

康复训练依从性提高^[13-14]。本研究结果中,干预组 FMA(上肢功能、下肢功能)评分较对照组更高($P<0.05$)。分析其原因,格林模式指导下的康复训练能够从患者的方向出发,提高患者及家属的健康宣教力度,使其接受正确的康复训练,定期通过微信进行指导,使患者在住院期间及居家过程中都能够接受专业干预,及时纠正错误康复训练姿势,满足患者康复需求,患者家属在旁协助能够起到监督、指导的作用,从而提高肢体功能^[15-16]。此外,干预组 MBI 评分较对照组更高($P<0.05$)。考虑其原因,通过格林模式指导下的康复训练能够给予患者正确的训练指导,包括床上训练、坐立训练及行走训练等,提高其肢体功能;通过为患者提供积极的训练信息,消除其心理疑虑,关注患者心理状态及训练依从性变化;责任护士积极与患者沟通,帮助其建立良性的康复训练循环,促进自身管理能力提升,提高患者家属对康复训练重视程度,使其认真学习患者康复训练基本内容,从侧面对患者恢复情况进行监督,能够加快康复速度,从而使日常生活能力得到提升^[17]。

综上所述,脑梗死偏瘫患者采用格林模式指导下的康复训练能够提高康复训练依从性,促使肢体功能得到改善,对促进日常生活能力提高效果显著。

参考文献

- [1] 李璐,刘阿楠,李军红.系统化康复理念指导下的护理干预在脑梗死偏瘫患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(23):136-139.
- [2] 王斌,高松年,刘巧云,等.MOTomed 智能运动反馈训练联合精细化康复训练对脑梗死后偏瘫患者的影响[J].康复学报,2024,34(2):117-123.
- [3] 姚雪榕,韦桂静,刘越存,等.认知心理护理配合以格林模式为基础的健康教育对老年急性脑梗死患者负性情绪及睡眠质量的影响[J].中国医药科学,2023,13(19):132-135.
- [4] 李昂,王乐,廖芳,等.基于格林模式的健康教育在脑卒中后吞咽障碍患者中的应用[J].护理实践与研究,2024,21(8):1235-1240.
- [5] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018[J].中华神经科杂志,2018,51(9):666-682.
- [6] 陈瑞全,吴建贤,沈显山.中文版Fugl-Meyer 运动功能评定量表的最小临床意义变化值的研究[J].安徽医科大学学报,2015,50(4):519-522.
- [7] SHAH S, VANCLAY F, COOPER B. Predicting discharge status at commencement of stroke rehabilitation[J].Stroke,1989,20(6):766-769.
- [8] 沃志敏,孟杭,李梦芳,等.以创新扩散理论为基础的循证护理对脑梗死后偏瘫患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2024,30(5):68-71.
- [9] 阮海燕.脑梗死合并高血压护理中偏瘫肢体康复训练护理的应用及对患者血压水平与肢体功能的影响[J].心血管病防治知识(学术版),2023,13(33):30-31,35.
- [10] 刘淑娟,刘莉玲,方毓芬.良肢位摆放结合偏瘫肢体康复训练对脑梗死伴偏瘫患者康复效果的影响[J].中西医结合护理(中英文),2023,9(4):162-164.
- [11] 刁晓丽,李晓红,迟俊涛,等.基于格林模式的健康教育在妊娠期糖尿病患者自我管理中的应用[J].国际护理学杂志,2024,43(5):868-873.
- [12] 李志婷,刘红,闫瑞云.早期康复训练对改善急性脑梗死偏瘫患者肌张力及神经功能缺损评分的影响分析[J].贵州医药,2023,47(5):837-839.
- [13] 吴芳,李秋,张爽.格林模式健康教育对脑卒中患者介入术后健康行为及神经功能恢复的影响[J].国际护理学杂志,2023,42(14):2570-2573.
- [14] 马晶,方菲,杨珠珠.阶梯式康复护理干预在脑梗死后肢体偏瘫患者中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2023,9(10):97-99.
- [15] 郑奕华,薛芳群,冯彬.基于格林模式的功能锻炼在胫骨平台骨折患者中的应用效果[J].中西医结合护理(中英文),2023,9(9):175-177.
- [16] 徐玉方,宋静,王章钰.奥塔戈运动训练联合系统化康复护理对脑梗死偏瘫患者日常生活能力及肢体功能的影响[J].国际护理学杂志,2024,43(2):373-376.
- [17] 宁蒙蒙,张超雁,张玉姣.基于格林模式的功能锻炼干预方案在脑梗死偏瘫病人中的应用[J].全科护理,2024,22(13):2497-2500.

