

恢复新的平衡,从而促使疼痛病情进一步改善^[8,11]。

综上所述,本研究结果表明,低频电刺激联合氙光照射对治疗颈肩腰背部急慢性疼痛患者具有显著疗效,能进一步缓解患者病情,提高其生活质量,并且该疗法还具有无创、无痛及不良反应少等优点,值得临床大力推广、应用。

参 考 文 献

- [1] 孙益芬,司志平. 低频氙光治疗慢性疼痛疗效观察. 现代中西医结合杂志,2012,21:556-557.
- [2] 任丽娟,刘易军,王静. 初发腰椎间盘突出症氙光治疗效果观察. 中华物理医学与康复杂志,2006,23:786-787.
- [3] 左玲,余恩念,宋敏. 低频氙光治疗颈肩腰背部急慢性疼痛 500 例疗效分析. 齐鲁护理杂志,2008,21:564-565.
- [4] Neville A, Peleg R, Singer Y, et al. Chronic pain: a population-based study. Isr Med Assoc J, 2008, 23:788-789.
- [5] 孙来保,魏明,刘松,等. 射频应用于慢性疼痛治疗的机制. 中国疼痛医学杂志,2008,23:445-446.
- [6] 徐小梅,管重远. 氙光低周波治疗半月板损伤性疼痛的疗效观察. 中国疗养医学,2009,12:334-335.
- [7] 董立群. 低频氙光治疗仪治疗腰腿痛的护理. 辽宁中医药大学学报,2009,12:526-527.
- [8] 刘丽华,黄国付. 联合针刺及低频电治疗全髋置换术后的疼痛. 中国康复,2011,26:125-127.
- [9] Benrath J, Kempf C, Georgieff M, et al. Xenon blocks the induction of synaptic long-term potentiation in pain pathways in the rat spinal cord in vivo. Anesth Analg, 2007, 104:106-111.
- [10] 任丽娟,秦凤英,殷淑萍. 氙光低周波、高压电子笔、牵引联合治疗神经根型颈椎病的疗效观察. 吉林医学,2006,23:778-779.
- [11] 张维斌,杨英昕,孙义喆,等. 靶向超声药物透入结合常规康复治疗腰椎间盘突出症的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志,2012,34:138-139.

(修回日期:2013-05-27)

(本文编辑:易 浩)

合理安排排痰训练时机对气管切开患者康复疗效的影响

郭君 郭钢花 李哲 王国胜

【摘 要】 目的 观察合理安排排痰训练时机和及时清理气道内痰液对气管切开患者康复疗效的影响。**方法** 将 60 例合并肺部感染和吞咽障碍的气管切开鼻饲患者按随机数字表法分为对照组和实验组,每组 30 例。2 组患者均接受常规肺部物理治疗、排痰训练和体位引流,实验组在此基础上合理安排排痰训练时间,排痰训练后促使患者产生有效的咳嗽,并在气管套管内吸痰一次,将气管和套管内的痰液进行及时有效的清理。治疗 6 d 后进行疗效评定,观察 2 组患者每次排痰量、动脉血气分析、肺部听诊及胃食管反流情况,并进行统计学分析比较。**结果** 患者行排痰训练后,实验组中,少量(<3 ml)排痰、中量(3~8 ml)排痰和大量(8~15 ml)排痰的患者分别有 4、12 和 14 例,而对照组患者则分别有 7、18 和 5 例,实验组每次能大量排痰的患者明显多于对照组($P < 0.05$)。实验组患者排痰训练后肺部听诊结果为显效、好转、无效的患者分别有 15、12 和 3 例,行排痰训练治疗的有效率为 90.0%;而对照组患者则分别有 8、12 和 10 例,有效率为 66.7%,实验组患者行排痰训练后肺部听诊情况明显优于对照组($P < 0.05$)。治疗后,实验组患者动脉血气分析中的 PCO_2 、 PaO_2 和 SaO_2 分别为 (38.95 ± 3.69) mmHg、 (89.76 ± 11.87) mmHg 和 $(96.11 \pm 3.18)\%$,对照组患者的分别为 (41.01 ± 3.41) mmHg、 (82.95 ± 10.86) mmHg、 $(93.46 \pm 3.34)\%$,2 组患者治疗后的血气分析结果均明显优于治疗前($P < 0.05$),且实验组患者的血气分析结果明显优于对照组($P < 0.05$)。治疗前实验组患者发生胃食管反流 23 例,对照组 24 例;治疗后,实验组发生胃食管反流的患者为 3 例,对照组患者 18 例,2 组患者治疗后发生胃食管反流情况与治疗前相比均明显减少($P < 0.05$);且实验组患者经合理安排排痰训练时间和排痰训练后,发生胃食管反流的次数明显少于同期对照组($P < 0.01$)。**结论** 合理安排排痰训练时间(餐前或餐后 2 h)和排痰后及时清理气道内痰液的综合护理,能更为有效地减少胃食管反流,明显改善患者肺部呼吸情况。

