

能,FIM量表可以作为髋部骨折术后出院患者随访护理记录,并可评价社区康复效果。通过定期评价和及时康复指导,帮助患者获取社会各阶层的支持,预防术后并发症,避免抑郁的发生和加重,有利于促进患者步行功能的恢复,提高患者的功能独立性。

参考文献

[1] 卓大宏主编. 中国康复医学 [M]. 第2版. 北京: 华夏出版社, 2003.235—248.
 [2] 吴毅, Peter, Esselman. 功能独立量表(FIM)作为康复治疗病人出院和随访的功能评价指标[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2001, 22(2):82—85.
 [3] Bates BE, Stineman MG. Outcome indicators for stroke, application of analgorith treatment across the continuum of post acute rehabilitation service[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2000, 81:1468—1478.
 [4] 李秀燕, 郭继志. 老年人生命质量评价的现状与展望[J]. 国外医学·社会医学分册, 2003, 20(4):154.

[5] 何伟民, 张晓龙, 顾峥嵘. 影响老年髋部骨折手术治疗效果的因素分析[J]. 上海医学, 2004, 27(5):331—333.
 [6] Rein Tideiksaar. Best practice approach to fall prevention in community—living elders [J]. Geriatric Rehabilitation, 2003, 19(3): 199—205.
 [7] Eisler J, Cornwall R, Strauss E, et al. Outcomes of elderly patients with nondisplaced femoral neck fractures [J]. Clin Orthop, 2002, 399:52—58.
 [8] 唐三元, 徐永年, 郑玉明. 影响老年人髋部骨折恢复的相关因素[J]. 中华老年医学杂志, 1997, 16(5):315—316.
 [9] Graeme Archibald. Patients' experiences of hip fracture [J]. Journal of Advanced Nursing, 2003, 44(4):385—392.
 [10] Magaziner J, Simonsick EM, Kashner TM, et al. Predictors of functional recovery one year following hospital discharge for hip fracture: a prospective study [J]. J Gerontol Med Sci, 1990, 45(3):101—107.
 [11] 张军, 尤黎明, 周英. 对社区老年人抑郁预测因子的调查分析[J]. 中华护理杂志, 2004, 39(6):456—458.
 [12] 任晓颖. 全膝关节置换病人健康教育及心理反应的调查分析研究[J]. 中华护理杂志, 2003, 38(2):141—142.

· 康复护理 ·

早期康复护理对脑卒中患者肢体功能改善的影响

张萍¹ 杨涛¹ 陈艳荣¹ 李冬梅¹

1 资料与方法

1.1 一般资料

102例脑卒中患者(意识障碍及严重痴呆者除外), 其中64例患者首次发病, 发病当日入院, 此为早期组; 另38例是首次发病或再次发病未经过正确康复训练的患者(在家中疗养或在其他医院进行药物治疗后肢体功能未见改善者), 发病1个月后入我们医院, 此为晚期组。早期组中, 男36例, 女28例, 年龄38—77岁; 晚期组中男26例, 女12例, 年龄42—74岁。102例患者均经过头部CT或MRI检查证实, 其中脑梗死96例, 脑出血6例, 两组患者均有不同程度的肢体功能障碍。用上田12级法进行评价^[1]。结果见表1。由表1看出, 在康复治疗前, 两组患者上下肢功能在三个级别段中的比例差异均不显著($P>0.05$)。

1.2 康复护理的方法

两组均按常规的神经内科药物治疗; 早期组在发病2—7d后开始早期康复护理, 晚期组1个月后接受康复护理。首

先对患者做详细的功能评估: 分别进行康复护理三个阶段(卧床期、离床期、步行期)的功能及日常生活活动能力训练, 并观察早期(7d内)选择合适的时间介入神经网络重建建议, 做患侧上下肢各1次/日, 20分钟/次^[2]。

1.2.1 卧床期的康复护理: 良肢位的摆放: 2—3h帮助患者变换体位, 健侧卧位, 患侧卧位都要保持上肢肩向前, 肘伸直, 不垂腕。下肢屈髋、屈膝, 足与小腿保持垂直, 防止患肩患腿压在身体下面。仰卧时, 患侧肩下用枕垫支持, 臀部与大腿下放一枕垫, 使患侧肩向前, 外展外旋, 髋关节内收内旋, 在足后放置托板, 防止足下垂, 保持良姿位^[3]。

