

中西医结合康复护理在高血压脑出血患者术后护理中的应用

刘洁, 陈花, 杨侠, 胡爱丽

安康市中医医院神经外科, 陕西 安康 725000

【摘要】 **目的** 探讨中西医结合康复护理在高血压脑出血患者术后护理中的应用效果。**方法** 选取2018年6月至2019年9月在安康市中医医院住院治疗的高血压脑出血患者72例进行研究。按照随机数表法分为观察组和对照组, 每组36例。对照组患者实施常规康复护理干预, 观察组患者实施中西医结合康复护理干预。干预1个月后比较两组患者的治疗效果, 采用Fugl-Neyer运动量表和生活质量量表(SF-36)评价患者干预前及干预1个月后的运动功能、生活质量, 记录两组患者干预1个月后的生活能力分级情况及并发症发生率。**结果** 干预1个月后, 观察组患者的治疗总有效率为97.22%, 明显高于对照组的77.78%, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 干预前, 两组患者的运动功能及生活质量评分比较差异均无统计学意义($P > 0.05$); 干预1个月后, 观察组患者的上肢及下肢运动功能评分分别为(41.35±4.04)分、(21.68±2.92)分, 明显高于对照组的(37.29±4.02)分、(17.84±2.93)分, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 干预1个月后, 观察组患者的心理卫生、躯体功能、健康程度、情绪角色评分分别为(76.25±7.53)分、(73.48±6.23)分、(82.97±5.10)分、(77.31±6.37)分, 明显高于对照组的(65.38±7.51)分、(65.79±6.22)分、(75.55±5.09)分、(70.16±6.34)分, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 干预1个月后, 观察组和对照组患者的生活能力1级(55.56% vs 13.88%), 2级(33.33% vs 38.89%), 3级(8.33% vs 27.78%), 4级(2.78% vs 16.67%)比较, 观察组明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 干预1个月后, 观察组患者的并发症总发生率2.78%, 明显低于对照组的19.44%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 中西医结合康复护理应用于高血压脑出血术后患者能明显改善患者的运动功能, 提高其生活质量及生活能力, 减少并发症的发生, 值得临床推广使用。

【关键词】 高血压脑出血; 中西医结合; 疗效; 运动功能; 生活质量; 生活能力; 并发症

【中图分类号】 R473.5 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003-6350(2020)24-3261-04

Application of integrated traditional Chinese and Western medicine rehabilitation nursing in postoperative nursing care of patients with hypertensive cerebral hemorrhage. LIU Jie, CHEN Hua, YANG Xia, HU Ai-li. Department of Anesthesiology, Ankang Traditional Chinese Medicine Hospital, Ankang 725000, Shaanxi, CHINA

【Abstract】 **Objective** To explore the application of integrated traditional Chinese and Western medicine rehabilitation nursing in postoperative nursing of patients with hypertensive cerebral hemorrhage. **Methods** Seventy-two patients with hypertensive intracerebral hemorrhage who were hospitalized in Ankang Hospital of Traditional Chinese Medicine from June 2018 to September 2019 were selected for the study. According to random number table method, the patients were divided into an observation group and a control group, with 36 patients in each group. The patients in the control group received routine rehabilitation nursing, and those in the observation group were treated with integrated traditional Chinese and western medicine rehabilitation nursing. After 1 month of intervention, the treatment effect of the two groups was compared. The Fugl-Neyer Exercise Scale and Quality of Life Scale (SF-36) were used to evaluate the patient's motor function and quality of life before intervention and one month after intervention. The living ability classification and the incidence of complications of the two groups after 1 month of intervention were recorded. **Results** After 1 month of intervention, the total effective rate of treatment in the observation group was 97.22%, which was significantly higher than 77.78% in the control group ($P < 0.05$). Before the intervention, there was no statistically significant difference in motor function and quality of life scores between the two groups ($P > 0.05$); after 1 month of intervention, the upper and lower limb motor function scores of the observation group were (41.35±4.04) points and (21.68±2.92) points, which were significantly higher than (37.29±4.02) points and (17.84±2.93) points the control group ($P < 0.05$). After 1 month of intervention, the mental hygiene, physical function, health, and emotional role scores of the observation group were (76.25±7.53) points, (73.48±6.23) points, (82.97±5.10) points, and (77.31±6.37) points, respectively, which were significantly higher than (65.38±7.51) points, (65.79±6.22) points, (75.55±5.09) points, and (70.16±6.34) points of the control group ($P < 0.05$). After 1 month of intervention, the grading of living ability of the observation group was significantly better than that of the control group ($P < 0.05$): Grade 1 (55.56% vs 13.88%), Grade 2 (33.33% vs 38.89%), Grade 3 (8.33% vs 27.78%), and Grade 4 (2.78% vs 16.67%). After 1 month of intervention, the incidence of complications in the observation group was 2.78%, which was significantly lower than 19.44% in the control group ($P < 0.05$).