虚拟康复训练联合语言训练治疗 脑卒中后失语症的疗效

陈磊 陈红英*

(上海市长宁区精神卫生中心康复科,上海,200336)

摘要:目的 观察与调查分析虚拟康复训练联合语言训练治疗脑卒中后失语症的疗效。方法 选择 2020 年 8 月—2022 年 4 月在上海市长宁区精神卫生中心医院诊治的 84 例脑卒中后失语症的患者作为研究对象,根据随机数表法把患者分为观察组与对照组,各 42 例。对照组给予常规语言训练,观察组在此基础上又增加虚拟康复训练,观察组与对照组训练周期 1 个月,比较观察组与对照组的汉语语音清晰度、客观声学指标、采用中国康复研究中心汉语标准失语检查(CRRCAE)评估康复前后患者的失语改善情况、采用脑卒中失语症生活质量量表(SAQOL-39)调查康复后患者的生活质量情况。结果 观察组康复 1 个月后主观判定语音清晰度为 97.62%,与对照组的 78.57% 相比更高($P<0.05$)。康复 1 个月后比较观察组与对照组的第一共振峰(F1)频率、第二共振峰(F2)频率平均值情况,发现观察组与对照组的 F1、F2 共振峰平均值相比康复前均有提升($P<0.05$),康复 1 个月后组间比较观察组的 F1、F2 共振峰平均值提升

效果比对照组更好 ($P<0.05$)。康复 1 个月后观察组与对照组的 CRRCAE 失语评分均比康复前增高 ($P<0.05$), 且观察组的评分高于对照组 ($P<0.05$)。康复 1 个月后观察组的生理、沟通、心理社会等生活质量评分与对照组相比更高 ($P<0.05$)。结论 虚拟康复训练联合语言训练治疗脑卒中后失语症能改善患者的主观与客观语言功能, 提高患者的生活质量。

关键词: 虚拟康复训练; 语言训练; 脑卒中; 失语症; 生活质量

中图分类号: R 493 文献标识码: A 文章编号: 1009-8011(2025)-07-0083-05

语言是人与人之间交流的工具, 也人类所特有的一种高级神经活动的过程。脑卒中后失语症在临床上比较常见, 主要是由脑血管病引起的大脑半球受损导致的获得性语言障碍, 是脑卒中患者常见的并发症, 占脑卒中人群的 1/3 左右^[1-2]。脑卒中后失语症多表现为阅读、书写、表达、理解等多方面障碍, 可对患者身心健康造成巨大伤害, 同时也会给家庭、社会带来较大的负担^[3]。脑卒中的病变本身可直接破坏语言功能区, 使得左右大脑半球间连接异常, 影响语言功能区, 导致失语的发生^[4]。当前对于脑卒中后失语症临床上采用的主要治疗方法有康复治疗及药物治疗, 药物治疗的效果持续性不强, 因此首选康复治疗^[5]。语言训练虽然有一定的近期疗效, 但是由于患者的认知能力有限, 难以应对复杂的环境, 导致长期疗效不佳^[6]。虚拟康复训练是当前常见的康复方法, 通过创建虚拟环境刺激患者的大脑, 能根据患者的技能水平调整难度, 精准控制环境, 从而有效持续改善患者的预后^[7]。本文通过对虚拟康复训练联合语言训练治疗脑卒中后失语症的疗效观察, 旨在促进虚拟康复训练的临床应用。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 8 月—2022 年 4 月在上海市长宁区精神卫生中心医院诊治的 84 例脑卒中后失语症患者作为研究对象, 依据随机数表法将研究对象分成观察组与对照组, 各 42 例。观察组与对照组患者的疾病类型、临床分型、病程、年龄、身体质量指数、性别等对比, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 见表 1。上海市长宁区精神卫生中心医院医学伦理委员会批准了此次研究。患者及家属充分了解研究内容并签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①年龄 18 ~ 70 岁; ②符合脑卒中后失语症的诊断标准^[8-9], 且经头颅 CT/MRI 检查证实为脑缺血或脑出血; ③为右利手, 母语为汉语语种; ④具有平稳的生命体征, 其意识清晰; ⑤病程 ≥ 1 个月; ⑥首次发病。