若患者生命体征稳定, 神志清楚, 病情不再发展, 48h后护理人员与家属协助患者在床上主要进行上下患侧肢体的被动关节活动, 方法是: 患者仰卧位, 护士站在患者患侧, 上肢被动训练: 帮助患者上肢做肩关节前伸、外展、内收、内旋、外旋向不同方向移动; 肘关节屈伸; 腕关节屈伸及桡尺侧偏移的活动; 掌指关节屈伸、对指、握拳、释拳。下肢被动训练: 护士托住患者患腿及足跟, 用前臂抵住足掌, 帮助患者髋关节屈伸、内旋、外旋、内收、外展; 膝关节屈伸; 足趾关节屈伸。上、下肢各部位每次训练的时间从几秒钟—20min, 每日2—5次。若患者是完全瘫痪由护士及护士指导家属继续做上述康复训练; 若患者部分肢体瘫痪, 除帮助患者康复运动外, 同时还应该鼓励患者运用健侧肢体帮助患肢运动, 如: 上肢主动训练: 护士指导患者用健肢带动患肢分别对肩关节、肘关节、

表1 两组在康复治疗前上下肢功能上田氏12级评价结果

组别	例数	1—4级		5—8级		9—12级	
		例数	%	例数	%	例数	%
上肢功能							
早期组	64	22	34.8	32	50.00	10	15.63
晚期组	38	10	26.32	18	47.37	10	26.32
χ^2 值		0.36		0.03		0.86	
P 值		>0.05		>0.05		>0.05	
下肢功能							
早期组	64	24	37.50	32	50.00	8	12.50
晚期组	38	8	21.05	22	57.89	8	21.05
χ^2 值		1.50		0.03		0.66	
P 值		>0.05		>0.05		>0.05	

1 山东省滨州市中心医院神经内科, 251700

作者简介: 张萍, 女, 护师

收稿日期: 2005-11-24

腕关节做屈伸运动;下肢主动训练:患者平卧在床上时用下肢健足插入患足之下,向健侧移动再用健足和肩部支起臀部向健侧移动,最后慢慢将头部移向健侧,完成床上移动训练。上、下肢各部位每次训练的时间15—20min,每日2—5次。训练时根据每个患者的反应、自我感觉、疲劳情况等确定时间。随着患者的运动控制能力的改善,逐渐减少辅助,并增加训练次数和时间,从被动运动过渡到主动运动。

1.2.2 离床期的康复护理:离床期的训练是治疗的关键,对患者以后的生活起决定性的作用。首先行起立床训练,从床头抬高30°开始,每天抬高5°—10°到80°为止,每天坐起时间从5min增加到30min直至60min为止,训练至经靠背坐起逐渐过渡到独立坐起,然后进行移乘训练,30min/每次,1—2次/天,适应后试行站立训练。护士及家属帮助患者进行站立平衡训练,1—2次/天,站立时间10min^[4]。

1.2.3 步行期康复护理:当站立平衡良好且能重心转移时,应开始步行训练。训练的程序是先离床站立,而后踏步、抬腿、侧移到步行迈步^[5]。护理人员训练患者站立行走时要立于患者患侧,同时要纠正足下垂、膝关节强直等不良步态,由室内行走逐步过渡到室外行走,每天站立行走时间从5min逐渐增加到20min,早晚各一次。整个训练要循序渐进。

1.2.4 言语训练:对失语症患者,护士要与家属配合,与患者进行交谈,进行简单对话。可让患者做伸舌、卷舌动作,并进行单音节、双音节及语句训练。鼓励患者读书报、听广播、看电视等,鼓励患者有持之以恒的精神。

1.2.5 手的训练:护士或家属让患者用手指快速指鼻,或双手互相对指、拍手、画图、握笔、写字、翻纸牌等动作,加强手的精细动作,协调和控制能力的训练。

1.2.6 日常生活训练:根据患者功能恢复的程度,护士或家属每天指导患者进行日常生活活动能力的训练,如练习穿脱衣服、洗脸、刷牙、用汤勺进食以及便后处理等,以逐渐提高患者日常生活的自理能力。