【关键词】 气管切开; 排痰训练; 胃食管反流

重型颅脑损伤昏迷患者常行气管切开以保持呼吸道通畅,但会使肺部继发感染的机会增加,肺部感染是其最常见的并发症,也是导致患者死亡的主要原因之一^[1-2]。因此,安全有效地

给患者进行排痰训练至关重要。振动排痰机作为一种重要而常见的排痰训练设备,广泛应用于临床并取得了较好的疗效^[3]。但临床上医务人员应用振动排痰机给患者进行排痰训练的时间往往比较随机,易忽视排痰训练与进食时间的合理安排,对患者的吸痰护理也只是在患者有明显痰鸣音时进行;特别是对合并吞咽障碍的气管切开患者,细节的疏忽容易造成患者胃食管反流和误吸,且通常会延长肺部感染的治疗时间,甚

至加重感染。为了在达到最好治疗效果的同时,有效地避免胃食管反流等并发症的发生,促进肺部感染的康复,笔者在对气管切开患者进行排痰训练的同时,合理安排排痰训练时间以及排痰后及时有效清理气道内痰液,取得了良好的临床疗效,现报道如下。

资料与方法

一、一般资料

入选标准:①符合 1995 年第 4 届全国脑血管病会议制订的脑卒中诊断标准^[4],并经头部 CT 或 MRI 检查证实为重症脑卒中气管切开患者;②均合并吞咽障碍、肺部感染等并发症;③双肺呼吸音粗,痰多;④病程 1~6 个月内;⑤年龄 18~75 岁;⑥鼻饲管置管时间 16~56 d;⑦清醒患者均采用洼田氏饮水试验^[5]进行吞咽功能评估;⑧签署知情同意书。

排除标准:①脑血管病复发;②治疗区域有皮肤破损或皮下感染;③既往有胸部肿瘤;④心内附壁血栓、有严重心房颤动或心室颤动;⑤不能耐受振动的患者。

选取 2010 年 5 月至 2012 年 5 月我院康复中心收治且符合上述标准的 60 例重症脑卒中气管切开患者,其中出血性脑卒中 28 例,缺血性脑卒中 32 例;意识障碍 14 例,神志清醒患者 46 例。将全部 60 例患者按随机数字法分为实验组和对照组,每组 30 例。2 组患者性别、年龄、病程、病情等一般临床资料经统计学分析比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。详见表 1。

二、治疗方法

2 组患者均接受常规肺部物理治疗、排痰训练和体位引流,实验组在此基础上合理安排排痰训练时间,排痰训练后促使患者产生有效的咳嗽,并将气道内松动的痰液及时有效地清理干净。共治疗 6 d。

1. 常规肺部物理治疗:定期气道内湿化、雾化吸入、翻身叩背、吸痰等常规治疗手段。

2. 振动排痰机结合体位引流的排痰训练:应用淄博生产的 PTL-767A 型振动排痰机。首先确定合适的引流体位,体位引流的原则是使病变部位处于高处。因患者长期卧床,痰液常积聚在肺叶中下段,故患者在行排痰训练时一般卧床采取头低脚高位。根据患者的病情、体重及承受程度选择该振动排痰机上大小、硬度适当的叩击头(老年人、消瘦或过于敏感的患者建议使用带有聚氨酯海绵的柔软叩击头),在患者肺部听诊有痰鸣音或 X 线片所示肺部病变处轻轻做一标记。接通振动排痰机电源,调节好叩击速度(一般为 25~35 圈/秒),将叩击头放置在标记处,连续叩击 10~15 min;若患者肺部病变范围广泛,则可在患者背部按照由外向里,自下而上的叩击顺序,在病变肺部缓慢滑动叩击头,对患侧肺部进行广泛的叩击和振动,叩击时间为 15~20 min。该叩击和振动可促使呼吸道黏膜表面的痰液松动、液化,并按照选择的引流方向由细支气管排至支气管或气

