强化训练加服中药治疗出血性脑卒中后遗症的研究

刘小金 郭同稟 杨华英 陈桂芸

(江西省万安县人民医院 万安 343800)

摘要:目的:探讨出血性脑卒中后遗症强化训练治疗的疗效。方法:将 2002 年 1 月~2008 年 6 月在本院治疗的出血性脑卒中患者 130 例,随机分为实验组 68 例和对照组 62 例,实验组在常规治疗的基础上,对偏瘫、语言功能障碍患者进行规范强化训练加服中药补阳还五汤加减治疗,对照组按常规治疗,分别于 1 个月、2 个月、3 个月进行评估。结果:治疗 3 个月后治疗组患者生活完全自理者 48 例(70.6%),重残者 12 例(17.6%),对照组生活完全自理者 12 例(19.4%),重残者 34 例(54.8%)。结论:强化训练加服补阳还五汤,能提高偏瘫患者、语言障碍患者的生活自理能力,降低重残率,是出血性脑卒中后遗症的理想治疗方法。

关键词:出血性脑卒中;强化训练;补阳还五汤;后遗症

中图分类号:R 743.3

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)06-0079-02

出血性脑卒中是老年人的常见病多发病,近年来有明显上升趋势,已成为老年人高重残率的疾病。出血性脑卒中后遗症患者经常规治疗,仍有 70%以上的病人存在不同程度的丧失生活自理能力和劳动能力^[1]。我院从 2002 年 1 月~2008 年 6 月对 68 例出血性脑卒中后遗症患者进行强化训练加服中药补阳还五汤加减治疗,3 个月后格拉斯哥远期生活质量评估明显高于常规治疗者。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 临床资料 2002 年 1 月~2008 年 6 月在本院治疗的出血性脑卒中患者 130 例,随机分为实验组 68 例和对照组 62 例,所有患者均采用颅脑钻孔双管引流尿激酶冲洗方法治疗^[2],病情稳定后,实验组在常规治疗的基础上,同时开始强化训练加服补阳还五汤治疗,对照组按常规治疗。两组病情基本相似,一般在手术后 10d 开始治疗,并分别于 1 个月、2 个月、3 个月进行评估。

1.2 强化训练方法 由护士给家属和患者介绍强化训练的方法、效果,使患者和家属树立信心,并要求家属做到与患者一对一进行陪练。注重床上训练与坐站、语言训练相互结合,手脚的训练也同时进行,特别强调的是限制健侧运动,强化患侧训练。循序渐进,先易后难,先简后繁,训练时间先短后长,训练幅度是先低后高,训练方法是先被动辅助再到主动,坚持训练 3 个月。

1.2.1 床上训练 病情稳定后就可开始,强调早期进行伸屈肢体、翻身、排尿、排便训练,肢体活动要求每天 3 次,每个动作 50 次,争取达到能坐稳平衡。

1.2.2 站立训练 先坐位提腿屈膝,可利用站立床帮助,使患者从床上靠扶持物达到站立,要求每天帮助站立 50 次,达到能自己单独立起站稳。

1.2.3 步行训练 步行是患者回归社会最重要的一环,患者能站立后就要开始步行训练,先练习伸

屈上下肢,提腿踏步,再由家属扶持,以偏瘫肢捆绑牵拉步行,一定要纠正错误姿势,从扶持到单独行走,每个动作训练 50 次,每日 3 次,直到能自己拄拐行走。

1.2.4 上肢训练 是生活自理重要步骤,大关节活动恢复较慢,小关节恢复较快,要精心编排使用匙、筷、笔的训练,如吃饭、写字,每个动作 50 次,每日 3 次,还要进行穿衣、脱裤连贯动作的训练,使其能独立完成。

1.2.5 语言训练 语言训练是回归社会必修课,在床上训练同时就要开始先教单音,如“阿”、1、2、3,再教日常用语,可使用录音带进行强化训练,同时进行吹灯、吹气球、唱歌等练习,要基本达到能进行语言交流的目的。

1.3 应用中药补阳还五汤加减 方剂组成:黄芪 50g,当归 10g,赤芍 10g,川芎 9g,红花 9g,地龙 9g,桃仁 9g。上肢不遂加桂枝、鸡血藤各 15g,下肢不遂加牛膝 18g、桑寄生 18g,手脚肿胀加茯苓 10g、薏苡仁 20g、防己 10g,语言不清加郁金 12g、石菖蒲 10g、远志 10g,口眼歪斜加白附子 10g、全蝎 6g、僵蚕 10g,大小便失禁加桑螵蛸 10g、益智仁 12g、山萸肉 10g、五味子 6g。水煎服,每日 1 剂,分 2~3 次服,连续服药 2 个月。

1.4 疗效评价标准 参照格拉斯哥远期生活质量和语言障碍评估标准评价疗效。

1.5 统计学处理 实验数据统计学分析采用 Wilcoxon 秩和检验(Wilcoxon rank sum test)。

2 结果

2.1 生活质量评分 实验组 1 个月生活完全自理者 22 例(32.4%),2 个月 38 例(55.9%),3 个月 48 例(70.6%);对照组 1 个月生活完全自理者 6 例(9.7%),2 个月 8 例(12.9%),3 个月 12 例(19.4%)。50 分以下重残者实验组 3 个月 12 例(17.6%),对照组 34 例(54.8%),两组差异均有统计学意义($P <$

老年性充血性心力衰竭患者的辨证施护

陈顺英¹ 仲信生²

(1 江苏省东台市安丰中心卫生院 东台 224221; 2 江苏省东台市富安中心卫生院 东台 224222)