Conclusion The application of integrated traditional Chinese and Western medicine rehabilitation nursing in the post-operative patients with hypertensive cerebral hemorrhage can significantly improve the patients' motor function, improve their quality of life and ability to live, reduce the occurrence of complications, which is worthy of clinical promotion.

【Key words】 Hypertensive cerebral hemorrhage; Integrated traditional Chinese and Western medicine; Curative effect; Motor function; Quality of life; Life ability; Complications

高血压脑出血是临床治疗中较为常见的心血管内科疾病,发病率高且呈逐年递增趋势。高血压极易诱发脑卒中及冠心病,据有关调查显示,我国 71% 的脑卒中、54% 的心肌梗死死亡患者都与高血压有关^[1]。大多学者认为,长期的高血压会使脑动脉出现玻璃样变性,导致血管内膜的下基质肿胀,内膜下有脂质沉淀;且无结构物质会在内膜与内弹力层间形成,降低弹力的同时,使得脆性增加^[2]。此时,血管壁张力会明显丧失,纤维素性出现坏死的情况。局部动脉在血压的冲击下,呈现出纺锤体凸出或球状,表现为粟粒状动脉瘤,若血液入侵管壁,还可促进夹层动脉瘤的形成。动脉瘤受血压急剧升高的影响发生破裂,进而导致脑出血。此外,脑小动脉还可在高血压的影响下出现痉挛,远端脑组织会发生坏死、缺氧及缺血,产生出血,以恶心呕吐、剧烈头痛、嗜睡或昏迷、躁动为主要临床特征^[3]。目前,对高血压脑出血患者的治疗手段为手术治疗,虽能有效清除颅内血肿,但高血压脑出血多集中在伴有多种病症的中老年群体,加之其自身免疫力低下,患者的恢复较慢,且预后较差^[4]。因此,改善高血压脑出血患者的症状,提高患者的生活质量,是临床尚待解决的难题。本研究主要分析实施中西医结合康复护理在高血压脑出血术后患者中的应用效果,现将结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 6 月至 2019 年 9 月在安康市中医医院住院治疗的 72 例高血压脑出血患者进行研究。所有患者均经 CT 检查确诊为高血压脑出血。排除标准:①存在脑出血病史者;②存在肝肾功能病变者;③存在肢体功能障碍者;④既往有精神病史者;⑤不能配合本研究者。采用随机数表法将患者分为观察组和对照组,每组 36 例。观察组患者中男性 20 例,女性 16 例;年龄 50~74 岁,平均(61.97±3.51)岁;病程 1~10 年,平均(5.47±1.42)年。对照组患者中男性 21 例,女性 15 例;年龄 51~73 岁,平均(62.88±3.52)岁;病程 2~11 年,平均(6.39±1.43)年。两组患者的基线资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准,患者及家属知晓并签署同意书。

1.2 方法

1.2.1 对照组 本组患者实施常规康复护理。具体包括:(1)密切监测患者的各项生命体征,以了解患者的病情变化,并及时采取预防措施;(2)指导患者

合理用药,并告知其遵从医嘱的必要性,以避免患者错误用药,减轻病症加重的风险。在患者服药期间,对患者的临床表现进行密切监测,以预防发生不良反应;(3)根据患者的病况及饮食习惯,制定个性化的饮食方案,并对患者每日维生素、蛋白质、能量、碳水化合物及钙的最佳摄入量进行计算,以确保其营养均衡;(4)对存在语言功能受损的患者进行舌面肌、声带及软腭功能等训练,同时予以适当的鼓励,以提高患者的发音功能;吞咽功能受损患者在训练前需对其口腔进行清洁,为促进其恢复进程,可指导患者进行舌肌咀嚼及吹气等与吞咽相关运动的学习;肢体功能异常患者,需协助其进行旋转活动足趾、弯曲膝关节、屈伸首座及翻压手腕的训练,并有序进行站立、步行的训练,促进患者肢体功能的恢复。干预时间为 1 个月。