管。每日排痰训练 2~4 次,当患者出现咳嗽、有痰鸣音时随时进行吸痰护理。

3. 合理安排排痰训练时间及安全彻底清理气道内痰液的方法:安排排痰训练时间必须选在餐前或餐后 2 h,排痰后根据患者情况用不同的方法促使患者进行有效的咳嗽,如对于可配合并能进行有效咳嗽的患者,鼓励并指导其行排痰训练后进行咳嗽,将排至大气道内的痰液咳出;对于昏迷或不能配合的患者,护士用手指轻压患者颈前部气管软骨环前壁,使患者产生咳嗽反射,将气管残留的痰液排出;对于该反射难以引出的患者,则选择将无负压的无菌吸痰管伸至患者气管内刺激气道,诱发患者咳嗽,将气道内的痰液咳出,并用无菌吸痰管将气管套管内的痰液清理干净,于每次排痰训练后进行,每日 2~4 次。

三、评定指标及方法

观察指标包括观察治疗前和治疗 6 d 后(治疗后)患者的每次排痰量、动脉血气分析和肺部听诊情况以及胃食管反流情况,并分别对 2 组患者治疗后的疗效进行评定分析。

1. 胃食管反流判定标准^[6]:反流、呛咳、误吸是胃食管反流的一系列表现,通常具有连续性。①反流为排痰后或排痰中胃内食物经贲门、食管由口腔流出;②呛咳为排痰前无咳嗽,排痰过程中或排痰后连续咳嗽 ≥ 2 次,并伴喘憋;③误吸为患者突然出现呛咳、呼吸困难、咳出或吸出含有营养液、食物的痰液。呛咳的患者一般痰液较少或咳出的痰液中混有食物;由于痰液引起的咳嗽一般患者有明显痰鸣音,并能咳出大量不含食物残渣痰液。当患者出现上述 3 种表现之一者,即为发生胃食管反流。

2. 观察指标:①记录排痰量,对能自主排痰的患者收集记录咳出的痰量,负压吸痰者采用一次性集痰器留痰测量和记录每次治疗后的排痰量,每次咳出的痰液 <3 ml 为少量,每次咳出的痰液在 3~8 ml 为中量排痰,每次咳出的痰液在 8~15 ml 则为大量排痰;②记录 2 组患者治疗前、后的血氧饱和度、动脉血气分析数据;③记录 2 组患者治疗前、后的发生胃食管反流次数。

3. 疗效分析:肺部听诊并记录每例患者治疗前后的肺部呼吸音,并按体征轻重进行评分。1 分,听诊肺部呼吸音粗且有大量湿啰音或痰鸣音;2 分,听诊肺部有少量湿啰音,呼吸音基本正常;3 分,听诊肺部无啰音,呼吸音正常。排痰后评分提高 2 分为显效,提高 1 分为好转,小于 1 分为无效;按公式(1)计算 2 组患者训练治疗后的有效率。

$$\text{有效率} = \frac{\text{显效例数} + \text{好转例数}}{\text{总例数}} \times 100\% \quad (1)$$

四、统计学方法

采用 SPSS 17.0 版统计软件进行统计学分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 认为差异有统计学意义。

结 果

一、2 组患者治疗后的一次排痰量及其疗效比较

表 1 2 组患者一般临床资料比较

组别	例数	性别(例)		平均年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	平均病程 (d, $\bar{x} \pm s$)	意识情况(例)		吞咽功能评估(例)		
		男	女			清醒	障碍	轻度	中度	重度
实验组	30	16	14	48.89 $\pm$ 12.57	23.24 $\pm$ 4.56	24	6	1	7	16
对照组	30	17	13	47.68 $\pm$ 11.54	24.31 $\pm$ 3.93	22	8	2	5	15

实施排痰训练治疗 6 d 后,2 组患者训练后一次排痰量及训练前后肺部听诊情况(治疗效果)比较,实验组患者排痰量明显多于对照组($P < 0.05$),肺部听诊情况明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),详见表 2。

