

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2021.04.022

中医辨证结合 3R 护理模式对血管性痴呆患者的影响^{*}

沈晓明 王慧利¹ 赵 慧^{1△} 黄艳丽² 王佳彬² 陈 红³ 许玉珉¹ 张 杰¹

¹河南中医药大学第一附属医院脑病医院,郑州 450000

²河南中医药大学第一临床学院,郑州 450046

³河南中医药大学第一附属医院豫东医院脑病科,河南商丘 476900

关键词 中医辨证;3R 护理;血管性痴呆;简易精神状态检查

中图分类号 R473.74 **文献标志码** A

随着我国人口老龄化日益严峻,心脑血管病的发生率逐年升高,血管性痴呆(vascular dementia, VD)作为中老年人群健康的重要威胁性疾病,日益成为医学界关注的焦点之一。该病多发生于脑血管疾病后,主要表现为记忆力减退、情绪异常、睡眠障碍等,极大地影响患者的预后及生存质量。目前,现代医学对于本病尚无特效疗法,多以乙酰胆碱酯酶抑制剂、单胺氧化酶抑制剂、脑代谢促进剂等促智药物联合专科护理的综合性干预措施为主,强化心理诱导及生活干预,促使患者回归家庭及社会。3R 护理是以神经与认知心理学理论为基础的新型的护理模式,从回忆、激发、现实定向结合实际病情进行训练,用于改善痴呆患者认知功能^[1]。中医药治疗本病历史悠久,在整体调理、远期疗效、综合干预等方面显示出独特优势^[2]。本院在多年临床经验基础上,采用中医辨证施护结合现代 3R 护理模式对 VD 患者进行护理干预,取得了较好效果,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 1 月—2020 年 12 月本院脑病科收治的 70 例 VD 患者,按照随机数字表法分为试验组和对照组,每组 35 例。试验组,其中男 19 例,女 16 例;年龄(69.21±2.15)岁;病程(15.21±1.23)个月。对照组,其中男 17 例,女 18 例;年龄(70.33±1.34)岁;病程(15.32±1.21)个月。2 组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:符合 VD 的西医诊断标准^[3-4];生命体征平稳,无严重的精神障碍;年龄≤80 岁;依从性较好,患者家属签署知情同意书。

排除标准:阿尔茨海默病、路易体病、帕金森病等其他原因导致的认知障碍;重度痴呆、病程 6 年以上或伴有严重躯体疾患的痴呆患者;合并有严重心、脑、肝、肾、造血系统疾病、恶性肿瘤者;存在严重精神疾病、酒精中毒性精神障碍或对认知功能造成影响的精神类疾病者。

1.3 治疗方法

对照组患者常规治疗基础上,采用一般护理干预,如监测生命体征、心理护理、防止并发症等内科常规护理。

试验组患者在对照组基础上采用中西医结合 3R 护理,成立中西医结合 3R 护理专科小组,由 1 名中西医结合神经内科医师、1 名主管护师及 4 名护士组成。根据患者中医证候,辨证分型为髓海不足证、脾肾两虚证、痰瘀阻窍证、肝阳上亢型,分别进行 3R 专科护理。2 组患者均护理 28 d。

髓海不足证:主要表现为记忆力、判断力明显减退,齿枯发焦,腰酸背痛,头晕耳鸣,舌质淡,舌体瘦,苔薄白,脉沉细弱。从 3R 护理角度,此类患者施护重点在于智力锻炼和饮食滋补,以“回忆”作为侧重点。每周规划下象棋、围棋、乐高拼图等益智活动时间。饮食管理以核桃仁、鱼类、鸡蛋、水果等高蛋白、富含维生素饮食为主。

脾肾亏虚证:主要表现为智力下降,沉默寡言,肌肉萎缩,食少纳呆,或四肢不温,腹痛喜按,舌质淡白,舌体胖大,苔白;或舌质红,苔少或无苔,脉沉细弱,双尺尤甚。从 3R 护理模式的角度,此类患者施护重点

^{*} 国家自然科学基金资助项目(No. 81303011);河南省中医药科学研究专项课题(No. 2019ZY1006);