排除标准: ①患有高危的传染性疾病者; ②脑卒中发病前已有语言功能障碍者; ③患有其他疾病影响语言功能; ④妊娠与哺乳期妇女; ⑤伴有其他脏器功能衰竭者; ⑥临床资料缺乏者。

1.3 方法

对照组: 给予常规语言训练, 主要为语言刺激训练, 言语治疗师按照传统失语症的治疗方法进行一对一训练, 比如让患者穿外衣, 手指指向准备好的外衣, 也明确说出“穿外衣”让患者听, 并做出手势示意让患者看。训练 30 min/次, 1 d/次, 持续 1 个月。

观察组: 在此之上又增加虚拟康复训练, 具体措施如下:

(1) 采用广州多阿科技有限公司的虚拟镜像神经元康复训练系统, 由控制单元、镜像神经元康复训练专用软件、虚拟现实全景头盔、独立训练设备等组成, 模拟虚构了多种虚拟环境。(2) 在康复中给患者佩戴镜像神经元输出设备, 设计了室内家庭以及室外游玩等多种虚拟场景, 设置不同的难度级别, 内容包括句子跟读、词组跟读、动词跟读、名词跟读等, 每组跟读包含实物图片、语音、文字、口型视频等内容, 比如训练患者对于家庭场景中常见物品的听、说、读、写、认的能力, 户外场景完成一些简单的游戏等。每日根据患者能力更换素材。患者可以通过观看相关的视频动作和视频语音, 并认真聆听与之相对应的语音信息, 然后进行语音复述。上述训练 30 min/次, 1 次/d, 持续 1 个月。

1.4 观察指标

(1) 观察组与对照组在康复 1 个月后进行汉语语音清晰度的主观判定, 患者发音时尽量放松, 严格按照标准操作。

(2) 在康复前后对患者进行客观声学评价, 选择单元音 [a] 音节进行单独录音, 使用 Voice 3.0 软件, 使用 LPC 线性预测法, 测试患者的第一共振峰 (F1) 频率、第二共振峰 (F2) 频率, 预测三次测量其在 F1、F2 共振峰的平均值。

(3) 观察组与对照组在康复前后采用中国康复研究中心汉语标准失语检查 (CRRCAE)^[10] 评定患者的言语功能, 满分 100 分, 得分越低表明患者的失语情况越严重。

(4) 观察组与对照组在康复 1 个月采用脑卒中失语症生活质量量表 (SAQOL-39)^[11] 评估患者的生活质量改善情况, 包括生理、沟通、心理社会 3 个维度, 每个维度是 100 分, 分数越高, 生活质量越好。

1.5 统计学分析

利用 SPSS 24.0 软件分析本研究所有数据, 正态分布的计量资料比如 CRRCAE 失语评分以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 比较采用 t 检验; 计数资料比如主观判定语音清晰度用 [$n(\%)$] 表示, 比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

作者简介: 陈磊 (1994—), 男, 汉族, 籍贯: 江苏省南通市, 本科, 初级技师, 研究方向: 康复治疗学专业。

* 通讯作者: 陈红英, E-mail: 1140938388@qq.com。

表 1 观察组与对照组一般资料对比

[n/($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	疾病类型 (脑出血 / 脑梗塞)	临床分型 (运动性分型 / 感觉性分型 / 混合性分型)	病程 (月)	年龄 (岁)	身体质量指数 (kg/m ²)	性别 (男 / 女)
观察组	42	8/34	17/18/7	3.28 ± 0.24	49.29 ± 7.22	22.87 ± 1.11	22/20
对照组	42	10/32	19/14/9	3.33 ± 0.29	49.87 ± 8.47	22.98 ± 0.38	21/21
χ^2/t		0.283	0.861	0.861	0.338	0.608	0.048
<i>P</i>		0.595	0.650	0.392	0.736	0.545	0.827

2 结果

2.1 观察组与对照组康复 1 个月后主观判定语音清晰度对比

观察组康复 1 个月后主观判定语音清晰度为 97.62%，与对照组的 78.57% 相比更高，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 观察组与对照组康复 1 个月后主观判定语音清晰度对比 [n(%)]