1.2.2 观察组 本组患者实施中西医结合康复护理,在对照组的基础上实施中医针灸和按摩干预。(1)中医针灸干预:针刺穴位包括曲池、手三里、谷穴,针刺深度为 1.5 cm,每穴留针时间为 15~20 min,再对穴位行 20 min 的艾灸处理,一天 1 次。行针灸前,护理人员对针灸的方法进行详细讲解,并告知患者针灸疗效及价值,以缓解患者的恐惧感,并协助患者调整舒适的体位。针灸过程中,做好患者的保暖工作,对患者的神志进行密切监测,若有异常情况,应停止治疗并采取相应的措施;(2)中医按摩干预:患者病情稳定时,方可实施按摩。按摩时间为上午 9 点、下午 3 点,按摩穴位:上肢(内、外关穴、曲泽穴、手三里),下肢(昆仑穴、足三里),按压以上穴位,上下肢肌肉可实施按法按摩,按摩力度可根据患者的耐受程度调整,3 次/d,30 min/次。干预时间为 1 个月。

1.3 观察指标与评价方法 比较两组患者的治疗效果,采用 Fugl-Neyer 运动量表和生活质量量表(the MOS item short from health survey, SF-36)^[6]评价患者干预前及干预 1 个月后的运动功能、生活质量;记录两组患者干预 1 个月后的生活能力分级情况及并发症发生率。采用 Fugl-Neyer 运动量表评价患者的运动功能,上肢最高分 66 分,下肢最高分 34 分。两项分数相加评分标准^[6]:1 级(总分<50 分):存在重度的运动功能障碍;2 级(总分≥14 分):存在明显的运动功能障碍;3 级(总分≥21 分):存在中度的运动功能障碍;4 级(总分≥29 分):存在轻度的运动功能障碍。采用 SF-36 从心理卫生、躯体功能、健康程度、情绪角色等 4 个方面评价患者的生活质量。单项总

分 100, 分值与生活质量成正比。日常生活能力量表 (activities of daily living, ADL) 评分标准^[7]: 1 级, 生活能力良好, 无需依赖他人可独立活动; 2 级, 轻度功能障碍, 基本生活能自理; 3 级, 中度功能障碍; 日常生活需要依靠他人的帮助; 4 级, 重度功能障碍, 日常生活需明显依靠他人的帮助; 5 级, 无任何自理能力, 完全依赖他人。

1.4 疗效评定标准^[8] 显效: 患者临床症状消失, 不存在生活及运动功能的障碍; 有效: 患者临床症状得到一定改善, 存在轻微生活及运动功能的障碍; 无效: 患者的临床症状未得到缓解甚至恶化。

1.5 统计学方法 应用 SPSS18.0 统计软件进行数据分析, 计量资料符合正态分布, 以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较采用 *t* 检验, 计数资料比较采用 χ^2 检验, 等级资料比较采用秩和检验, 以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的治疗效果比较 干预 1 个月后, 观察组患者显效 34 例, 有效 1 例, 对照组患者显效 21 例, 有效 7 例, 观察组患者的治疗总有效率为 97.22%,

明显高于对照组的 77.78%, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 6.222, P < 0.05$)。

2.2 两组患者干预前后的运动功能评分比较 干预前, 两组患者的运动功能评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预 1 个月后, 观察组患者的上肢、下肢运动功能评分明显高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者干预前后的运动功能评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	上肢运动功能		下肢运动功能	
		干预前	干预 1 个月后	干预前	干预 1 个月后
观察组	36	33.78±2.11	41.35±4.04 ^a	13.71±2.56	21.68±2.92 ^a
对照组	36	33.51±2.12	37.29±4.02 ^a	13.73±2.55	17.84±2.93 ^a
<i>t</i> 值		0.541	4.274	0.033	5.569
<i>P</i> 值		0.558	0.001	0.973	0.001