[△] 通信作者,Corresponding author, E-mail: zhaohuijoy7@163.com

在于日常生活过程中给予鼓励加表扬、提示加提醒,以“再激发”作为侧重点。日常多做一些数字加减乘除,安排患者读书、听广播关注时事政治,提高逻辑思维与表达能力。多服食大枣、松子仁、核桃、枸杞、栗子、山药、羊肉等温肾健脾食物,在饮茶方面加入黄芪、党参。

痰瘀阻窍证:主要表现为智力减退,言语不利,易惊恐,伴不思饮食,脘腹胀满,肌肤甲错,或终日无语,或哭笑无常,舌质淡,苔白腻,脉滑;或舌质暗,有瘀斑瘀点,脉细涩。从 3R 护理角度出发,此类患者施护重点在于日常生活饮食结合运动疗法,以“现实定向”为侧重点。让患者多看些过去的照片促使说出当年的实时实事,日常询问患者家庭住址及回家路上的标志物以及所在位置。指导患者多吃黑木耳、莲藕、桂圆、萝卜、猪肝、桃子、韭菜等活血食物。

肝阳上亢证:主要表现为眩晕头痛,头重脚轻,心烦不寐,面红耳赤,口干舌燥,舌红苔黄,脉弦。从 3R 护理模式角度,对于此类患者主要以心理辅导为重心,避免刺激患者,使其情绪保持稳定,以“心理”为侧重点。根据个人兴趣制定多种形式的文娱方式,通过室外活动、戏曲、歌曲、太极拳、听相声等丰富的课程设计内容转移患者注意力,以此延缓孤僻性格的发生与发展。饮食以清淡为主。

1.4 观察指标

比较 2 组患者治疗前后中医证候积分、简易精神状态检查量表 (mini mental status examination,

MMSE)、蒙特利尔认知评估量表 (Montreal cognitive assessment, MoCA)、日常生活活动 (activities of daily living, ADL) 量表评分。

采用 MMSE、MoCA 评估患者认知功能障碍等级,涉及定向力、记忆力、注意力和计算力、回忆、语言等多方面的内容,满分 30 分,正常值为 ≥ 26 分,分数越低代表认知功能障碍程度越重^[5-6]。

采用 ADL 量表评价患者日常生活能力,得分越高代表生活自理能力越好。

采用中医证候积分评价 2 组患者治疗前后中医症状,得分越高表示临床症状越严重。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 24.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用成组 t 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗前,2 组患者 MoCA、MMSE、ADL 量表评分、中医证候积分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后,2 组患者 MoCA、MMSE、ADL 量表评分均显著高于治疗前,中医证候积分显著低于治疗前 ($P < 0.05$);且试验组 MoCA、MMSE、ADL 量表评分明显高于对照组,中医证候积分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者 MoCA、MMSE、ADL 评分及中医证候积分比较 ($n=35$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	MoCA 评分	MMSE 评分	ADL 评分	中医证候积分
对照组	治疗前	11.22 $\pm$ 1.43	10.22 $\pm$ 1.37	22.22 $\pm$ 1.75	30.27 $\pm$ 2.17
	治疗后	15.54 $\pm$ 1.39*	19.54 $\pm$ 1.40*	30.13 $\pm$ 2.80*	22.19 $\pm$ 2.14*
试验组	治疗前	12.32 $\pm$ 2.32	15.02 $\pm$ 1.71	27.84 $\pm$ 5.51	33.41 $\pm$ 2.33
	治疗后	17.13 $\pm$ 2.41* Δ	24.29 $\pm$ 2.51* Δ	42.69 $\pm$ 7.23* Δ	18.71 $\pm$ 2.13* Δ

与治疗前比较* $P < 0.05$;与对照组比较 Δ $P < 0.05$

3 讨论

3R 护理是以心理学为基础的一种护理模式,3R 是指 reminiscence、reality 和 remotivation,包含记忆提取、现实定向和记忆再激发,1994 年首次运用于痴呆患者,着重强调认知能力、生活自理能力以及生活质量的提高^[1]。现代医学从“生物-心理-社会医学模式”全面综合的水平认识人的健康和疾病,反映了医学技术的进步,从更高层次上实现了对人的尊重。研究^[7]发现 3R 护理法可改善痴呆患者的认知及自护能

