例;年龄56~80(67.19 ± 5.47)岁;病程2~12(4.35 ± 1.04)h。对照组男性21例,女性15例;年龄54~78(66.73 ± 5.62)岁;病程1~13(4.48 ± 1.15)h。一般资料比较,中医护理路径组及对照组差异无统计学意义($P>0.05$)。

纳入标准:①诊断为脑梗死;②沟通功能无异常;③首次发病;④精神状态正常。排除标准:①合并颅脑外伤;②四肢瘫痪;③循环、造血功能异常;④依从性差。

1.2 方法

1.2.1 对照组

予以脑梗死患者常规护理,即患者入院后立即根据体征、症状等开展病情评估,根据医嘱行对症干预措施,完善生命体征监护工作,待病情控制后可开展健康宣教,指导其进行站立、行走及平衡等功能锻炼,并提供清淡、易于消化的饮食。

1.2.2 中医护理路径组

为脑梗死患者在常规护理基础上开展中医护理路径干预,措施为:(1)情志干预:为患者定期(每日15:00~17:00)播放柔和、慢节奏音乐,改善氛围,并通过移情易性法(引导患者回忆过往有趣经历)减轻其当前心理压力,或者让其通过观看电视节目舒缓情绪。(2)按摩推拿:帮助患者每日对曲池、足三里、合谷等穴位进行按摩推拿,每次15~20min,每日1次。(3)辨证饮食指导:针对血瘀气虚证患者,应在饮食中加以白萝卜、山楂、桃仁等滋补散淤食物;为阴虚风动证患者增加百合、薏仁、莲子等理气养阴食物;痰热内结证患者应增加莲子、陈皮等散结健脾食物的摄入量;风痰火亢证患者则需要多使用冬瓜、菊花等泻火清热食物。(4)艾灸干预:消毒合谷穴、肩井穴、环跳穴局部皮肤后,点燃艾条对其进行艾灸,各穴位均艾灸10min,注意将艾条与皮肤保持5~6cm。

1.3 观察指标

比较中医护理路径干预组、对照组干预前后:(1)神经功能缺损(NIHSS)评分,有15个条目,根据神经缺损程度计0~42分。(2)日常生活能力(ADL)评分,根据患者自理能力从差至优计0~100分。(3)生活质量量表(PAC-QOL)评分,有社会心理、生理、满意度与忧虑4个维度,均计0~32分,总分为112分。

1.4 统计学方法

以 SPSS26.0 软件分析数据, 计数、计量资料分别以 (%)、($\bar{x} \pm s$) 表示, 通过 χ^2 、t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义

2 结果

2.1 对比 NIHSS、ADL 评分

两组 NIHSS、ADL 评分在干预前, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 中医护理路径组干预后的 NIHSS 评分低于对照组, ADL 评分高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 对比对比 NIHSS、ADL 评分 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	NIHSS		ADL	
	干预前	干预后	干预前	干预后
中医护理路径组 (n=36)	21.27 ± 2.75	11.16 ± 1.42	53.36 ± 5.34	75.47 ± 7.49
对照组 (n=36)	21.14 ± 2.69	14.43 ± 2.11	53.07 ± 5.23	67.52 ± 7.60
t 值	0.203	7.714	0.233	4.470
P 值	0.840	< 0.001	0.817	< 0.001

2.2 对比 PAC-QOL 评分

PAC-QOL 评分在两组干预前, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 中医护理路径组干预后, PAC-QOL 评分比对照组高 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 对比 PAC-QOL 评分 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	心理		满意度		生理		忧虑	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
中医护理路径组 (n=36)	12.61 ± 2.84	25.18 ± 3.54	13.54 ± 2.18	26.14 ± 3.71	11.68 ± 2.51	25.54 ± 3.68	12.36 ± 1.92	24.26 ± 3.87
对照组 (n=36)	12.87 ± 2.95	20.67 ± 3.19	13.69 ± 2.24	21.93 ± 3.32	11.31 ± 2.67	21.89 ± 3.26	12.74 ± 1.87	20.39 ± 3.74
t 值	0.381	5.679	0.288	5.074	0.606	4.455	0.851	4.314
P 值	0.704	< 0.001	0.774	< 0.001	0.547	< 0.001	0.398	< 0.001

3 讨论

脑梗死患者病情较复杂, 其神经组织、脑组织因疾病影响存在不同程度损伤, 加上其多为中老年人, 机体组织的自我修复时间较长, 因此, 为提高患者康复质量, 需要加以优质护理配合。常规护理下, 护士多数操作均需要在医师嘱咐下, 缺乏自主性及针对性, 干预价值有限。

脑卒中类属中医“中风”范畴, 病机为血瘀内阻、气机不畅, 因此应专注于祛风通络、清热活血。中医护理路径干预遵循“中医辨证”思维指导, 能结合急诊脑梗死患者生理、心理状况提供高质量、针对性的干预举措。结果显示, 干预后, 中医护理路径组的 NIHSS 评分低于对照组, ADL 评分高于对照组 ($P < 0.05$), 提示为急诊脑梗死患者施以中医护理路径干预可减轻神经功能缺损, 促使日常生活能力提高。究其原因因为辨证饮食指导的开展能在满足患者个体化营养需求的同时为其症状的减轻提供助力, 以缓解其血瘀气虚、痰热内结等症状, 对临床治疗加以配合, 发挥协同促进作用, 减轻神经功能障碍。而且, 艾灸合谷、肩井等穴可清热解表、通络祛风, 加以局部热力刺激能促使循环改善, 以减轻其肢体功能障碍, 优化日常生活能力。同时, 神经功能缺损可导致肢体行动障碍, 对日常生活能力造成负性影响, 导致生活质量下降。在本研究中, PAC-QOL 评分对比, 中医护理路径组高于对照组 ($P < 0.05$), 提

示中医护理路径干预的应用能实现提升脑梗死患者生活质量水平的目的。分析原因为该护理模式可帮助患者调节情志, 以减轻其当前心理压力, 从而加强对临床工作的配合, 利于疾病转归, 且推拿按摩的开展具有放松肌肉、减轻粘连的作用, 以减轻其不适, 提高生活质量。另外, 由于本研究纳入的脑梗死患者仅为 72 例, 样本量较少, 加上属于单中心研究, 数据可能有一定偏倚, 后续应对样本量进行增加, 开展多中心对照研究。

综上所述, 中医护理路径干预在急诊脑梗死患者中使用可促使其神经功能优化, 利于日常生活能力提升, 对生活质量的改善有积极意义, 整体应用价值较佳。

参考文献:

- [1] 杨晓林. 早期中医护理对脑梗死老年患者生活质量和满意度评价的影响研究[J]. 临床研究, 2023, 31(11): 182-185.
- [2] 任沙沙. 中医护理对脑梗死后遗症患者神经功能的影响[J]. 黑龙江医学, 2023, 47(12): 1517-1520.
- [3] 何会芳, 崔艳丽, 连小慧. 中医特色护理干预联合常规护理对脑梗死患者认知及预后的影响[J]. 包头医学, 2023, 47(1): 55-57.