

中医康复护理干预对脑梗死偏瘫患者肢体运动功能恢复的影响

邹燕飞

上海中医药大学附属龙华医院 上海 200032

【摘要】目的：探讨中医康复护理对脑梗死偏瘫肢体功能恢复的影响。**方法：**将100例脑梗死偏瘫患者分为干预组和对照组，每组各50例。两组均进行常规药物治疗和护理，干预组在此基础上辅以中医康复护理，主要包括情志护理、中医定向透药及针灸等方案，并采用FMA运动功能量表评分，对脑梗死偏瘫患者肢体功能恢复情况进行评定。**结果：**治疗结束后，干预组FMA评分显著高于治疗前及同期对照组，差异均具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。**结论：**中医康复护理干预对脑梗死偏瘫肢体功能恢复的影响较大，可有效地恢复偏瘫患者的肢体功能，改善患者预后。

脑梗死是神经系统的常见病、多发病，其病死率高，且50%~70%的存活者可存在不同程度的瘫痪、失语等严重残疾，严重影响患者的生活质量，给家庭和社会带来沉重的负担^[1]，因此，康复期对患者进行积极干预以促进其功能恢复具有重要意义。我院对50例脑梗死患者采取针对性的中医护理干预取得了满意效果，现报告如下。

【关键词】：中医康复护理；脑梗死；偏瘫；肢体功能

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2018年1月~2019年12月我院收治入院的100例脑梗死偏瘫患者作为研究对象，所有患者均符合中国医学会第4次全国脑血管病会议制订的诊断标准^[2]，并经颅脑CT或MRI确诊，均为首次发病，无意识障碍，均有不同程度的肢体偏瘫。将其随机分成观察组和对照组，每组50例，其中观察组男33例，女17例，平均年龄57.2岁；对照组男38例，女12例，平均年龄59.4岁。两组患者的年龄、性别、偏瘫程度等一般资料差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 干预方法

对照组患者实施常规护理方法，观察组在常规护理基础上实施康复护理干预方法，具体过程如下。

1.2.1 急性期康复护理

于脑卒中急性期进行训练，待患者病情及一般特征稳定后，对其患侧肢体实施按压放松，避免关节挛缩畸形病变、肌肉失用性萎缩或关节脱位的发生，警惕按摩顺序应从远心端向近心端缓慢开始。体位护理是脑卒中患者康复过程中良姿训练最为有效的康复项目之一，也是一项重要的训练和护理^[3]。通过进行姿势正常模式的反射训练，使患者保持正确的舒适姿态，帮助患者轮流两侧进行侧卧，左右翻身。偏瘫患者进行患侧卧位时，不能压陷在身体的下面，如肩部、髋部；要注意患侧的上肢前伸屈曲，伸直患髋，为患者恢复训练中创造有利的条件，防止发生髋屈曲

性挛缩。患者在恢复初期进行初期良姿位需要有人进行专门的护理，在卧床的24h内均保持正常的姿位，注意患侧不能弯曲躺。

1.2.2 恢复期康复训练

①坐位、站位训练：患者能够独立完成更多的日常生活动作的前提是具有坐位平衡的能力，先协助患者取半卧位（床头抬高 $30^{\circ} \sim 40^{\circ}$ ），若患者无心慌、头晕等症状再为患者换取坐位（床头抬高 $40^{\circ} \sim 90^{\circ}$ ），为防止发生体位性低血压，要放慢动作。②坐位静态平衡训练：主要是指导患者保持髋、膝等关节均能够屈曲 90° 或更多，在无支撑条件下进行床边或者椅上静态坐位，将患者两足分开约为一脚宽，放置在支持台之上或者踏地，调整头与躯干至中间位，双手置于膝上，维持此姿势一段时间后（不感劳累为宜）慢慢协助患者倒向床上之后调整身体保持原来体位^[3]。若患者能主动完成动态坐位平衡，即双臂能够伸向左、右、前、后、上、下方，双手手指交叉并且能够伴有躯干相应的移动以及被动完成被动态平衡，患者能在受到突然推拉外力的情况下仍能保持平衡。只有做到有效地完成坐位平衡的训练，患者才能够进行床上平坐以及床边进行站立^[4]。③行走训练：患者逐渐达到独立行走的前提是能够进行保持体位平衡和独立站立，这样才能使患者逐渐进行跨步动作的练习。在护理人员协助或者家属陪伴之下，可以用绳索套于患者脚中部进行牵拉抬起，护理人员或家属要时刻防止患者发生摔倒，同时正确指导并校正患者患侧踝关节内屈现象的发生，在进行行走训练时避免双足形成“内屈脚”，以免影响下一步功能康复的训练效果^[5]。不要在每次行走时过分强调迈步大小，并且尽可能保持每一步都走好的同时，对步行的