注: 与本组干预前比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者干预前后的生活质量评分比较 干预前, 两组患者的生活质量评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预 1 个月后, 观察组患者的心理卫生、躯体功能、健康程度、情绪角色评分明显高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者干预前后的生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	心理卫生		躯体功能		健康程度		情绪角色	
		干预前	干预 1 个月后	干预前	干预 1 个月后	干预前	干预 1 个月后	干预前	干预 1 个月后
观察组	36	58.31±6.04	76.25±7.53 ^a	53.74±5.25	73.48±6.23 ^a	61.34±4.82	82.97±5.10 ^a	50.87±5.72	77.31±6.37 ^a
对照组	36	58.27±6.05	65.38±7.51 ^a	53.63±5.24	65.79±6.22 ^a	61.30±4.81	75.55±5.09 ^a	50.82±5.70	70.16±6.34 ^a
<i>t</i> 值		0.028	6.132	0.089	5.241	0.035	6.178	0.037	4.773
<i>P</i> 值		0.977	0.001	0.929	0.001	0.972	0.001	0.970	0.001

注: 与本组干预前比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者的生活能力分级情况比较 干预 1 个月后, 观察组患者的生活能力分级情况明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($U = 17.494, P = 0.001 < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组生活能力分级情况比较[例(%)]

组别	例数	1 级	2 级	3 级	4 级	5 级
观察组	36	20 (55.56)	12 (33.33)	3 (8.33)	1 (2.78)	0 (0)
对照组	36	5 (13.89)	14 (38.89)	10 (27.78)	6 (16.67)	1 (2.78)

2.5 两组患者的并发症发生率比较 干预 1 个月后, 观察组患者的总并发症发生率为 2.78%, 明显低于对照组的 19.44%, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 5.062, P = 0.024 < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组并发症发生率比较(例)

组别	例数	尿路感染	肺部感染	消化道出血	发生率(%)
观察组	36	1	0	0	2.78
对照组	36	3	3	1	19.44

3 讨论

高血压是中老年人的多发疾病类型之一, 而高血压脑出血又是高血压最严重的并发症。此病好发于

50~70 岁的男性, 较多数患者是由于过度的体力劳动、脑力劳动, 以及情绪等因素致使血压不断升高, 进而引起毛细血管、微小动脉血管瘤的破裂出血^[9]。高血压脑出血患者常常在激动时、活动时发病, 起病较为急骤, 往往在数分钟或者数小时内, 病情会发展到高峰。此外, 患者的临床表现会随出血量及出血部位、全身情况变化而变化。通常情况下, 患者会出现恶心呕吐、剧烈头痛, 并伴有嗜睡及躁动。部分患者会迅速发生局灶性神经功能缺失症状, 导致其活动、意思及语言出现障碍, 影响患者的身心健康, 降低了患者的生活质量^[10]。研究发现, 给予高血压脑出血术后患者中西医结合康复护理干预, 效果尤为显著^[11]。

中西医结合康复护理属于一种新型的护理模式, 以控制患者病情进展、改善患者治疗中的舒适度为主要护理原则, 护理干预内容包含心理疏导、饮食干预、合理用药、康复训练、中医针灸及按摩等。通过对高血压脑出血术后患者实施以上一系列的护理干预, 提升患者的治疗配合度, 提高患者的治疗效果^[12]。本研究中, 中医护理内容为穴位按摩及中医针灸, 患者在

针灸的刺激下,会加快其肢体的血液循环,可起到舒经活络的作用。通过中医穴位按摩,促使患者的肢体肌肉得到放松,进一步促进穴位周边组织的血液循环,加速患者肢体功能的恢复进程,有利于改善患者的预后^[13]。本研究结果显示,给予中西医结合康复护理后患者的治疗有效率为 97.22%,明显高于给予常规康复护理患者的 77.78%;且给予中西医结合康复护理患者的上肢及下肢运动功能评分均明显较高。分析其原因:较大部分的高血压脑出血患者存在肢体障碍,给予患者肢体的早期被动训练,协助其进行弯曲膝关节、站立、步行的主动训练,能有效改善患者侧肢体的神经功能,有利于促进其血液循环功能的恢复。予以患者曲池、手三里、谷穴及外关穴位针刺,可消除其肢体障碍,促进神经元的再生。同时予以患者穴位按摩,可有效缓解患者的肢体麻木症状,加快患侧局部的血液循环^[14]。

