

## · 康复护理 ·

# 脑卒中患者 ADL 评定及康复护理干预 \*

张菊芳<sup>1</sup> 郑彩娥<sup>1</sup> 余丽珍<sup>1</sup>

**摘要** 目的:评价康复护理 ADL 评定量表在脑卒中患者康复中的应用及康复疗效。方法:采用康复护理 ADL 评定量表在 68 例脑卒中偏瘫患者入院时、康复训练 30 天时及出院时 3 次进行 ADL 功能评定,针对 ADL 功能评定存在的功能障碍进行个性化的康复护理干预、康复训练。结果:68 例脑卒中患者经康复训练后在衣、食、住、行、个人卫生方面 ADL 能力均显著提高。ADL 能力总分入院时  $37.73 \pm 3.61$ , 康复训练 30 天后  $64.75 \pm 13.28$ , 出院时  $81.79 \pm 18.69$ , 与入院时相比,ADL 能力总分增加( $P < 0.01$ )。结论:康复护理 ADL 评定量表对评估脑卒中患者、提高 ADL 能力具有指导作用;脑卒中患者经康复护理干预、康复训练后 ADL 能力能显著提高。

**关键词** 康复护理 ADL 评定量表; 脑卒中; ADL 能力; 康复护理

中图分类号:473.3,493 文献标识码:B 文章编号:1001-1242(2006)-12-1132-02

随着脑卒中抢救治疗水平的提高,其病死率已明显下降,但致残率较高。脑卒中后患者出现不同程度的运动、感觉、语言、认知及心理多方面的障碍,严重影响患者的日常生活活动(activities of daily living, ADL)能力。脑卒中康复目标是综合和协调地应用各种方法进行康复训练,使其残存功能得以最大程度发挥,提高生存质量,重返社会和家庭。ADL 能力改善是脑卒中患者衡量功能恢复的重要指标,也是康复治疗最重要的目标<sup>[1]</sup>。我们采用康复护理 ADL(rehabilitative nursing, RNADL)评定量表<sup>[2]</sup>对 68 例脑卒中患者进行 ADL 能力评定,针对性地开展康复护理干预、康复训练,取得较好疗效,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

对象为 2002—2003 年入住本院进行康复治疗的 68 例脑卒中偏瘫患者。年龄 45—78 岁,平均为  $57 \pm 11.23$  岁;其中男性 41 例,女性 27 例;脑梗死 44 例,脑出血 24 例;左侧偏瘫 41 例,右侧偏瘫 27 例。入院时病程 10—60 天,平均  $38 \pm 11$  天。

入选标准:①经头颅 CT 或 MRI 检查明确诊断;②意识清晰,可接受动作性指令;③发病后 2 周以上,病情稳定,存在 ADL 能力障碍。

### 1.2 ADL 能力评定方法

评定量表使用浙江省康复中心研究设计的 RNADL 评定量表<sup>[3]</sup>,该量表经康复临床信度效度研究<sup>[4]</sup>。量表满分 100 分,分 5 个大项:衣、食、住、行、个人卫生处理等正常人日常生活必需的生活自理内容;每大项分 5 小项具体评测内容,评分以 0—4 分记分。根据 RNADL 评定量表评定内容、评分标准、评定方法<sup>[5]</sup>,对 68 例患者分别在入院 48h 内进行入院时 ADL 能力评定;在康复护理干预、康复训练 30 天时进行中期评定;在患者出院前 48h 内进行疗效评定。

### 1.3 康复护理干预

①根据 RNADL 评分结果,制订个体化的、可行的康复护理、康复训练计划和目标。②指导患者进行 ADL 能力训练内容:a.正确体位摆放<sup>[6]</sup>;如正确的健侧卧位、仰卧位、患侧卧位,

