

康复, 不仅从病理、生理给予康复指导, 而且从心理上进行护理干预, 最大限度地激发患者潜在的心理资源, 充分掌握患者不同时间的心理状态, 挖掘心理康复的潜力, 及时纠正患者的心理障碍, 协助患者渡过危机, 以有效的方式去处理所面对的困难或挫折, 提高战胜疾病的信心, 有利于患者抑郁的康复, 从而加强主动性康复训练, 提高生存质量。

参考文献

[1] Pohjavaara T, Leppavuori A, Siira I, et al. Frequency and

elinie.determinants of post-stroke depression [J]. Stroke, 1998, 29: 2311—2317.

[2] 张捧玉, 白炜炜, 王贵玲, 等. 脑卒中后抑郁的早期干预对近期康复预后的影响[J]. 中国临床康复, 2002, 8(6): 340—341.

[3] 周维金, 王玉琴, 崔利华. 脑卒中康复研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2002, 17(2): 124—127.

[4] 姚传芳. 情感性精神障碍 [M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998. 210—213.

[5] 王刚, 崔利华, 郭怡, 等. 脑卒中后抑郁的发生率及相关因素[J]. 中国康复医学杂志, 1998, 13(5): 216—217.

· 康复护理 ·

康复训练配合护理对格林-巴利综合征肢体肌力及 ADL 的影响*

胡桂芳¹ 任忠夫² 张晓霞¹ 徐晓霞² 徐 扬¹

格林-巴利综合征 (Guillain-Barre syndrome, GBS) 又称急性感染性多发性神经炎 (acute infectious polyneritis), 是一种主要侵犯运动神经根及其周围神经的急性自身免疫性疾病。临床主要表现为四肢对称性瘫痪, 严重者可以出现呼吸肌麻痹。积极而正确的早期康复训练及护理对患者的预后具有重要影响。现将康复护理体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院神经内科 2003—2006 年收治 GBS 患者 60 例, 均符合 Asbury 的 GBS 诊断标准^[1]。采用随机数字法分为康复护理组 30 例, 男 13 例, 女 17 例; 平均年龄 34.1±24.2 岁; 住院 27.43±10.66 天。常规护理组 30 例, 死亡 1 例, 男 14 例, 女 15 例; 平均年龄 36.93±23.92 岁; 住院 34.03±13.68 天。发病前 18 例有感冒病史, 16 例腹泻病史。两组患者均接受相应的药物治疗、神经内科基础护理和常规护理, 康复护理组增加康复护理技术内容。所有试验对象均签署知情同意书。

1.2 评定方法

治疗前后, 分别采用徒手肌力检查 (manual muscle test, MMT) 和改良巴氏指数评分 (modified Barthel index, MBI) 进行肌力及日常生活能力 (ability of daily living, ADL) 评定, 1 个月、3 个月、半年跟踪随访。两组患者一般资料比较无显著性差异 ($P>0.05$)。治疗前两组患者的肌力及 MBI 评分见表 1—2。

1.3 护理方法及措施

由受过专业培训的护士担任责任护士, 实行 24h 负责制。主要采用 Rood 技术、中枢冲动传递训练 (指导患者反复地通过主观努力, 试图引起相应瘫痪肌群的主动收缩^[2]、被动运动、助力运动、抗阻运动、作业治疗、呼吸肌训练、心理护理。协助患者及家属 2 次/天。护理措施应于入院当天即开始实施。

1.3.1 急性期卧床及昏迷患者: ①预防并发症的发生。②功

能位的摆放, 通常功能位上肢为屈曲位, 下肢为伸展位。具体位置是: 肩关节屈曲 45°、外展 60° (无内外旋); 肘关节屈曲 90°; 前臂中立位 (无旋前或旋后); 腕关节背伸 30°—45° 并稍内收 (即稍尺侧偏); 各掌指关节和指间关节稍屈曲, 由示指至小指屈曲度有规律地递增, 拇指在对掌的中间位 (即在掌平面前方, 其掌指关节半屈曲, 指间关节轻微屈曲); 下肢髋伸直, 无内外旋, 膝稍微屈曲 20°—30°, 踝处于 90° 中立位。可借支具或夹板作固定或支托。③正确的关节被动活动, 每日 2 次以上。活动顺序由大关节到小关节循序渐进, 缓慢进行。被动运动可与按摩交替或配合进行, 并指导患者家属, 不做错误的关节被动活动。④协助并教会患者完成体位转换。

