

· 中医护理 ·

本文引用:沈小娟,季丽萍,汤美秀.规范化中医康复管理对颅脑损伤患者术后恢复质量的影响[J].湖南中医药大学学报,2018,38(5):596-600.

规范化中医康复管理对颅脑损伤患者术后恢复质量的影响

沈小娟¹,季丽萍¹,汤美秀^{2*}

(1.江苏省如皋市人民医院神经外科,江苏 如皋 226500;2.江苏省如皋市人民医院骨科,江苏 如皋 226500)

〔摘要〕目的 探讨规范化中医康复管理在患者颅脑损伤术后康复中的应用效果,分析这种干预方式对患者恢复质量的影响。**方法** 纳入本院2013年6月~2016年6月间收治的颅脑损伤患者112例,随机将其分成观察组、对照组各56例。对照组采用常规康复管理,观察组在对照组基础上采用规范化中医康复管理,两组干预时间均为3个月。观察两组干预前及干预后3个月、6个月的中医证候(偏瘫、语言蹇涩、口舌喎斜、眩晕、头痛、目偏不瞬)积分变化,并利用Fugl-Meyer运动功能量表(FMA)、神经功能缺损评估量表(NHSS)分析两组干预前后不同时段的肢体运动功能以及神经功能缺损情况,通过上门、电话交替随访12个月,每3个月随访1次,记录死亡率。**结果** 两组干预后3、6个月,各项中医证候评分均较干预前降低,且干预后6个月评分低于干预后3个月($P<0.05$);观察组干预后6个月的偏瘫、语言蹇涩、口舌喎斜证候积分均低于同时段对照组,($P<0.05$);两组干预后3、6个月,FMA运动功能评分高于干预前,且干预后6个月评分高于干预后3个月($P<0.05$);观察组干预后6个月的平衡、关节活动度评分较同时段对照组高($P<0.05$);两组干预后3、6个月的NHSS评分均较干预前降低,且干预后6个月评分低于干预后3个月($P<0.05$);观察组干预后6个月的NHSS评分显著低于同时段对照组($P<0.05$);观察组死亡率与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 规范化中医康复管理能为颅脑损伤患者提供针对性的康复计划,促进患者肢体功能改善,减轻神经功能缺损程度,值得推广应用。

〔关键词〕 颅脑损伤;中医康复管理;运动功能;偏瘫

〔中图分类号〕R247.9

〔文献标志码〕B

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2018.05.028

Effect of Standardized TCM Rehabilitation Management on Postoperative Recovery Quality of Patients with Craniocerebral Injury

SHEN Xiaojuan¹, JI Liping¹, TANG Meixiu^{2*}

(1. Department of Neurosurgery, Rugao People's Hospital of Jiangsu Province, Rugao, Jiangsu 226500, China;

2. Department of Orthopedics, Rugao People's Hospital of Jiangsu Province, Rugao, Jiangsu 226500, China)

〔Abstract〕 **Objective** To explore the effect of standardized TCM rehabilitation management on postoperative recovery, and to analyze the influence of this intervention mode on the quality of recovery. **Methods** The 112 cases of craniocerebral injury treated in our hospital from June 2013 to June 2016 were randomly divided into observation group and control group, 56 cases in each group. The control group was adopted routine rehabilitation management, and the observation group was received with standardized rehabilitation management on the basis of the control group. The intervention time of the two groups was for 3 month. The changes of TCM syndromes were observed before intervention and at 3 months and 6 months after intervention. The limb movement function and nervous function defect were analyzed by Fugl-Meyer motor

〔收稿日期〕2017-12-12

〔基金项目〕江苏省如皋市科研课题(2014A05092)。

〔作者简介〕沈小娟,女,主管护师,研究方向:中医护理。

〔通讯作者〕* 汤美秀,女,副主任护师,E-mail:1638680959@qq.com。

function scale (FMA) and NIH stroke scale (NIHSS). The mortality of patients was recorded by follow-up (visit or telephone) for 12 months, once every 3 months. **Results** After intervention for 3 and 6 months, TCM syndrome scores were lower than the control group, the score after intervention for 6 months was lower than that intervention for 3 months ($P<0.05$). The syndrome scores in the observation group were lower than those in the control group at the same period ($P<0.05$). After intervention for 3 and 6 months, FMA was higher than before intervention, and the score of intervention for 6 months was higher than the intervention for 3 months ($P<0.05$). The scores of balance and joint range of motion in observation group after intervention for 6 months were higher than those in the control group at same period ($P<0.05$). The NIHSS score in the observation group and control group after intervention for 3 and 6 months was lower than before treatment, and the score of intervention for 6 months in the two groups was lower than intervention for 3 months ($P<0.05$). The NIHSS of observation group after intervention for 6 months was lower than that of control group at same period ($P<0.05$). The mortality in the observation group and the control group was not statistically significant ($P>0.05$). **Conclusion** Standardized TCM rehabilitation management can provide targeted rehabilitation plan for patients with craniocerebral injury, promote the improvement of limb function, and reduce the degree of nerve function defect, so it is worthy of popularization and application.