正确的床上、椅子、轮椅坐姿。b.指导翻身技巧;双上肢 Bobath 握手姿势,左右摆打,利用惯性向健、患侧翻身。c.患肢各关节被动主动活动;如上肢肩外展外旋、肘伸展、前臂旋后、腕背伸、指伸展、下肢伸髋、屈膝、踝背伸等训练活动。d.坐位平衡训练,先床头摇高从  $30^\circ$ — $90^\circ$ ,坐位时间从 10min—30min 达到  $90^\circ$ 、30min 以上训练起坐、床边坐位平衡。e.坐站、站立平衡训练;达到坐位三级平衡,训练站位三级平衡。f.穿衣裤技巧指导;先穿患肢,再穿健肢,脱时相反。g.进食指导;h.个人卫生洗漱指导训练等。③康复护理干预应早期开始,先易后难,循序渐进;早期康复护理以训练指导患者正确良姿位、被动和主动活动、翻身、坐起技巧为主;恢复期康复护理以训练指导患者平衡协调、肢体控制能力,逐步完成穿衣、进食、洗漱和如厕等日常活动为主。PT 治疗室指导训练重点在于翻身、坐起、站立、移动、步行等,1 次/天,1h/次,5 次/周;病房内指导训练重点在于穿衣、进食、洗漱和如厕等,每天下午、临睡前各一次。将患者的康复训练工作贯穿于日常生活活动之中。同时要求患者家属参与康复治疗训练,以便回病房或出院后家属能继续协助指导正确的康复训练。

### 1.4 统计学分析

评分结果用均数±标准差表示,采用 SPSS 11.0 统计软件进行统计分析,组内比较采用方差分析,障碍程度比较采用百分比。

## 2 结果

68 例患者入院时、康复训练 30 天时、出院前 ADL 能力各项评分结果见表 1。与入院时相比,ADL 能力评分增加,有显著性差异( $P < 0.01$ )。康复训练前后 ADL 能力障碍程度比较见表 2。入院时日常生活基本自理有 6 例,占 9%,完全自理为 0 例;出院时日常生活基本自理与完全自理共 52 例,占 76.5%。

\* 基金项目:浙江省医药卫生科研基金资助项目(2003B025)

1 浙江省望江山疗养院,浙江省康复中心,310024

作者简介:张菊芳,女,副主任护师

收稿日期:2006-03-20

**表1 脑卒中患者康复训练前后RNADL评分比较 (n=68,  $\bar{x} \pm s$ )**

评定项目	训练前	训练30天	出院时
衣	7.08±3.44	13.13±4.61	16±4.73
食	10.61±4.38	14.72±3.06	17.83±3.67
住	8.71±6.52	15.21±5.78	17.46±7.31
行	4.21±5.02	10.75±8.22	15.27±9.37
个人卫生	7.35±3.27	11.74±3.24	15.23±7.79
总分	37.73±3.61	64.75±13.28 <sup>①</sup>	81.79±18.69 <sup>②</sup>

①训练30天后与入院时比  $P<0.01$ ;②出院前与训练30天时比  $P<0.01$

**表2 脑卒中患者ADL能力障碍程度比较 (n=68)**

ADL能力情况	入院时		出院时	
	例数	%	例数	%
ADL完全自理(96—100分)	0	0.0	17	25.0
ADL基本自理(76—95分)	6	9.0	35	51.5
中度障碍(51—75分)	22	32.3	10	14.7
严重障碍(26—50分)	24	35.2	5	7.3
极严重障碍(0—25分)	16	23.55	1	1.5

### 3 讨论

ADL能力是指人们每天进行衣、食、住、行、个人卫生处理等照料自己的能力。对于健康人来说日常生活无需作多大努力即可完成,但对于伤、残、病患者来说却极为困难。要了解他们在ADL能力方面存在的问题及原因,必须对患者ADL能力进行评定。应用RNADL评定量表进行ADL能力评定首先通过收集资料了解患者患病前后状况、职业、文化程度、自理观念、家庭状况、生活习惯等。评定前向患者介绍RNADL评定的意义、目的、方法,以取得患者的配合。评定时了解患者的基本功能,如肌力、肌张力、关节活动度等,确定其残存的功能和缺陷,根据不同程度功能障碍,制订个体化的训练方案。同时还应确定患者感知和认知功能,以便了解其学习ADL的能力。