1.3.2 肺部的康复护理: 严重的呼吸肌瘫痪者需气管切开, 对于亚急性期肺功能降低使患者难以咳嗽或深呼吸者, 呼吸肌受到一定的损害, 指导患者练习呼吸体操, 内容包括: ①腹式呼吸训练, 根据患者情况取仰卧位或半卧位、坐位, 让患者一只手放在上腹部 (剑突下), 感觉横膈和腹部的活动, 另一只手放在胸部, 感觉上胸及辅助呼吸肌的活动。经鼻腔做深呼吸, 同时向上隆起腹部而使胸廓运动保持最小。呼气时腹肌和手同时下压腹腔, 以进一步增加腹内压, 迫使横膈肌上抬。通过缩唇缓慢呼出气体, 开始 2 次/天, 10—25min/次, 练习时避免出现头晕、胸闷等过度通气症状, 逐渐增加次数和时间, 恢复自然呼吸习惯; ②缩唇呼吸训练, 患者闭唇经鼻吸入气体后, 缩唇吹口哨样缓慢呼气, 吸气时间与呼气时间为 1:2 至 1:5, 呼吸频率 <20 次/分。③咳嗽训练, 患者在床上取坐位或半卧位, 稍向前弯腰, 手放在剑突下, 深吸一口气。短暂屏气 1s, 再用爆发力咳嗽, 把痰液排出^[3]。

* 基金项目: 山东省卫生厅资助项目 (2005—15)

1 济宁市第一人民医院神经内科, 山东济宁, 272111

2 济宁医学院基础医学部

作者简介: 胡桂芳, 女, 主管护士

收稿日期: 2006—10—30

1.3.3 手套、袜子样感觉异常者, 进行感觉功能训练; 可用针刺、冷热刺激或者让肢体触摸和抓捏各种物品来进行训练。注意保护, 防止皮肤损伤、烫伤等。

1.3.4 生命体征稳定后, 即开始坐位训练, 并保持正确坐姿: 早期直立床站立训练, 直立床的倾斜角度逐渐增加到直立位, 可早期预防体位性低血压、坠积性肺炎、骨质疏松等, 促进早期站立、行走、心肺功能的恢复。

1.3.5 根据肌力, 制定康复护理措施: ①在受累肌肉完全瘫痪、肌电图检查尚无任何动作电位或只有极少的动作电位时, 采用 Rood 技术、关节被动活动, 中枢冲动传递训练, 以防止、延缓、减轻失神经肌肉萎缩。②一旦受累肌肉的肌电图检查出现较多动作电位时, 就开始增强肌力训练, 并进入康复室进一步训练。方法是徒手或利用器械。徒手进行抗阻力运动时, 采用渐进抗阻训练, 所用力量应根据患者抵抗的程度而定, 达到增强肌力的目的。③ADL 训练与肌力增强训练同时进行, 从完全借助到半借助最后到完全独立。

1.3.6 回病房后: 责任护士、值班护士应严格监管患者, 及时发现并阻止错误的运动训练方式, 并告知此病对过劳性无力敏感, 应按训练计划进行, 用减少活动甚至是受累肌肉休息来恢复其力量, 否则可导致肌肉进一步受损。

1.3.7 心理康复护理: 格林-巴利综合征起病突然, 进展迅速, 患者常有焦虑、恐惧、烦躁不安, 要理解同情患者, 鼓励患者树立信心, 通过对患者及家属进行有关疾病的健康教育, 使患者能正确认识格林巴利综合征的特点, 从而科学地配合各种治疗, 同时与患者一起制定切实可行的近期康复目标, 并加以督促和指导训练, 使患者能不断看到自己的进步, 积极配合治疗, 主动参与治疗。

1.3.8 出院指导: 嘱患者出院后继续坚持训练, 循序渐进, 持之以恒。不能过劳、过急。能自己完成的事尽量自己做, 并可帮助家人做一些简单的家务。定期回访, 门诊复查。

1.4 统计学分析

采用 SPSS11.0 统计软件包处理分析。资料结果以均数±标准差表示, 采用独立样本 *t* 检验进行数据分析。

2 结果

康复护理组 30 例全部纳入分析, 无死亡和失访病例; 常规护理组 1 例因呼吸肌麻痹而死亡, 29 例患者纳入分析。1 个月后两组患者肌力及 MBI 评分与治疗前比较明显提高 ($P < 0.05$), 见表 1—2, 但康复护理组提高的幅度明显大于常规护理组 ($P < 0.05$)。治疗 1 月后康复护理组与常规护理组肌力评分比较, 除三角肌、髂腰肌无明显差异外, 其余肌肉肌力均有明显差异。