[**Keywords**] craniocerebral injury; TCM rehabilitation management; motor function; hemiplegia

颅脑损伤是神经外科常见病,具有发病急、预后差等特点,即使患者度过危险期,大多也伴有功能障碍,如认知障碍、语言障碍、平衡障碍、运动障碍、协调障碍等^[1-2],这类患者难以回归家庭及社会,现已成为康复医学研究的棘手课题。虽然我国目前颅脑损伤的诊疗技术已取得巨大进展,但康复仍是临床研究的重点^[3]。研究表明部分患者由于颅脑损伤术后康复效果不佳,导致生活质量受到较大影响^[3-4]。近年来,中医在提高颅脑损伤患者运动功能方面的优势逐渐凸显,对改善病情有重要意义。赵丹等^[5]研究发现中医康复护理能通过各种中医操作手法及调和气血药物对偏瘫肢体进行刺激,对改善肢体功能障碍有利。鉴于此,本院纳入112例颅脑损伤患者进行研究,分析规范化中医康复管理在其中的应用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2013年6月~2016年6月间收治的颅脑损伤患者112例,随机将其分成观察组、对照组各56例。观察组男31例,女25例,年龄41~78岁,平均56.35岁;发病时间1~4 d,平均2.29 d;严重程度:轻度13例、中度43例;学历:小学及以下16例、中学33例、大专及以上7例。对照组男30例,女26例,年龄40~75岁,平均55.86岁;发病时间1~5 d,平均2.37 d;严重程度:轻度10例、中度46例;学历:小学及以下18例、中学29例、大专及以上9例。研究方案经伦理委员会通过,两组患者性别、年

龄、发病时间、严重程度、学历等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入与排除标准

(1)纳入标准:①入院时格拉斯昏迷评分量表(GCS)评分 <8 分,有意识障碍;②入院时病程 <2 周,生命体征基本稳定;③经过CT、MRI等影像学检查,符合颅脑损伤相关诊断标准^[6];④既往无精神病史、认知障碍史;⑤患者及家属知情同意。(2)排除标准:①重度昏迷、神志不清者;②合并肝、肾、心、肺等重要脏器损害者;③合并恶性肿瘤者;④既往有严重脑外伤史。

1.3 方法

两组均于术后第3 d开始干预,干预周期为3个月,两组术后通过电话、上门交替随访12个月,每3个月随访1次。对照组根据常规康复模式进行干预,包括肢体被动运动、患侧肢体摆放、肩部训练、平衡训练等。若患者无法达到坐位平衡,则可通过摆放抗痉挛体位达到训练目的,针对能完成独立训练的病例,可直接指导其进行站起、站立、重心转移等训练,并对所有患者予以日常生活能力训练。

观察组在对照组基础上采用规范化中医康复管理。(1)明确中医辨证类型:根据患者具体症状参考文献^[7]将其分成5类证型,具体如下:①肝阳上扰型:症状为眩晕头痛、口舌歪斜、半身不遂、面红耳赤、脉弦数;②痰湿蒙神型:言语障碍、感觉减退、肢体湿冷、痰鸣、脉沉缓滑;③风痰瘀阻型:症状为口舌歪斜、半身不遂、痰多且黏稠、脉弦滑;④阴虚风动型:症状为眩晕耳鸣、口干舌燥、言语障碍、半身