稳定性和耐力训练进行提高。

1.2.3 中医护理干预

①中医定向透药疗法是指采用微孔技术手段，从人体局部病变所进行的定向靶位透药治疗，该疗法是经卫生部认定的一项独创的治疗方法。20 min/次，1次/d，10次为1个疗程。②针灸疗法针刺阿是穴、肩髃、天宗、手三里、曲池、内关、外关及合谷，采用平补平泻法。20 min/天，10天为1个疗程。中医定向透药疗法配合传统针刺疗法可使药物高效率地通过皮肤透入深部病变组织。促进静脉回流，阻止血液淤滞，有效缓解疼痛、水肿等症状，提高患者康复疗效、运动功能及日常生活能力。有效地改善患者独立生活能力，提高其生活质量。

1.3 效果评价

运动功能：应用 Fugl-Meyer 评定法的简式进行评定，<50分为严重，50~84分为明显，85~94分为中度，100~95分为轻度。日常生活能力：应用 Barthel 指数进行评定，≤40分为差，41~60分为中，>60分为良。肌力评估：采用 Lovert 的6级分级法评估肌力，原始肌力以入院时检查结果为准，治疗和康复训练后第28天进行评价疗效。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 15.0 统计学软件分析相关数据，计量数据采用均数±标准差(x±s)表示，采用 t 检验，以 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床效果的比较

观察组的运动功能和日常生活能力恢复情况均优于对照组，两组差异有统计学意义(P<0.05)(表1)。

表 1. 两组临床效果的比较

组别	n	运动功能能力	日常生活能力
观察组	50	78.38±2.29	61.18±3.31
对照组	50	55.19±4.02	42.29±3.84

参考文献:

- [1] 江荣翠, 倪艳桃, 杜玲, 等.分阶段变化护理干预对脑梗死偏瘫病人康复依从性的影响[J].护理研究, 2009, 23(9): 2482-2484.
- [2] 中华医学会全国第四次脑血管病学术会议.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.
- [3] 周菊芝.康复护理[M].杭州:浙江科学技术出版社, 2004: 21-22.
- [4] 朱小玲.早期康复护理干预对脑梗死患者运动功能的影响[J].中国误诊学杂志, 2008, 8(8): 1802-1803.
- [5] 周晓娟, 侯亚红, 赵岳.连续康复护理干预对脑卒中偏瘫患者肢体功能和生活质量的影响[J].护理实践与研究, 2010, 7(19): 6-8.

观察组	50	78.38±2.29	61.18±3.31
对照组	50	55.19±4.02	42.29±3.84

与对照组比较 P<0.05。

2.2 两组患肢肌力的比较

观察组患肢肌力恢复情况优于对照组，两组差异有统计学意义(P<0.05)(表2)。

表 2. 两组患肢肌力的比较

组别	n	上肢		下肢	
		≤ II 级	≥ III 级	≤ II 级	≥ III 级
观察组	50	8	42	10	40
对照组	50	15	35	19	31

与对照组比较 P<0.05。

3 讨论

脑卒中患者生命体征平稳后即可进行中医护理。其有助于激活早期部分基因，使病变局限，加速脑侧支循环的建立，促进健侧大脑半球的代偿与功能重组，最大限度地恢复患者患肢的残存功能和能力，改善患者生存质量。本研究中，对脑梗死偏瘫患者进行中医护理干预，结果显示，观察组患者偏瘫肢体功能改善程度优于对照组(P<0.05)，说明中医护理的介入可显著减轻患者残损和残损程度、改善运动功能和日常生活活动能力，但脑梗死偏瘫的康复是一个漫长的过程，且受多种因素的影响，需要患者、家庭和社会三方共同参与，做到全程康复治疗，才能最大限度地降低致残率，提高患者生活质量。

综上所述，中医护理干预能显著提高脑梗死偏瘫患者的肢体功能，疗效显著，值得临床推广应用。