

分情况比较

见表3。两组患者治疗前上肢VAS、简化Fugl-Meyer评分比较无显著性差异($P>0.05$),治疗1个月后,综合治疗组疼痛、运动功能较治疗前均有明显改善($P<0.01$),且优于治疗后单纯运动疗法组($P<0.05$)。

表3 两组患者疼痛VAS、简化Fugl-Meyer评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	VAS评分		Fugl-Meyer评分	
		治疗前	1个月后	治疗前	1个月后
综合治疗组	35	6.64±1.02	2.03±0.75 ^{①②}	27.79±9.15	52.58±10.75 ^{①②}
运动疗法组	32	5.93±1.25	4.17±1.30	28.91±7.03	40.84±11.30

①与治疗前比较 $P<0.01$;②与治疗组运动疗法组比较 $P<0.05$

3 讨论

肩手综合征一般认为与脑卒中患者早期不正确的运动模式导致肩、腕关节损伤、上肢体液回流受阻及中枢神经损伤后血管运动功能障碍等有关^[6]。脑卒中患者在卧床及坐位时,手臂通常会长时间地垂于体侧,其腕关节则处于屈曲位,肩带后缩下沉及前臂内收、内旋;而腕关节屈曲、受压可使上肢静脉回流受阻,进而导致手腕及前臂肿胀(尤其是手指及腕部);另外手关节的过度牵拉也可引起炎症反应,出现水肿及疼痛;输液时液体渗漏也可能是造成肩手综合征的重要原因之一。目前临床对本病无特效治法,我们根据实践,对I期患者采用综合治疗取得明显效果。通过正确的肢位摆放,可预防肩、腕关节的损伤和疼痛,减轻水肿;早期活动肩关节可防止关节粘连性病变,适当的被动、主动活动通过肌肉的收缩、舒张可减轻水肿,有利于患侧上肢的功能恢复。压迫性向心性缠

线疗法通过立即改善循环,促进组织液经淋巴回流,达到减轻水肿的目的;冷热水交替浸泡法促进血管微扩-血管收缩,减轻水肿,改善交感神经紧张性,促进血液循环,缓解消除疼痛。

脑卒中后肩手综合征属于中医“痹证”范畴,由于气血周流不畅而“血停为瘀,湿凝为痰”。我们通过电针疏通肩、手部经络气血,从而减轻疼痛反应、调节患肢血流,进而通过神经反馈到皮质血管运动中枢,发挥良性调节作用。本文研究结果显示,综合治疗组和单纯运动疗法组经治疗后患者上肢的疼痛、关节活动度和运动功能均有改善,但两组在VAS、简化Fugl-Meyer评分及总有效率上均有明显差距,综合治疗组明显优于单纯运动疗法组。提示对于脑卒中后肩手综合征的治疗当以综合治疗为最佳。

参考文献

- [1] 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[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379.
- [2] 缪鸿石,朱镛连.脑卒中的康复评定和治疗[M].北京:华夏出版社,1996.149.
- [3] 何小英.对脑卒中后肩-手综合征分期评估与治疗方法的探讨[J].现代康复,2001,5(6):30—31.
- [4] 王茂斌.偏瘫的现代评价与治疗[M].北京:华夏出版社,1990.226—231.
- [5] 朱镛连.神经康复学[M].北京:人民军医出版社,2001.151—153.
- [6] Patricia MD. Stepstfollow. HongKong:Springer VerlagHongKong, 1991.206—214.

·临床研究·

早期康复教育介入对急性脑卒中患者功能恢复的影响

庞思思¹ 陈喜志² 罗 华¹ 张苏婉¹ 钟 碧¹

摘要 **目的:**探讨早期康复教育介入早期康复训练对急性脑卒中患者功能恢复的影响。**方法:**将62例急性脑卒中患者随机分成康复教育组与对照组,康复教育组在进行早期康复训练前进行科学的康复教育,而对照组只做康复训练。用Barthel指数和简式Fugl-Meyer法对两组患者在入院和出院时各评定一次。**结果:**出院时康复教育组和对照组的Barthel指数和Fugl-Meyer积分分别是72.4±14.8,68.58±28.21和51.6±12.4,38.18±25.26,两组患者的功能均有提高,但康复教育组功能改善程度高于对照组($P<0.01$)。**结论:**早期康复教育介入早期康复训练对急性脑卒中患者功能恢复有积极意义。