不遂、脉弦细数;⑤气虚血瘀型:症状为面色晄白、言语障碍、半身不遂、乏力、气短、脉沉细。(2)根据不同证候制定不同中药康复方案:①肝阳上扰型:川牛膝、钩藤、天麻、黄芩、杜仲、夜交藤、茯神各 10 g,桑寄生 12 g,甘草 6 g;②痰湿蒙神型:陈皮、枳实、白术各 10 g,莱菔子、紫苏子各 9 g,茯苓、制半夏各 12 g,甘草 6 g;③风痰瘀阻型:川芎、陈皮、天麻、当归、桃仁、白术各 10 g,制半夏、生地黄、茯苓各 12 g,甘草、红花各 6 g;④阴虚风动型:天门冬、麦门冬、怀牛膝、玄参、白芍、龟板各 15 g,龙骨、牡蛎各 30 g,甘草、茵陈各 6 g;⑤气虚血瘀型:红花、白芍、川芎、当归、桃仁、赤芍、丹参、地龙各 10 g,生黄芪 20 g,甘草 6 g。用水煎煮后,每日取 100 mL 药液分 2 次口服。(3)根据不同肢体部位制定针对性推拿康复方案:①上肢:选取侧卧位,于肩关节周围用擦法、滚法、拿法操作 5 min,以患者有酸胀感为宜。肩前缘进行被动运动,如旋转、屈曲等,同时对手三里、肩内陵、合谷、曲池予以按摩,适度摇动指关节。②头面部:选取仰卧位,取地仓、下关、承浆、颊车穴,施推法 5 min,并对肩井、风池穴施拿法,结束操作。③下肢及腰背部:选取俯卧位,对肾俞、肝俞、承山、殷门、承扶、环跳穴进行滚法按压,时间为 5 min。针对腰骶部施滚法时,先协助患者将腰部向后伸,再对跟腱、下肢后侧施滚法,时间为 3 min。取承山、承扶、大肠俞、肝俞、环跳、命门施按揉法,以腰骶部有发热感为宜。每日 1 次,每次 30 min,持续 10 d 为 1 个疗程,每完成 1 个疗程训练后,休息 2 d 再接受下一阶段训练。

1.4 观察指标

中医证候积分、运动功能以及神经功能缺损均于患者干预前、干预后 3 个月、干预后 6 个月进行评估。(1)中医证候积分:参考《中医新药临床研究指导原则》^[8]中的诊断标准予以评估,主症:偏瘫、口舌喎斜、语言謇涩,次症:眩晕、头痛、目偏不瞬,每项计 0~5 分,分值越高,症状越严重。(2)运动功能:采用 Fugl-Meyer 运动功能量表(FMA)^[9]予以评估,该量表重测信度为 0.92,内容包括关节活动度、运动与平衡、疼痛、感觉四项维度,总分范围为 0~100 分,分值越高,运动能力越好。(3)神经功能缺损:采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIH stroke scale, NHISS)^[10]进行评估,该量表克朗巴哈系数 α 为

0.86,内容包括定向力、意识水平、面瘫、视野、上肢运动、下肢运动等,分值范围为 0~36 分,分值越高,神经功能缺损越严重。(4)采用电话、上门交替随访 12 个月,分析患者死亡情况。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据分析。计量资料用“ $\bar{x}\pm s$ ”表示,组内多时点比较采用重复测量方差分析,两两比较采用 t 检验,计数资料用百分比(%)表示,采取 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前、干预后 3 个月、干预后 6 个月的中医证候积分对比

两组干预前的偏瘫、语言謇涩、口舌喎斜、眩晕、头痛、目偏不瞬评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),在干预 3、6 个月后,两组各项评分均低于干预前,且干预后 6 个月的评分低于干预后 3 个月,差异有统计学意义($P<0.05$),其中观察组干预 6 个月的偏瘫、语言謇涩、口舌喎斜评分均低于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 两组干预前及干预后 3、6 个月的 FMA 运动功能评分对比

两组干预前的运动与平衡、关节活动度、疼痛、肢体感觉以及总分比较差异无统计学意义($P>0.05$),经过 3、6 个月的干预后,两组各评分较干预前显著增高,其中干预后 6 个月的评分显著高于干预后 3 个月($P<0.05$),且观察组干预后 6 个月的运动与平衡、关节活动度评分较对照组更高,组间对比差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.3 两组干预前、干预后 3、6 个月的 NHISS 评分对比

在干预前以及干预后 3 个月,两组 NHISS 评分对比差异无统计学意义($P>0.05$)。两组干预 3、6 个月的 NHISS 评分均低于干预前,差异有统计学意义($P<0.05$),其中观察组干预后 6 个月的评分较对照组低,两组对比差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

2.4 两组术后 1 年的生存、死亡情况对比

通过 1 年随访发现,观察组有 4 例(7.14%)死亡,52 例(92.86%)生存。对照组有 8 例(14.29%)死亡,48 例(85.71%)生存。观察组死亡率与对照组比较差异无统计学意义($\chi^2=1.493, P=0.222$)。