摘要:目的:探讨老年性充血性心力衰竭(以下简称老年心衰)中医辨证施护的应用。方法:统计我院 2000 年 4 月~2008 年 3 月采用中医辨证施护的老年心衰 67 例患者并进行分析。结果:采用中医辨证施护的老年心衰患者心功能均恢复正常。结论:老年心衰采用中医辨证施护效果显著。

关键词:充血性心力衰竭;辨证施护;中医药疗法

中图分类号:R 473.5

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)06-0080-02

充血性心力衰竭是由多种心脏疾病而导致心功能不全的一种综合征,是指心脏收缩力下降,使心排血量不能满足机体代谢的需要,器官、组织血液灌注不足,同时出现肺循环和(或)体循环瘀血的表现^[1]。中医对心衰没有专门的论述,该病相当于中医学“心悸”、“咳喘”、“水肿”、“肺胀”等范畴,《内经》称本病为“水”,常因劳累、饱餐、受寒、情绪激动等诱发。随着我国社会老龄化进程加速,老年心衰已成为临床常见病,护理工作显得举足轻重。我院 2000 年 4 月~2008 年 3 月共成功抢救 67 例老年心衰患者,年龄 60~94 岁,在配合医生抢救治疗的同时,对患者进行辨证施护及心理护理。现将护理体会介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 67 例,男 38 例,女 29 例;年龄 60~94 岁;病程 7 个月~17 年;其中冠心病 25 例(0.05)。见表 1。

表 1 两组患者治疗不同周期后生活质量评分的比较 例

疗程	组别	n	自理 (70~100 分)	半自理 (60~70 分)	不能自理 (20~50 分)	P
1 个月	实验组	68	22	19	27	<0.05
	对照组	62	6	10	46	
2 个月	实验组	68	38	14	16	<0.05
	对照组	62	8	13	41	
3 个月	实验组	68	48	8	12	<0.05
	对照组	62	12	16	34	

2.2 语言障碍分级评分 实验组 1 个月语言正常 31 例 (45.6%), 2 个月 58 例 (85.3%), 3 个月 65 例 (95.6%)。对照组 1 个月语言正常 12 例 (19.4%), 2 个月 18 例 (29.0%), 3 个月 21 例 (33.9%)。两组语言强化训练疗效差异有统计学意义(P<0.05)。见表 2。

表 2 两组患者治疗不同周期后语言障碍分级评分的比较 例

疗程	组别	n	1 级	2 级	3 级	4 级	P
1 个月	实验组	68	31	30	7	0	<0.05
	对照组	62	12	18	28	4	
2 个月	实验组	68	58	6	4	0	<0.05
	对照组	62	18	20	21	3	
3 个月	实验组	68	65	3	0	0	<0.05
	对照组	62	21	18	23	0	

3 讨论

本研究结果显示,一对一强化功能训练、语言早期训练、中药补阳还五汤的应用,可以提高生活

例,高血压病 23 例,风心病 11 例,扩张型心肌病 8 例;心功能 II 级者 20 例, III 级者 30 例, IV 级者 17 例。其中心气阴虚证 20 例,气虚血瘀证 28 例,阳虚水泛证 10 例,心阳虚脱证 9 例。

1.2 诊断标准 所有病例均符合 Framingham 的心衰诊断标准,心功能分级法参照美国纽约心脏病学会(NYHA)分级标准^[2]执行。排除严重感染、重度心律失常、不稳定型心绞痛、肝肾功能严重损害、严重脑血管病变、心源性休克、梗阻型心肌病患者。

2 方法

2.1 辨证施护 心衰中医辨证参照 1993 年卫生部制定发布的《中药新药临床研究指导原则》,分为以下 4 种常见中医证型施护。

2.1.1 心气阴虚证 症见心悸气短,倦怠乏力,面色白,动则汗出,气促,自汗或盗汗,头晕,夜寐欠安,口干,舌质红,苔薄白,脉细数无力或结代。此型自理能力、语言交流理解能力,降低重残率,是脑卒中后遗症较理想的治疗方法。中国康复中心赵军报道^[3],脑卒中患者后遗症可采用限制健侧、强化训练患侧,通过强化训练肢体、语言的功能达到生活自理能力。强刺激能增强缺血的大脑脚、纹状体、脑内病灶的血流,使大脑脚代偿性增大,并通过电镜检查发现髓鞘增生,神经突触增多,证明损伤的大脑有很强的可塑性,强化训练使脑内兴奋灶区增大,激活区增多,病灶对侧功能代偿,导致脑内功能重组。中药补阳还五汤主治半身不遂、肢体无力、口眼歪斜、偏身麻木、口角流涎、语言塞涩、心慌气短、手脚肿胀、舌质淡或暗紫、苔白、脉细涩。作者采用了强化训练方法加中药补阳还五汤治疗,使脑卒中后遗症得到了很大程度的改善,降低了重残率,大大提高了脑卒中后遗症患者的生活自理能力。

参考文献

[1]王忠诚,赵继宗,李立,等.金尔伦治疗急性颅脑损伤患者随机双盲多中心前瞻性研究[J].中华神经外科杂志,2001,17(3): 135-139

[2]郭同稷.颅脑钻孔置双管引流尿激酶冲洗治疗脑内血肿[J].井冈山医学专报,2002,9(2): 39

[3]赵军,张通,李冰洁,等.强制性运动治疗脑损伤后上肢运动功能障碍的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2006,28(11): 752-756

(收稿日期: 2009-02-14)