表 2 2 组患者治疗后的一次排痰量及治疗效果比较

组别	例数	排痰量(例)			治疗效果(例)			有效率(%)
		少量	中量	大量	显效	好转	无效	
实验组	30	4	12	14 ^a	15	12	3	90.0 ^a
对照组	30	7	18	5	8	12	10	66.7

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

二、2 组患者治疗前后动脉血气分析情况比较

治疗前,2 组患者动脉血气分析比较,组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组患者动脉血气分析结果均明显优于治疗前($P < 0.05$),且实验组患者治疗后的动脉血气分析结果明显优于对照组治疗水平($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3 2 组患者治疗前后动脉血气分析情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PCO ₂ (mmHg)		PaO ₂ (mmHg)
		治疗前	治疗后	治疗前
实验组	30	53.15 ± 7.46	38.95 ± 3.69 ^{ab}	67.86 ± 3.45
对照组	30	54.76 ± 6.67	41.01 ± 3.41 ^a	68.17 ± 2.96

组别	例数	PaO ₂ (mmHg)	SaO ₂ (%)	
		治疗后	治疗前	治疗后
实验组	30	89.76 ± 11.87 ^{ab}	89.76 ± 3.24	96.11 ± 3.18 ^{ab}
对照组	30	82.95 ± 10.86 ^a	88.38 ± 2.78	93.46 ± 3.34 ^a

注:1 mmHg = 0.133 kPa;与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$

三、2 组患者治疗前后胃食管反流发生情况比较

治疗前,2 组患者的胃食管反流发生情况比较,组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组患者胃食管反流发生情况均明显少于治疗前($P < 0.05$),且实验组患者的胃食管反流发生情况明显少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),详见表 4。

表 4 2 组患者治疗前后胃食管反流发生情况比较

组别	例数	胃食管反流情况(例)	
		治疗前	治疗后
实验组	30	23	3 ^{ab}
对照组	30	24	18 ^a

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.01$

讨 论

气管切开术是重症脑卒中患者的常用抢救措施之一,它保障了肺部与外部空气的无障碍交换的同时,也容易受到外界细菌的感染。为了有效地防止和控制气管切开患者肺部感染,肺部物理治疗至关重要。肺部物理治疗不仅可以增强胸廓的活动,还可增加肺活量,并通过影响神经、循环、消化等系统的功能,改善全身健康状况,已广泛应用于呼吸系统疾病的康复^[7-8]。排痰训练是肺部物理治疗的重要组成部分,振动排痰机作为排痰训练的重要工具目前已广泛应用于临床,它不仅可舒张支气管平滑肌,有效改善肺通气状况^[9],还能对排除和移送肺内支气管等小气道分泌物和代谢废物有明显作用^[10]。研究发现,与传统人工叩背排痰相比,振动排痰机排痰效果更显著,

排痰后患者肺部体征改善明显,总体治疗时间较人工排痰组缩短^[11-12]。本研究中,2 组患者应用振动排痰机实施排痰训练治疗后,患者的肺部听诊和动脉血气分析结果均优于治疗前,且差异有统计学意义($P < 0.05$)。

振动排痰机给肺部物理治疗领域带来了新的治疗手段的同时,也带来了一系列需要进一步细化的问题。如临床医务人员给患者排痰的时间比较随机,忽视了患者进食和排痰训练时间的安排,不能主动地对排痰后进入大气道的痰液进行及时有效的清理,后果是除了不能有效地清理气道内的痰液外,还会引起胃食管反流或误吸性肺炎,延缓甚至加重患者的肺部感染。本研究通过对患者排痰训练时间进行合理安排、排痰后及时清理气道内痰液,能明显减少此类问题的发生。本研究结果显示,治疗后实验组患者较对照组患者一次排痰量更多,排痰后患者的血氧饱和度提高,呼吸功能得以改善,胃食管反流及误吸也显著减少。