组别	例数	语音清晰度
观察组	42	41 (97.62)
对照组	42	33 (78.57)
χ^2		7.265
<i>P</i>		0.015

2.2 观察组与对照组康复前后客观声学指标变化对比

观察组康复 1 个月后的 F1、F2 平均值都明显高于康复前 ($P < 0.05$)，康复 1 个月后观察组与对照组相比，观察组更高，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 观察组与对照组康复前后客观声学指标变化对比 ($\bar{x} \pm s$, Hz)

组别	例数	F1 平均值		F2 平均值	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	611.39 ± 25.33	898.22 ± 23.23*	1 278.33 ± 36.44	1 310.87 ± 14.87*
对照组	42	611.76 ± 29.12	782.87 ± 20.19*	1 278.93 ± 40.33	1 300.87 ± 21.45*
<i>t</i>		0.411	14.023	0.211	10.033
<i>P</i>		0.613	<0.001	0.816	<0.001

注：与同组治疗前对比，* $P < 0.05$ 。

2.3 观察组与对照组康复前后 CRRCAE 失语评分变化对比

观察组与对照组康复的 CRRCAE 失语评分都高于康复前 ($P < 0.05$)，康复 1 个月后观察组也显著高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 4。

表 4 观察组与对照组康复前后 CRRCAE 失语评分变化对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	康复前	康复 1 个月后
观察组	42	33.22 ± 4.48	78.38 ± 3.58*
对照组	42	33.49 ± 5.10	64.19 ± 4.11*
<i>t</i>		0.258	16.872
<i>P</i>		0.797	<0.001

注：与同组治疗前对比，* $P < 0.05$ 。

表 5 观察组与对照组康复 1 个月后的生活质量评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	生理	沟通	心理社会
观察组	42	70.11 ± 3.29	65.20 ± 2.84	64.24 ± 4.09
对照组	42	61.49 ± 3.22	57.20 ± 3.32	54.99 ± 3.20
<i>t</i>		12.135	11.867	11.544
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001

2.4 观察组与对照组康复 1 个月后的生活质量评分对比

康复 1 个月后观察组的生理、沟通、心理社会等生活质量评分与对照组相比，观察组更高，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 5。

3 讨论

3.1 虚拟康复训练联合语言训练治疗脑卒中后失语症能改善患者的主观判定语音清晰度

失语症的发生原因是脑受到损伤导致语言符号形成、解释能力发生异常，不能正常的编码语言成分。本研究显示观察组康复 1 个月后主观判定语音清晰度为 97.62%，与对照组的 78.57% 相比更高 ($P < 0.05$)，表明虚拟康复训练联合语言训练治疗脑卒中后失语症能改善患者的主观判定语音清晰度。分析原因，虚拟康复训练联合语言训练能够根据患者自身产生的音协助发出其他更多的音，帮助患者回忆，从记忆中诱发口语反应，进而改善患者的语言功能^[12]。并且虚拟康复训练可让患者的视觉、听觉等感官层面都沉浸在训练中，让患者可以凭借想象力感知虚拟故事，增加了训练过程的趣味性和积极性，能够辅助患者更好、更快地达到心理沉浸状态，使被动训练成为主动训练。

3.2 虚拟康复训练联合语言训练治疗脑卒中后失语症能改善患者的主观与客观言语功能

脑卒中后失语症可给患者身心健康带来极大的损害。脑卒中后失语症患者语言网络是动态变化的，慢性期主要是受患者左侧大脑半球激活影响，急性期患者的双侧大脑半球激活均较差，亚急性期双侧的大脑半球激活会加强，表明患者的大脑半球语言功能恢复是一个动态的过程，语言恢复也会逐渐地进入慢性期，最终趋于稳定^[13]。本研究显示观察组康复 1 个月后的 F1、F2 平均值都明显高于康复前 ($P < 0.05$)，康复 1 个月后观察组与对照组相比，观察组更高 ($P < 0.05$)，表明虚拟康复训练联合语言训练治疗脑卒中后失语症能改善患者的主观与客观言语功能。分析原因，虚拟康复训练通过创建虚拟环境，能精准控制环境，多维度调整患者的使用场景，允许患者在有限的空间内进行锻炼，刺激患者的大脑来改善认知功能，有利于认知康复的实施^[14-15]。

3.3 虚拟康复训练联合语言训练治疗脑卒中后失语症能改善患者的临床症状

脑卒中在临床上具有高发病率、高致残率、高复发率、高死亡率等特点，临床报道大约有 1/3 脑血管疾病患者出现不同程度语言障碍，严重影响患者的身心健康^[16]。不过随着

中医药大学学报,2020,43(1):27-31.