康复护理组患者平均住院 27.43±10.66 天, 常规护理组患者平均住院 34.03±13.68 天, 康复护理组优于常规护理组 ($P < 0.05$), 住院日缩短。

3 讨论

格林-巴利综合征是最常见的引起急性神经肌肉麻痹的疾病, 其主要病变是周围神经广泛炎症性脱髓鞘, 临床表现为运动障碍、感觉障碍, 严重者可出现呼吸肌麻痹。国内格

表 1 两组患者治疗前后 MMT 肌力评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

	康复组(n=30)		常规组(n=29)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
三角肌	2.50±0.97	3.97±1.10	2.62±1.15 ^①	3.48±1.38 ^①
肱二头肌	2.8±1.20	4.30±0.65	3.10±1.11 ^①	3.79±1.29 ^②
肱三头肌	2.5±1.20	4.07±0.82	2.41±1.21 ^①	3.34±1.54 ^②
髂腰肌	2.87±1.11	4.33±0.08	2.97±1.27 ^①	3.62±1.15 ^②
臀大肌	2.97±1.10	4.13±1.07	2.38±1.29 ^①	3.34±1.32 ^②
股四头肌	3.47±0.90	4.47±0.73	2.66±1.23 ^①	3.62±1.15 ^②
腓绳肌	2.30±1.09	3.57±0.86	1.79±1.15 ^①	2.34±1.40 ^②
胫前肌	2.4±0.97	4.00±1.08	2.28±1.10 ^①	3.00±1.41 ^②

与康复护理组比较: ① $P > 0.05$, ② $P < 0.05$

表 2 康复护理组与常规护理组治疗前后 MBI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后	治疗前后差值
康复护理组	21.67±20.01	84.33±16.95	62.67±20.67
常规护理组	21.93±4.07	62.41±24.59	41.03±23.96
<i>t</i>	0.116	3.998	3.718
<i>P</i>	>0.05	<0.05	<0.05

林-巴利综合征患者的护理常规包括绝对卧床休息、保持呼吸道通畅、拍背排痰及气管切开后的气管护理, 但常规护理中对患者的功能恢复和指导康复训练研究较少, 只重视生命的抢救而忽略运动功能残疾的预防, 大多被动地等待其运动功能和感觉功能的自然恢复。一些患者可在几周至数月内自然恢复, 另有 25% 患者形成残疾^[1], 如掌指关节挛缩、拇指外展受限、足下垂等。主要原因是: 肌肉无力、肌肉萎缩、关节挛缩等。通过康复训练, 对格林-巴利综合征患者肌力及 ADL 有明显的提高^[4]。

我们将康复护理技术应用于格林-巴利综合征患者的临床护理中, 患者生命体征稳定后, 对患者早期实施功能位的摆放、关节的被动活动, 采用 Rood 技术、中枢冲动传递训练、助力运动、抗阻运动、作业治疗、呼吸肌训练、感觉功能训练和心理康复护理措施, 把康复护理目标放在防止并发症, 促进受损神经再生, 保持肌肉质量, 迎接神经再支配, 促进运动功能与感觉功能的恢复, 解除患者的心理障碍及改善个人能力障碍。在进行关节、肢体被动活动及肌力康复训练的同时, 尽早开始 ADL 及复合基本动作的训练。由于自始至终坚持循序渐进的科学训练, 致使本组患者在肌力、ADL 积分、坐位、站立平衡、功能独立性有大幅度提高, 个人能力障碍明显改善。本组显示治疗 1 个月后康复护理组的肌力大部分优于对照组。其中三角肌、髂腰肌肌力对比无明显差异, 可能原因是入选的代表肌肉自然恢复快、病例少有关系, 扩大病例数可能有差异。MBI 评分显示, 康复护理组明显优于常规护理组, 治疗前后差值比较康复护理组也明显优于常规护理组。

康复护理技术促进患者的肢体运动功能恢复, 提高 ADL 能力, 缩短住院日, 减少残疾程度, 为早日回归家庭和社会创造有利条件。

参考文献

- [1] 王维治主编. 神经病学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005. 104—105.
- [2] 周士枋, 范振华主编. 实用康复医学[M]. 第 1 版. 南京: 东南大学出版社, 2002. 556.
- [3] 胡艳飞, 胡桂芳. 腹式呼吸训练在颈髓损伤患者中的应用[J]. 护理与康复, 2005, 6(4): 217—218.
- [4] 李洁辉, 纪树荣. 运动疗法对格林巴利综合征肢体瘫痪的康复作用[J]. 中国康复理论与实践, 2002, 8(1): 45—46.