气管切开的部分患者由于咳嗽反射减弱或消失,排痰训练后深部松动并进入大气道的痰液由于不能得到及时有效的清理,随着患者的自主呼吸和重力作用,可能重新进入肺底,从而影响排痰训练的效果。为了有效清理气道内松动的痰液,排痰训练后根据患者情况运用不同的方法促使患者进行有效的咳嗽,可帮助患者及时将进入大气道内痰液由气管套管口咳出。咳嗽后,如果气管套管内仍粘有残存的痰液,应及时给予吸痰护理,将痰液清理干净,防止重新回流至气道或形成痰痂堵塞气管套管。有效的呼吸道清理不仅能促进痰液排出,避免其加重肺部感染机会,有效延缓肺功能下降^[13],还能减轻肺部的阻塞情况,有效改善患者呼吸音,增强肺通气,提高通气质量,提高患者血氧饱和度。本研究中,实验组患者排痰后的一次排痰量明显多于对照组($P < 0.05$),排痰训练后实验组患者血气分析中 PCO₂、PaO₂、SaO₂ 明显高于对照组,患者肺部听诊情况亦明显优于对照组,且差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

重型脑卒中患者多数伴有吞咽障碍,临床上常通过留置胃管将营养物质注入胃肠内,以达到营养供给和保证胃肠道正常功能的目的^[14]。但随着患者留置胃管时间的延长,患者贲门及食管下端括约肌不能关闭而处于松弛状态,在咳嗽、改变体位或腹压增加时,胃内容物极易顺着胃管通过松弛的括约肌反流至口咽部,并在呼吸时被误吸至肺内^[15]。国外一些文献认为,鼻饲可加重或导致吸入性肺炎,但通过合理的护理措施可以预防吸入性肺炎的发生^[16]。本研究患者均为肺部感染的吞咽障碍患者,咳嗽、改变体位时增大的腹压造成胃食管反流的情况较多,本研究中 2 组患者在治疗前有 77% ~ 80% 有不同程度的反流。2 组患者在实施排痰训练后,痰液得到有效的引流,因痰液刺激产生的咳嗽次数减少,咳嗽造成的腹压增加导致胃食管反流发生的概率降低,故 2 组患者治疗后的胃食管反流情况均少于治疗前,且差异有统计学意义($P < 0.05$)。为了有效地避免患者胃食管反流的发生,实验组患者每次排痰训练时间安排在患者餐前或餐后 2 h 进行,此时,患者胃内容物基本排空,排痰后刺激患者咳嗽时,增大的腹压也不会导致患者胃食管反流,故实验组患者胃食管反流发生情况明显低于对照组($P < 0.05$)。

振动排痰机在临床进行排痰训练的使用过程中,操作简单,使用方便,既能减轻护理工作量,又能有效地提高气管切开患者的气道护理质量和效率,得到了广泛的应用。为了促进患者肺

部功能的康复,避免并发症的发生,医务人员应密切关注排痰训练时的细节问题,合理安排排痰训练的时间,并在排痰后根据情况促进患者咳嗽并及时清理气管套管内的痰液,可以改善肺部呼吸情况,促进患者更快康复。

参 考 文 献

- [1] 吴美华. 重型颅脑损伤患者气管切开后肺部感染的分析及护理对策. 中华医院感染学杂志, 2011, 23: 4978-4979.
- [2] Crouch-Brewer S, Wunderink RG, Jones CB, et al. Ventilator-associated pneumonia due to pseudomonas aeruginosa. Chest, 1996, 109: 1019-1029.
- [3] 邓利平. 振动排痰机对颅脑损伤患者并发肺部感染的应用研究. 中华医院感染学杂志, 2009, 14: 1836-1837.
- [4] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点. 中华神经科杂志, 1996, 29: 379-380.
- [5] 李红玲. 脑卒中患者的摄食-吞咽障碍. 中华物理医学与康复杂志, 2002, 24: 279-281.
- [6] 凌亚兴, 王志海. 脑卒中急性期并发吸入性肺炎的治疗. 广东医学, 2006, 27: 911-912.
- [7] 李宾宾. 呼吸训练对呼吸系统疾病康复的影响. 中华护理杂志, 2007, 42: 836-838.
- [8] 张秀琴, 秦开蓉, 周士枋, 等. 呼吸训练和运动锻炼对慢性阻塞性肺病患者的康复作用及其机制研究进展. 国外医学物理医学与康复学分册, 2004, 24: 84-85.
- [9] 刘芳, 赵梦, 历静, 等. 振动排痰机不同频率对重症脑功能损伤患者生命体征的影响. 中国实用护理杂志, 2007, 23: 8-10.
- [10] 徐晓燕. 振动排痰机的临床应用进展. 中华现代护理杂志, 2009, 25: 2339-2341.
- [11] Bellone A, Lascioli R, Raschi S, et al. Chest physical therapy in patients with acute exacerbation of chronic bronchitis: effectiveness of three methods. Arch Phys Med Rehabil, 2000, 81: 558-560.
- [12] De Boeck K, Vermeulen F, Vreys M, et al. Airway clearance techniques to treat acute respiratory disorders in previously healthy children: where is the evidence. Eur J Pediatr, 2008, 167: 607-612.
- [13] McIlwaine M. Physiotherapy and airway clearance techniques and devices. Paediatr Respir Rev, 2006, 7: S220-S222.
- [14] 张通. 中国脑卒中康复治疗指南 (2011 完全版). 中国康复理论与实践, 2012, 18: 301-318.
- [15] 徐秀芝. 神经外科危重患者医院获得性肺炎原因分析及护理对策. 中华医院感染学杂志, 2011, 13: 2729-2730.
- [16] D'Esquivan T, Guery B. Prevention and treatment of aspiration pneumonia in intensive care units. Treat Respir Med, 2005, 4: 317-324.

