

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]郭同稟.颅脑钻孔置双管引流尿激酶冲洗治疗颅内血肿[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)

患者心功能相当 NYHA I~II 级,多表现为左心功能不全,常见于冠心病、高血压性心脏病。病情相对较轻,主要应注意限制患者体力活动,增加休息时间。可针刺内关、厥阴俞、心俞、大陵、足三里,采用补法。饮食以清淡、低盐饮食为主。

2.1.2 气虚血瘀证 症见心悸气短,面色晦暗,口唇青紫,颈静脉怒张,胸胁满闷,肋下痞块,舌质紫斑、瘀点,脉细涩或结代。此型患者心功能相当 NYHA II~III 级,多表现为右心衰为主或全心衰,常见于风湿性心脏病、高血压性心脏病、肥厚型心肌病以及冠心病。可针刺肺俞、肾俞、定喘穴和足三里,采用平补平泻。因水钠潴留较甚,故应低钠饮食,以减轻前负荷,一般要限制至每天 6g 以下,严重者每天不超过 1g。

2.1.3 阳虚水泛证 症见喘促气急,痰涎上涌,咳嗽,吐粉红色泡沫样痰,颜面灰白,口唇青紫,汗出,肢冷,烦躁不安,舌质暗红,苔白腻,脉细促。此型患者多见于急性左心衰,常见于风湿性心脏病、冠心病、扩张型心肌病、重症心肌炎以及高龄和潜在心功能不全而输液量过多过快者。此型乃心血管病的急重症,在护理上,应让患者取坐位,双腿下垂,以减少静脉回流。应用酒精或有机硅消泡剂吸氧,可使泡沫的表面张力降低而破裂,有利于肺泡通气的改善。面罩吸氧时乙醇浓度一般为 30%~40%(有人主张 20%~30%或 40%~70%),一次使用时间不宜超过 20 min,此法适用于昏迷患者,鼻导管吸氧时乙醇浓度为 70%~80%,若患者不能耐受,也可选用 20%~45%的乙醇,并可酌情增加浓度;或开始时用低流量吸氧,待患者适应后逐渐提高氧流量,此法适用于清醒患者。应用软橡皮管或血压计袖带加压,充气压力应低于舒张压 1.33 kPa,以保证动脉血流仍能通过而又能阻碍静脉回流,四肢中只能有四肢同时加压,每隔 15~20 min 应放松一肢,轮流加压,从而降低心脏前负荷。同时静推黄芪、生脉或参麦注射液,西药予以静滴硝普钠或硝酸甘油、立其丁以快速降低心脏前后负荷而迅速改善症状,也可静推西地兰强心、速利尿尿而减轻前负荷。

2.1.4 心阳虚脱证 症见心悸,烦躁,呼吸急促,喘促不宁,额汗不止,精神萎靡,颜面发绀,唇甲青紫,四肢厥冷,舌质暗,苔白,脉细微欲绝。此型患者心功能相当 NYHA IV 级,多因心阳衰败虚脱,多见于急性左心衰、心衰终末期或急性心肌梗死并发心源性休克,预后差。需进行床边心电监护并备好心脏除颤器。可立即予以静推参附注射液,急灸神阙、足三里、关元、气海,应不拘壮数,以期回阳救逆。

2.2 一般护理 患者入院后遵医嘱迅速给予吸氧,并结合病况安排其体位(半卧位或坐位),观察其血压、脉搏。根据心功能情况适当限制活动。对需长期卧床的病人,应定期帮助他们进行下肢被动运动,防止下肢血栓形成。观察大便通畅与否,防止病情突然恶化。

2.3 饮食起居及活动 每天食盐摄入量应 <5g,告诉病人及家属低盐饮食的重要性,并督促其执行^[3]。限制含钠量高的食品如腌制品、海产品、发酵面食、罐头、味精、啤酒、碳酸饮料等。可用糖、醋、蒜调味品以增进食欲,给予高蛋白、高维生素的易消化清淡饮食,限制总热量摄入,保持大便通畅,避免暴饮暴食,勿用力大便,忌食生冷、油腻、辛辣、腥臭等刺激性食物,戒烟酒,合理起居,避免受凉,保持环境安静、舒适、空气新鲜,一旦有感染迹象,及时报告医师。休息是减轻心脏负担的有效措施,心功能 II 级病人,避免较强体力活动,日常生活自理;心功能 III 级者,多数卧床休息,限制一般体力活动;心功能 IV 级病人,应绝对卧床休息,取坐位或半卧位,双下肢下垂,以减少回心血量,可在床上做肢体运动,待病情稳定后,逐渐增加活动量。

2.4 心理调护 注重情志护理。《素问·举痛论》云:“悲则心系急……惊则心无所倚,神无所归,虑无所定……思则心有所存,神有所归,正气留而不行。”^[4]心力衰竭患者因病情反复发作,病情重,合并症与并发症多,日常生活与活动均受到影响,容易引起焦虑、恐惧心理,常见患者心情郁闷,脾气暴躁。因此在护理时要求态度和蔼,服务热情、技术熟练,动作轻柔,给病人以心理安慰,消除其顾虑,帮助树立战胜疾病的信心。

充血性心衰属于中医“肺胀”范畴,在病机上具有本虚标实的特点,本虚重在气阴两虚,心肾阳衰,标实主要有血脉瘀滞,水饮内停,泛溢肌肤。辨证施护是中医护理的特色,针对本病虚与实、瘀阻与水停、气阴虚与阳虚的不同证型,在饮食、针灸、情志、阴阳变化等方面采用与之相应的护理措施,从而达到顾护气阴、助养心肾之阳气、疏通气血、消水化饮之目的。

参考文献

- [1]尤黎明,孙国珍,袁丽,等.内科护理学[M].北京:人民出版社,2004.121
- [2]国家食品药品监督管理局.中药(新药)临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002.77
- [3]夏素华.老年患者的中医护理[J].华北煤炭医学院学报,2001,3(3):361
- [4]黄丽欢.老年充血性心力衰竭患者的中医辨证施护[J].现代中西医结合杂志,2005,9(14):1 238

(收稿日期:2009-02-16)