Barthel指数是目前国际国内最常用的ADL评定量表,在研究RNADL评定量表时与Barthel指数做过对比研究,其中每个项目得分与完成任务所需身体帮助的程度有关,然而它没有记录失败的原因及如何才能自理<sup>④</sup>。RNADL评定量表采用活动分析法,将某一活动分解成若干动作,按顺序完成每个小项,评定时很容易发现问题存在哪个具体环节上,可及时发现存在的问题,并给以针对性的指导训练予以纠正。同时在评定时要先介绍如何完成整个动作,评定本身就是一次康复指导训练的过程,把评定与指导训练有机结合起来,使患者较快掌握ADL能力。根据我们对68例脑卒中偏瘫患者采用RNADL评定量表进行的ADL能力评估,根据评价不同水平的障碍采取不同的康复训练<sup>⑤</sup>,进行有针对性的康复训练后所有患者ADL能力显著提高,ADL能力障碍改善显

著,取得了较好的疗效。表明该量表是脑卒中偏瘫患者ADL能力评定较客观、敏感度较高的量表,对脑卒中康复训练具有较强的指导作用。同时通过每次评定,患者看到得分增加,康复信心随之增强,激发了主动参与康复训练的热情。

脑卒中患者出院后ADL能力如何,直接关系到患者的生存质量,以及家庭需要照顾程度。康复护理一项重要工作内容是指导、训练患者,提高其ADL能力。本文所观察68例患者经康复护理干预、强化训练后生活基本自理及完全自理者达52例(占76.5%);ADL能力评分增加,干预、训练前后比较有显著性差异( $P<0.01$ ),从而提高其生存质量,减轻家庭和社会负担。

脑卒中偏瘫患者在病情稳定后尽早进行康复干预可以促进瘫痪肢体运动功能的恢复,强化康复护理训练,可以有效地减少肢体功能障碍对患者日常生活的影响<sup>⑥</sup>,但是日常生活项目较多,每项活动完成的难易程度不同,每位患者接受能力、掌握进度不一。为此在ADL训练前,首先要通过ADL能力评定了解患者存在的问题及潜能,结合患者的个人需要和他今后可能承担的生活角色所需要的最大独立程度,制订切实可行的计划。康复训练要早期开始,由易到难,重点突出。训练中把一个动作分解成若干动作进行,熟练完成后再练习新的活动项目。ADL能力的训练指导要让患者学会完成日常生活自理的技巧,帮助病残者维持、促进和恢复自理能力以改善健康状况和生存质量,由依赖他人帮助到自理。在ADL的康复护理训练指导下,应把握的原则是不产生失用,不产生误用,最大限度恢复自理能力。

### 参考文献

- [1] Smith DS,Clark MS. Competence and performance in activities of daily living of patients following rehabilitation from stroke[J]. Disabil Rehabil,1995,1:15—23.
- [2] 郑彩娥,张菊芳,林伟,等.康复护理ADL评定量表的设计[J].中国康复医学杂志,2004,19(1):61—62.
- [3] 郑彩娥,潘克勤,丁燕萍,等.康复护理ADL评定量表信度效度的研究[J].中华物理医学与康复杂志,2004,26(3):165—167.
- [4] 张菊芳,郑彩娥,蒋小毛,等.康复护理ADL评定量表简介[J].中国康复医学杂志,2004,19(6):471—472.
- [5] 燕铁斌,窦祖林,主编.实用瘫痪康复[M].第1版.北京:人民卫生出版社,1999.105—110.
- [6] 卓大宏主编.中国康复医学[M].第2版.北京:华夏出版社,2003.122—123.
- [7] 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—178.
- [8] 司惠芳,梁岗萍,刘向真,等.脑卒中肢体功能康复现状综述[J].中华护理杂志,2004,39(7):535—536.