(修回日期: 2013-07-26)

(本文编辑: 汪 玲)

康复干预联合补阳还五汤治疗肩手综合症的疗效观察

刘元梅

【摘要】 目的 观察补阳还五汤联合康复干预治疗肩手综合征 (SHS) 的临床疗效。**方法** 采用随机数字表法将脑卒中后 SHS 患者分为治疗组及对照组。2 组患者均给予原发病常规治疗及康复干预 (包括运动训练、冷热水交替浸浴治疗、空气波压力治疗、良肢位摆放等), 治疗组在此基础上同时服用补阳还五汤。于治疗前及治疗 4 周后采用目测类比评分法 (VAS) 评定 2 组患者患肢疼痛及水肿程度; 采用简化 Fugl-Meyer 评分法 (FMA) 评定患侧上肢运动功能; 采用改良 Barthel 指数 (MBI) 评定患者日常生活活动 (ADL) 能力; 并于治疗 4 周后对 2 组患者临床疗效进行比较。**结果** 2 组患者分别经 4 周治疗后, 发现治疗组疼痛 VAS 评分 [(2.64 ± 1.21) 分]、水肿 VAS 评分 [(1.47 ± 0.25) 分]、上肢 FMA 评分 [(58.68 ± 8.91) 分]、MBI 评分 [(71.00 ± 11.54) 分] 及对照组疼痛 VAS 评分 [(4.47 ± 1.68) 分]、水肿 VAS 评分 [(2.55 ± 0.34) 分]、上肢 FMA 评分 [(48.31 ± 8.14) 分]、MBI 评分 [(58.82 ± 9.87) 分] 均较治疗前明显改善, 且上述指标皆以治疗组的改善幅度相对较显著; 治疗组总有效率 (95.08%) 亦显著优于对照组水平 (70.49%), 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 补阳还五汤联合康复干预治疗 SHS 具有协同作用, 能进一步提高康复疗效, 促进肢体功能恢复, 该联合疗法值得临床推广、应用。

【关键词】 补阳还五汤; 康复训练; 肩手综合征

肩手综合征 (shoulder hand syndrome, SHS) 又称反射性交感神经营养不良综合征, 是脑卒中偏瘫患者常见并发症之一, 其发病人数约占脑卒中后偏瘫患者总数的 12.5%^[1], 另有报道国内脑卒中患者 SHS 发病率高达 30% 以上^[2]。Subbarao 等^[3] 对 125 例 SHS 患者研究后发现, 仅有 23% 的患者能完全恢

复日常生活活动 (activities of daily living, ADL) 能力, 对患者功能康复及生活质量均造成严重影响。关于 SHS 的发病机制目前尚未明确, 临床也无特效治疗手段, 故如何提高 SHS 患者疗效具有重要临床意义。本研究联合采用补阳还五汤及康复干预治疗 SHS 患者, 发现临床疗效显著。现报道如下。

对象与方法

一、研究对象

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2013.09.018

作者单位: 262500 青州, 山东省青州市中医院急诊科