[9] 冯瑞雪, 张紫薇, 张再康. 后世三大学派对河间学派继承与发展的探讨[J]. 河北中医药学报,2015(2):8-10.

[10] 金·刘完素撰;孙洽熙,孙峰整理. 素问玄机原病式[M]. 北京: 人民卫生出版社,2005.

[11] 金·张子和撰;邓铁涛,赖畴整理. 儒门事亲[M]. 北京: 人民卫生出版社,2005.

[12] 刘立伟, 任江, 王一童, 等. 五运六气理论对刘完素医学理论体系的影响[J]. 南京中医药大学学报,2024,(4):334-340.

[13] 姜婧, 刘刚, 张钰欣, 等. 金代社会思潮对刘完素、张从正与张元素脏腑观的影响[J]. 中华中医药杂志,2024,39(6):3148-3151.

[14] 田代华整理. 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社,2005.

[15] 金·李东垣撰;文魁,丁国华整理. 脾胃论[M]. 北京: 人民卫生出版社,2005.

[16] 金·李东垣撰;李一鸣整理. 内外伤辨惑论[M]. 北京: 人民卫生出版社,2007.

[17] 张彦忠, 李东垣 “阴火论”探析[J]. 四川中医,2021,39(9):30-33.

[18] 元·朱震亨撰;王英,竹剑平,江凌圳整理. 丹溪心法[M]. 北京: 人民卫生出版社,2005.

[19] 鲍建敏, 吕萍, 陈震萍, 等. 论刘河间 “火热论”核心思想及其对金元四大家形成的影响[J]. 新中医,2020,52(6):178-181.

[20] 刘午阳, 张帆, 刘华, 等. 理学之风视角下的刘完素与朱震亨火热论异同之探微[J]. 天津中医药,2023,40(2):188-192.

[21] 邵霞琳, 赵汉青. 从 “亢害承制”原旨探析刘完素火郁理论内涵[J]. 医学研究与教育,2022,39(6):53-57.

[22] 李史清, 乔巧, 梁莺莺, 等. 从刘完素风火理论谈解表清热药的配伍源流[J]. 浙江中医杂志,2024,59(6):496-497.

[23] 吴有性撰;张志斌整理. 温疫论[M]. 北京: 人民卫生出版社,2007.

[24] 清·叶桂撰;张志斌整理. 温热论[M]. 北京: 人民卫生出版社,2007.

[25] 清·叶天士撰;苏礼等整理. 临证指南医案[M]. 北京: 人民卫生出版社,2006.

[26] 清·薛雪撰;张志斌整理. 湿热论[M]. 北京: 人民卫生出版社,2007.

[27] 清·吴瑭撰;南京中医药大学温病学教研室整理. 温病条辨[M]. 北京: 人民卫生出版社,2005.

上接 85 页

时间的进展,部分患者的语言障碍症状可逐渐恢复。主要在于随着病情的恢复,听觉刺激与合适的语言、视、触、嗅等多种途径刺激,可以改正患者的错误反应,促进语言重建和恢复^[17]。本研究显示观察组与对照组康复的 CRRCAE 失语评分都高于康复前 ($P<0.05$),且康复 1 个月后观察组显著高于对照组 ($P<0.05$),表明虚拟康复训练联合语言训练治疗脑卒中后失语症能改善患者的临床症状。分析原因,虚拟康复训练具有沉浸式的强大功能,能够实现患者和医生之间的传感交互。医护人员也能及时地了解患者的精神、心理状态,提高康复训练的针对性,从而改善患者的预后^[18-19]。