表1 两组颅脑损伤患者干预前、后不同阶段的中医证候积分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	时点	偏瘫	语言謇涩	口舌喎斜	眩晕	头痛	目偏不瞬
观察组	56	干预前	4.21±0.15	4.04±0.06	4.12±0.23	3.85±0.32	3.64±0.19	3.15±0.69
		干预后3个月	3.86±0.17 [#]	3.85±0.09 [#]	3.65±0.16 [#]	3.05±0.43 [#]	3.01±0.13 [#]	2.93±0.32 [#]
		干预后6个月	3.25±0.18 ^{#**△}	3.11±0.18 ^{#**△}	3.01±0.25 ^{#**△}	2.17±0.64 ^{#**}	2.11±0.34 ^{#**}	2.04±0.37 ^{#**}
F		473.193	919.746	369.878	170.226	589.196	81.119	
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
对照组	56	干预前	4.19±0.13	4.05±0.04	4.16±0.21	3.86±0.35	3.63±0.14	3.14±0.29
		干预后3个月	3.89±0.15 [#]	3.87±0.05 [#]	3.68±0.15 [#]	3.09±0.40 [#]	3.05±0.12 [#]	2.94±0.26 [#]
		干预后6个月	3.54±0.13 ^{#**}	3.49±0.17 ^{#**}	3.41±0.23 ^{#**}	2.64±0.35 ^{#**}	2.65±0.32 ^{#**}	2.59±0.27 ^{#**}
F		315.808	416.097	202.865	157.892	299.050	57.970	
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	

注:与干预前比较,[#] $P<0.05$;与干预后3个月比较,^{*} $P<0.05$;与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

表2 两组颅脑损伤患者干预前、后不同阶段的FMA运动功能评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	时点	运动与平衡	关节活动度	疼痛	肢体感觉	总分
观察组	56	干预前	8.43±3.14	9.52±2.07	8.65±3.21	9.95±3.67	34.23±7.42
		干预后3个月	10.79±3.18 [#]	12.21±2.53 [#]	11.13±2.54 [#]	12.64±2.57 [#]	41.49±10.35 [#]
		干预后6个月	15.13±4.12 ^{#**△}	16.94±2.03 ^{#**△}	14.21±2.05 ^{#**}	15.52±2.35 ^{#**}	49.38±8.64 ^{#**}
F		52.516	160.105	62.191	50.927	40.728	
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
对照组	56	干预前	8.39±3.07	9.51±2.01	8.59±3.17	9.94±3.73	34.25±7.29
		干预后3个月	10.04±3.06 [#]	11.98±2.25 [#]	11.46±2.26 [#]	11.22±2.35 [#]	40.39±9.58 [#]
		干预后6个月	12.82±3.54 ^{#**}	14.29±2.11 ^{#**}	14.15±2.79 ^{#**}	15.13±2.26 ^{#**}	45.32±8.23 ^{#**}
F		26.888	70.823	56.617	55.858	24.300	
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	

注:与干预前比较,[#] $P<0.05$;与干预后3个月比较,^{*} $P<0.05$;与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

表3 两组颅脑损伤患者干预前、后不同阶段的NIHSS评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	干预前	干预后3个月	干预后6个月
观察组	56	30.53±3.43	28.62±2.15 [#]	25.31±2.06 ^{#**}
对照组	56	30.49±3.76	28.91±2.04 [#]	27.53±2.01 ^{#**}
t		0.059	1.641	5.772
P		0.953	0.104	0.000

注:与干预前比较,[#] $P<0.05$;与干预后3个月比较,^{*} $P<0.05$ 。

3 讨论

颅脑损伤是目前危害人类生命健康的常见疾病之一,目前世界范围内颅脑外伤发生率约55.3/10万,虽然治疗能使70%以上患者得到治愈,但术后功能恢复仍需患者长期接受康复训练予以改善^[11-12]。近年来,中医康复管理在脑外伤后康复干预中凸显出较多优势,并且得到了患者认可^[13-14]。在本次研究中,为了提高中医康复管理的规范化程度,研究人员对观察组进行干预前,根据患者具体症状明确了中

医分型,并提出了针对性的干预策略。研究结果表明观察组采用规范化中医康复管理后,患者的偏瘫、语言謇涩、口舌喎斜症状改善较对照组更显著,更证实了中医康复管理的优越性。王玲等^[15]认为,在西医管理基础上采用中医康复管理,能根据中医证型为患者进行针对性干预,制定合理、科学的康复方案,从而促使症状进一步改善。