高血压脑出血的病死率、致残率极高,即使存活的患者,也伴随不同程度的神经及肢体功能障碍。而肢体功能障碍是影响高血压脑出血患者生活质量及康复进度的主要因素,加之此病好发于免疫功能低下的中老年群体,身体的痛苦及经济的压力加重了患者的心理负担,不利于患者的预后^[15]。本研究结果显示,给予中西医结合康复护理患者的生活质量评分明显高于给予常规康复护理的患者,且给予中西医结合康复护理患者的生活能力分级情况明显优于给予常规康复护理患者。究其原因:中西医结合康复护理模式中,护理人员对存在心理负担的患者进行疏导干预,有利于消除患者的不良情绪,激励患者积极主动配合护理工作的开展;饮食护理干预能促进患者体内的营养均衡,以达到提高机体免疫力的目的;通过对患者吞咽功能及肢体功能进行康复训练干预,加快患者肢体及语言功能的恢复。同时,予以患者中医穴位针灸及按摩,可改善肢体的血液循环,能有效提升治疗效果^[16]。此外,给予患者中西医结合康复护理患者的并发症发生率为 2.78%,明显低于给予常规康复护理患者的 19.44%,表明相较于常规康复护理,中西医结合康复护理更为安全有效。

综上所述,中西医结合康复护理对高血压脑出血

术后患者的临床效果显著,能有效促进患者肢体功能的恢复,提高患者的生活质量及生活能力,减少并发症的发生,值得临床推广使用。

参考文献

- [1] 陈红梅. 超早期康复护理对高血压脑出血患者预后的影响[J]. 安徽医药, 2019, 23(9): 1789-1792.
- [2] 王静, 张勤, 崔璨, 等. 中西医结合护理对高血压脑出血患者生活质量的影响[J]. 蚌埠医学院学报, 2016, 5(11): 96-99.
- [3] 方俊. 激励护理在高血压脑出血患者术后康复护理中的应用[J]. 检验医学与临床, 2020, 17(9): 140-143.
- [4] 刘欣, 张相彤. 个体化护理对高血压脑出血微创手术患者遵医行为及护理满意度的影响[J]. 中国医药导报, 2017, 34(28): 223-225.
- [5] MOUSSA WMM, KHEDR W. Decompressive craniectomy and expansive duraplasty with evacuation of hypertensive intracerebral hematoma, a randomized controlled trial [J]. Neurosurg Rev, 2016, 40(1): 115-127.
- [6] 孟艳婕. 院前急救护理路径在高血压脑出血患者干预中的应用价值[J]. 成都医学院学报, 2019, 14(5): 672-675, 679.
- [7] 华可. 高血压脑出血患者实施康复护理中优质护理的应用观察[J]. 中国妇幼健康研究, 2017, 28(S1): 554.
- [8] TSAI HH, LEE BC, HUANG CY, et al. Asymptomatic striatocapsular slit-like hemorrhage as a severity marker in patients with hypertensive angiopathy [J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2020, 29(10): 105153.
- [9] 刘静, 赵曙光, 尚珍珍, 等. 超早期综合康复护理对高血压脑出血微创术后患者的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2018, 20(A01): 802-803.
- [10] 张秋敏, 关景霞, 王娟, 等. 延续护理对高血压脑出血手术后康复期患者的康复效果[J]. 心血管康复医学杂志, 2017, 26(5): 554-557.
- [11] 王爱凤, 王正梅, 金妍, 等. 个性化护理干预对高血压脑出血患者生活质量的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(3): 360-363.
- [12] 李艾群, 王敏, 危科丽. 早期康复护理对脑出血患者术后神经功能恢复及生活质量的影响[J]. 山西医药杂志, 2016, 45(7): 858-860.
- [13] 吴来德, 戴金军, 姜洪顺. 中西医结合治疗高血压脑出血并发肺部感染患者血清炎症因子水平的临床分析[J]. 中华中医药学刊, 2016, 59(2): 510-512.
- [14] 李萌, 于微. 个性化延续护理干预对高血压脑出血患者焦虑、抑郁情绪的影响[J]. 中国医药导报, 2017, 20(35): 92-93.
- [15] 张国良, 赵宝帅, 梁春凯, 等. 罗格列酮联合微创颅内血肿清除术治疗高血压脑出血临床研究[J]. 海南医学, 2016, 27(19): 3154-3156.
- [16] 代建萍, 陈玉娇, 王丽香. 预见性护理在预防高血压性脑出血患者微创术后便秘中的效果评价[J]. 检验医学与临床, 2016, 13(16): 2370-2372.

(收稿日期:2020-05-28)