3.4 虚拟康复训练联合语言训练治疗脑卒中后失语症能提高患者的生活质量

现阶段发生脑卒中后而出现失语症的人数在不断增长,虽然部分患者的语言功能能够恢复,但仍有近 1/3 的患者长期遗留严重的语言障碍^[20]。虚拟康复训练具备可重复性、适配远程治疗、体验逼真、直观有效等优势,可促进正常功能形成,拓宽患者对信息的处理能力^[21]。本研究显示康复 1 个月后观察组的生理、沟通、心理社会等生活质量评分与对照组相比更高 ($P<0.05$),表明虚拟康复训练联合语言训练治疗脑卒中后失语症能提高患者的生活质量。同时医护人员积极与患者进行交流,教会患者语言表达技能。本研究也有一定的不足,没有对脑卒中后失语症患者的分型进行判定,且研究对象数量比较少,需要在接下来的研究中深入分析。

综上所述,虚拟康复训练联合语言训练治疗脑卒中后失语症能改善患者的主观与客观语言功能,还可以改善患者的生活质量。

参考文献

[1] 肖湘, 梁斌. 虚拟现实训练对脑卒中恢复期患者认知功能和P300的影响[J]. 中国康复医学杂志,2019,34(3):339-341.

[2] 苏丽丽, 方小养, 林玲, 等. 上肢机器人虚拟情景任务导向性训练对脑卒中患者认知功能影响的研究[J]. 中国康复,2022,37(2):101-104.

[3] 周青青, 刘昊宇, 赵德福, 等. 工作记忆训练对脑卒中患者执行功能及日常生活活动的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志,2022,44(1):25-29.

[4] 苑梓楠, 李思奇, 危昔均, 等. 智能康复在脑卒中康复领域的应用[J]. 中国医刊,2022,57(5):465-468.

[5] 马锡超, 朱诗洁, 林洋, 等. 虚拟现实技术对脑卒中后认知功能障碍患者康复疗效的Meta分析[J]. 中国循证医学杂志,2021,21(8):907-914.

[6] 王学仕, 董艺璇, 王洪超, 等. 虚拟视频下突发恐惧刺激同步辅助防御运动治疗脑梗死恢复期患者临床观察[J]. 中国实用神经疾病杂志,2021,24(12):1073-1079.

[7] 朱诗洁, 林书妍, 许诗颖, 等. 虚拟现实技术用于脑卒中后上肢功能康复的研究进展[J]. 华西医学,2021,36(8):1120-1125.

[8] 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(1995)[J]. 临床和实验医学杂志,2013,12(7):559.

[9] 高素荣. 失语症[M]. 2 版. 北京: 北京医科大学出版社,2006:436-444.

[10] 张庆苏, 纪树荣, 李胜利, 等. 中国康复研究中心汉语标准失语症检查量表的信度与效度分析[J]. 中国康复理论与实践,2005,11(9):703-705.

[11] 田凤霞. 中文版脑卒中后失语症生活质量量表的信度和效度研究[J]. 护理实践与研究,2020,17(4):10-12.

[12] 王碧茹, 周甜甜, 廖维靖. 虚拟现实技术在脑卒中患者康复治疗中的应用进展[J]. 中国康复,2021,36(12):765-768.

[13] 路明惠, 李书砚, 孙艳, 等. 虚拟现实技术在脑卒中患者认知康复中应用的证据总结[J]. 中华现代护理杂志,2021,27(30):4088-4094.

[14] 暴丽霞, 张朝霞, 王燕. 虚拟课堂对恢复期脑卒中患者认知偏向及健康行为的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志,2021,24(9):800-806.

[15] 于梅青, 朱建国, 任浩, 等. 卒中单元综合治疗结合任务导向训练对青年缺血性卒中患者的影响[J]. 神经损伤与功能重建,2021,16(4):225-227.

[16] 任应国, 李尽义, 胡科, 等. 虚拟现实训练对脑梗死后认知功能障碍的康复治疗效果[J]. 国际精神病学杂志,2020,47(6):1193-1195,1200.

[17] 王荫华, 杜万良, 杨晓娜, 等. 汉语卒中后失语症失语类型的诊

断、鉴别诊断流程图和卒中后失语症的治疗[J]. 中华老年医学杂志, 2022, 41(4): 488-496.

[18] 李薇薇, 何小俊, 朱珊珊, 等. 汉语成语组合关联词语在卒中非流畅性失语中的应用研究[J]. 中国康复, 2022, 37(4): 195-199.

[19] 王瑜元, 胡瑞萍, 华艳, 等. 中老年患者卒中后失语症与优势侧

上纵束损伤的相关性研究[J]. 老年医学与保健, 2022, 28(1): 84-87.