力,减轻患者家属照护强度,提高患者生活质量。

根据 VD 临床表现,可归属中医学“痴病”“呆证”等范畴,明代《景岳全书》曰:“痴呆证,凡平素无痰,而或以郁结,或以不遂,或以思虑,或以疑惑,或以惊恐,而渐致痴呆,言辞颠倒,举动不经,或多汗,或善愁,其证则千奇百怪,无所不至”,其发病机理以气血不足、肾精亏虚为本,以痰浊、瘀血之实邪为标,临床多见虚实夹杂之证^[8]。VD 证候具有复杂性、多样性、个体差异性,传统的护理模式不能满足所有 VD 患者的护理需求。中医学强调“辨证论治”“天人合一”等整体观

念,治疗与护理时充分考虑患者饮食起居、情志、中医体质等相关因素,从而实现“辨证施护”。

本研究将中医辨证与 3R 护理相结合并由专业护理人员建立护理团队,根据不同中医证型制定出个人护理方案,采用一对一的护理方式,从患者的逻辑思维、生活能力、环境记忆等方面进行反复的强化训练,刺激再激发患者的认知能力。本研究表明,护理后试验组 MMSE、MoCA 评分显著高于对照组,表明中医辨证结合 3R 护理模式可有效提高患者认知水平。试验组 ADL 量表评分显著高于对照组,表明中医辨证结合 3R 护理模式可有效提高日常生活能力与生活质量。试验组中医证候积分显著高于对照组,表明中医辨证结合 3R 护理模式可有效缓解患者临床症状。

综上所述,中医辨证与 3R 护理模式相结合可改善 VD 患者认知障碍、提高日常生活能力、缓解临床症状,值得向临床推广。

参 考 文 献

[1] 马冬飞,孙皎,赵英男,等.痴呆患者精神行为症状相关护理模式的研究进展[J].中华护理杂志,2019,54(7):1017-

1022.
[2] 周伟.治疗血管性痴呆的中药研究进展[J].中西医结合研究,2016,8(1):47-50.
[3] 中国医师协会神经内科分会认知障碍专业委员会,《中国血管性认知障碍诊治指南》编写组.2019 年中国血管性认知障碍诊治指南[J].中华医学杂志,2019,99(35):2737-2744.
[4] 中国中医药学会内科延缓衰老专业委员会.血管性痴呆诊断、辨证及疗效评定标准(研究用)[J].中国老年学杂志,2002,22(5):329-331.
[5] 孙云闯,秦斌.中文版 MoCA 和 MMSE 在诊断遗忘型轻度认知功能障碍中的应用[J].中国神经免疫学和神经病学杂志,2011,18(2):91-93,97.
[6] 田荣,贾秀丽.简易智能精神状态检查量表检测对痴呆患者临床护理的指导作用[J].临床医学研究与实践,2018,3(17):159-160.
[7] 吉利春.3R 护理法对脑血管性痴呆患者的康复影响[J].重庆医学,2012,41(28):2982-2983.
[8] 郭小庆.血管性痴呆不同中医证型对 SYNTAX 评分的影响[J].中西医结合研究,2020,12(4):254-255.

(收稿日期:2021-03-01)

(上接第 285 页)

[3] 吴丽华,徐新安,刁海华,等.雷火灸联合抗癌方外敷缓解胃癌患者术后癌痛的效果观察[J].中西医结合护理(中英文),2020,6(6):54-56.
[4] 中华医学会.临床诊疗指南肿瘤分册[M].北京:人民卫生出版社,2005:124-128.

[5] 邹银水,杨杰,谈欣一.浅析癌性疼痛的中西医治疗[J].中西医结合研究,2020,12(5):342-344.
[6] 李扬帆,韦日铺,陈佳.循经特定穴电针合雷火灸对癌痛镇痛临床研究[J].中医外治杂志,2018,27(5):6-7.

(收稿日期:2021-03-01)