1.3 统计学分析

采用 χ^2 检验。

2 结果

见表2。以上田12级评定方法,对102例脑卒中患者康复训练1个月后分别进行评价。上肢功能评价结果:早期组总提高数为63例,提高率为98.44%;晚期组总提高数为24例,提高率63.15%,经 χ^2 检验, $P<0.01$,两组效果差异有显著性。下肢功能评价:早期组总提高数为64例,提高率100%;

表2 两组在康复治疗1个月上、下肢功能
上田氏12级评价结果

组别	例数	未提高		提高1—4级		提高5级以上		提高率(%)
		例	%	例	%	例	%	
上肢功能								
早期组	64	1	1.56	52	81.25	11	17.16	98.44
晚期组	38	14	36.84	24	63.16	0	0	63.15
下肢功能								
早期组	64	0	0	45	70.31	19	29.69	100.0
晚期组	38	11	28.95	25	65.79	2	5.26	71.05

早期组比较晚期组,经 χ^2 检验, $P<0.01$

晚期组总提高数为27例,提高率71.05%,经 χ^2 检验, $P<0.01$,两组效果差异有显著性。

3 讨论

中枢神经系统具有可塑性,神经元死亡呈不能再生,但其周围的神经组织可通过轴突的侧支芽生,有可能使邻近神经支配的组织重新获得支配。在神经损害严重的患者中,有可能重新建立一个神经功能网络^[6]。此外,外周信息的不断刺激,可以调整大脑皮质的兴奋抑制过程,形成新的通路,同时改善肌肉供血,防止失用性退变,增强肌肉运动协调性和肢体平衡功能^[7]。早期康复训练就是利用一些方式刺激运动通路上的各个神经元,调节其兴奋性,刺激部分脑细胞产生功能代偿,使神经系统尽快建立新的联系以获得正确运动输出,促进实质性康复^[8]。早期康复训练能促进神经轴突联系的建立、对侧大脑半球的功能代偿及重组,健侧肢体的主动运动,可以强化神经系统的紧张度,活跃该系统生理功能,有效地预防并发症及改善全身状况^[9]。

早期康复训练要根据患者年龄、体质、疾病的不同阶段功能损害及动作进步情况,选择适宜的训练方式,由易到难,由简单到复杂,运动量由小到大逐步适应,持之以恒。训练时护理人员要随时观察患者的反应、自我感觉、疲劳情况,训练要循序渐进,切忌过度粗暴活动关节。随着患者对运动控制能力的改善,逐渐减少辅助运动量,增加主动运动量的比重,最终达到完全主动运动^[10]。

本组资料显示:康复训练前两组患者的肢体功能差异均不显著($P>0.05$);康复训练1个月后两组差异有显著性($P<0.01$)。说明早期康复护理的介入对促进脑卒中患者肢体功能的恢复是非常重要的^[10]。

参考文献

- [1] 于兑生. 康复医学评价手册[M].北京:华夏出版社,1993.182—190.
- [2] 王振才,杨淑珍,王廷瑞等.脑血管病基础与临床[M].第1版.北京:中国科学技术出版社,2004.210—211.
- [3] 万雪梅,刘肇清.对脑卒中偏瘫患者在发展早期进行床边康复的观察与护理[J].现代护理,2002,8(5):334.
- [4] 张玉珍,苏讯,陈遵霞.急性脑卒中早期康复训练意义的研究[J].实用护理杂志,2001,17(4):3.
- [5] 李秀峰.脑卒中患者早期肢体功能的康复护理[J].齐鲁护理杂志,2003,9(7):551.
- [6] 张玲如,王立.中风现代治疗[M].南京:江苏科学技术出版社,2000:235—239.
- [7] 吴伯甫,郭婉玫,杨宜萍等.急性脑卒中超早期康复运动疗效观察[J].临床荟萃,2002,17(8):453.
- [8] 朱述风,张莉.早期康复训练对急性脑梗塞患者肢体功能恢复的影响[J].齐鲁护理杂志,2005,11(7):782.
- [9] 刁利华.脑病变患者康复的研究及护理进展[J].中华护理杂志,2000,35(3):177.
- [10] 秦瑞先.早期康复护理对脑卒中偏瘫患者ADL能力的影响[J].中华临床护理,2006,3(36):23.