[20] 马晓婷, 王凯凯, 祖合热·肉孜, 等. 经颅直流电刺激在卒中后失语症治疗中的应用研究进展[J]. 中国康复, 2022, 37(2): 117-121.

[21] 郑河清, 郑云月, 陈晓玲, 等. 积极成语朗读训练对卒中非流畅性失语患者的影响[J]. 上海护理, 2022, 22(4): 7-10.

风湿病中医辨证思路与护理方法探析

马茜茜¹ 田广芳^{1*} 可易弘¹ 张之弘² 倪角角¹

(1. 甘肃省中医院风湿骨病中心, 甘肃 兰州, 730050 ;
2. 张掖市中医院中医科, 甘肃 张掖, 734099)

摘要: 风湿病是一类以关节、内分泌腺、血管、皮肤及多个系统损害为主并伴有免疫功能紊乱等疾病的统称, 本病临床表现一般复杂多样, 其中以肌肉的酸痛、疼痛、麻木、肿胀及关节的畸形、屈伸不利等较多见, 属于中医痹证范畴。目前, 西医治疗本病以止痛为主, 尚不能根治, 且不良反应较大, 而中医可发挥标本同治的独特优势, 临床效果显著。本文通过检索近年来国内外文献, 从风湿病的辨证特点、中医护理方法等方面对该病进行讨论, 以为中医药治疗该病提供一定的理论指导。

关键词: 风湿病; 中医; 辨证论治; 护理方法

中图分类号: R248 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2025)-07-0098-04

Discussion on TCM Syndrome Differentiation and Nursing Methods of Rheumatism

MA Qian-qian¹ TIAN Guang-fang^{1*} KE Yi-hong¹ ZHANG Zhi-hong² NI Jiao-jiao¹

(1. Rheumatic Bone Disease Center, Gansu Province Hospital of Chinese Medicine, Lanzhou Gansu 730050, China;

(2. Traditional Chinese Medicine Department, Zhangye Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhangye Gansu 734099, China)

Abstract: Rheumatism is a kind of joint, endocrine glands, blood vessels, skin and multiple system damage and accompanied by immune dysfunction disease general term, its clinical manifestations are complex, with pain, swelling, numbness, joint flexion and extension is more common, belongs to the category of Bi syndrome of traditional Chinese medicine. At present, Western medicine treatment of this disease mainly pain relief, has not been able to cure, and the toxic and side effects are large, and Chinese medicine can play the unique advantages of specimen treatment, clinical effect is remarkable. In this paper, through searching the literature at home and abroad in recent years, the rheumatism was summarized from the aspects of syndrome differentiation and traditional Chinese medicine nursing methods, in order to provide some theoretical guidance for the treatment of the disease by traditional Chinese medicine.

Keywords: rheumatism; TCM; syndrome differentiation; nursing method

风湿病是一种常见的全身性结缔组织与炎症性病症, 历来被归于疑难杂病的范畴, 具有患病率高、病情呈慢性进展, 及治疗后易于复发等特点。其具体的发病机制目前尚未完全明确^[1]。早期有研究表明, 其发病可能与机体免疫细胞功能的紊乱密切相关, 如 T、B、NK 淋巴细胞的功能失调^[2]。此外,

最新研究提示, 遗传、内分泌失调、感染等因素可能与本病相关^[3-5]。中医学中风湿病属于“痹证”的范畴。《金匮要略》首次提出“风湿”病名, 而书中有关论述: “病者一身尽痛, 发热, 日晡所剧者, 名风湿”, 被认为本病的发生主要归因于人体正气不足, 同时外感风寒湿之邪, 内外合病进一步导致寒痰、湿热、瘀血等多种病理产物痹阻于脏腑、关节、筋骨、肌窍等处, 从而表现出关节的疼痛、肿胀、麻木、屈伸不利等一系列临床症状^[6]。中医药基于整体观的辨证论治特点与现代中药多途径、点多靶的药理作用, 使其在防治风湿病方面具有

基金项目: 甘肃省卫生行业项目 (GSWSHL2022-15)。

作者简介: 马茜茜 (1988—), 女, 汉族, 籍贯: 甘肃省酒泉市, 本科, 主管护师, 研究方向: 风湿免疫护理。

*** 通讯作者:** 田广芳, E-mail: 3182667892@qq.com。