颅脑损伤康复期患者大多伴有偏瘫症状,四肢功能受限,而中医康复训练中的推拿手法能刺激中枢神经系统,对已经受到损伤的脑组织具有修复作用,从而减轻神经功能损害程度^[16-17]。廖若夷等^[18]认为,中医推拿能使刺激信息通过传导信号传达至中枢系统,促进侧支循环建立,改善脑水肿症状,最大限度提高脑组织可塑性,并调节肢体运动模式,改善肢体功能。本次研究发现,观察组在接受规范化中医康复管理后,运动与平衡、关节活动度明显提升,原因在于中药与推拿能促进受损细胞恢复,对功能代

偿有促进作用,从而提高运动能力。患者运动功能的提升意味着神经功能缺损程度减轻。本次研究结果显示,观察组神经功能缺损评分低于对照组,这与中医推拿能加速代谢、促进循环等作用相关。两组术后12个月的死亡率比较未见显著差异,提示中医康复管理对中期预后影响不大。研究表明颅脑损伤患者术后死亡受多种不可控因素影响,如合并器官损伤、颅内血肿等,因此,单纯通过术后护理对死亡结局无显著影响^[9]。

本研究通过比较两组干预后的中医证候评分、运动功能评分,充分突显了中医康复管理在颅脑损伤患者术后康复中的优势,但研究也存在局限性,如纳入样本量小,且干预时间、随访较短,可能影响研究效能。未来将扩大样本量,延长干预周期与随访时间以进行更深入的分析。综上所述,规范化中医康复管理对促进颅脑损伤患者功能恢复具有重要意义,能有效改善患者症状,提高肢体运动能力,减少神经功能损害,是一种比较理想的干预方式。

参考文献:

[1] 王洋,张琳琳.个性化康复方案联合网络途径对颅脑外伤术后运动障碍患者功能恢复的影响[J].中华现代护理杂志,2016,22(3):356-359.

[2] 杨亚婷,周染云,张敏,等.颅脑损伤患者康复期心理护理研究进展[J].护理管理杂志,2015,15(7):486-487.

[3] 寇文丽.颅脑损伤的康复[J].中国医师进修杂志,2015,38(Z1):202-205.

[4] 戴红芳,彭志允,唐钟祥,等.中医综合治疗联合早期肠内营养对颅脑损伤胃肠功能障碍的影响[J].湖南中医药大学学报,2016,36

(A01):361-362.

[5] 赵丹,王芳.中医康复护理在脑卒中肢体功能障碍患者中的应用[J].护理管理杂志,2015,15(7):501-502.

[6] 刘伟国,赵奇煌.颅脑损伤外科治疗指南[J].中国临床医生杂志,2006,34(11):29-29.

[7] 杨万章,张志兰,刘金,等.颅脑损伤的中医辨证分型研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2010,8(10):1243-1245.

[8] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:99.

[9] 聂鹏坤,杨华,赵晓峰,等.中风患者Fugl-Meyer运动功能量表评价一致性检验[J].辽宁中医杂志,2009,36(11):1827-1829.

[10] 陶子荣.我国脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准信度、效度及敏感度的评价[J].第二军医大学学报,2009,30(3):283-285.

[11] 凌江红,黄李平,黄熙,等.颅脑损伤中医诊疗方案[J].中医杂志,2015,56(10):836-840.

[12] 刘郑和.306例创伤性颅脑损伤的流行病学研究[J].中国实用神经疾病杂志,2015,18(9):73-74.

[13] 李春伟,伊志强,李良.重型创伤性颅脑损伤的治疗进展[J].中国微创外科杂志,2016,16(7):656-660.

[14] 易进科,汤治中.中医加速康复外科行为在创伤性重型颅脑损伤中的应用[J].西部中医药,2015,28(9):110-113.

[15] 王玲,王英.中西医结合康复护理治疗脑血管意外临床疗效分析[J].辽宁中医杂志,2015,42(3):614-617.

[16] 池红万.电针点穴推拿联合功能锻炼治疗颅脑损伤后康复期患者的效果[J].中国实用神经疾病杂志,2017,20(14):49-51.

[17] 刘峰.颅脑损伤患者护理风险管理方法与体会[J].中国药物与临床,2015,15(4):518-519.

[18] 廖若夷,张婷,蔡华安,等.推拿手法对脑卒中患者表面肌电信号的影响[J].中国康复理论与实践,2017,23(7):807-810.

[19] 李广兴,张继伟.影响急诊重型颅脑损伤死亡率的因素分析[J].军事医学,2015,39(2):158-159.

(本文编辑 李杰)