关键词 康复教育;脑卒中;早期康复;功能恢复

中图分类号:R493, R741 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2008)-06-0546-02

脑卒中发病率高,虽然目前对其诊断与治疗水平有了明显的提高,但其后遗症发生率仍很高。在存活者中,约75%致残^[1],给家庭和社会带来沉重的负担。为此,探索脑卒中康复的新途径、新思路非常重要^[2]。本研究旨在研讨早期康复教育使急性脑卒中患者主动积极配合早期康复训练后,对患者功能恢复有何影响。

1 资料与方法

1.1 临床资料

所选病例为2005年1月—2007年7月在我院神经内科住院治疗的62例急性脑卒中患者。所有病例符合临床诊断标准并经头部CT和/或MRI确诊的初次发病者,同时符合下列条件:①伴有肢体运动功能障碍;②年龄40—80岁,无严重的心肝肾等脏器疾病;③脑梗死或脑出血发病第1天,神志

1 广东省深圳市横岗人民医院康复科,518115

2 广东省深圳市横岗人民医院普外科

作者简介:庞思思,女,主管技师

收稿日期:2007-11-22

清醒,生命体征稳定 48h。按入院先后顺序将所有病例随机分为康复教育训练组(康复教育组)和对照组。两组病例在性别、年龄、文化程度、病种、Barthel 指数、Fugl-Meyer 积分上无显著差异($P>0.05$),具有可比性。见表 1—2。

表 1 两组患者的一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	卒中类型(例)		文化程度(例)		
		男	女		缺血	出血	高等	中等	小学
康复教育组	32	19	13	64.5±11.6	23	9	6	18	8
对照组	30	17	13	63.8±11.8	22	8	7	16	7

表 2 两组患者治疗前后 Barthel 指数与

Fugl-Meyer 积分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	Barthel 指数		Fugl-Meyer 积分	
		入院	出院	入院	出院
康复教育组	32	35.6±9.6	72.4±14.8	24.8±20.57	68.58±28.21
对照组	30	37.2±10.4	51.6±12.4	22.64±21.29	38.18±25.26
P 值		>0.05	<0.01	>0.05	<0.01

1.2 方法

两组病例均采用神经内科常规治疗与护理,对照组不进行康复教育,只做早期康复训练,早期康复训练的内容包括:①早期正确的肢体摆放、翻身;②患侧肢体的被动运动;③体位的变化训练;④腕关节、踝关节的背伸牵张练习;⑤床边平衡训练;⑥坐、站平衡和转移训练;⑦步行训练。对弛缓期患者特别要注重主、被动姿势的正确性,对痉挛期患者则强调痉挛肌的放松训练;⑧日常生活活动能力的训练;⑨言语训练等。康复训练每日 1 次,每次 40—50min。康复教育训练组在接受早期的康复训练的同时,进行科学的康复教育。

康复教育的方法包括:①心理护理:通过具体分析耐心解释,提高患者对疾病的认识,帮助患者真正领悟到不良认识所带来的结果,消除顾虑和不必要的悲观失望,提高自信心,克服自卑感,并讲解成功的病例,增强患者战胜疾病的信心,从而加强主动性康复训练;②个体化指导:根据患者的具体情况实施一对一指导;③康复教育宣教单:内容包括入院宣教、疾病名称、病因及诱因、临床特点、治疗和护理方法、后果、体位、饮食、早期康复训练的重要性和方法、康复期情况及应对措施;④教育家庭重要成员:把有关知识传授于家属,使其帮助患者遵从教育计划,协助患者做好早期的康复训练。

1.3 康复评定及资料整理分析

患者日常生活活动能力用 Barthel 指数来评定^[3],患者运动功能情况用简式 Fugl-Meyer 评价法评测^[4]。所有患者在入院及出院时按上述两个指标各评定一次。

1.4 统计学分析

所有数据采用 SPSS12.0 统计软件进行统计学分析,计量资料采用 t 检验。

2 结果

入院时两组患者的 Barthel 指数和 Fugl-Meyer 运动功能积分差异无显著性意义($P>0.05$)。出院时对照组两项指标均有改善,但与康复教育组相比,其改善幅度小,两者相比有显著性差异($P<0.01$)。见表 2。

3 讨论

改变患者的行为,使其向着有利于康复的方向发展是患者康复教育的最终目标。通过 Barthel 指数评定和简式 Fugl-Meyer 评价法评测,早期接受康复教育的观察组患者日常生活活动能力、运动功能情况都明显高于对照组,两组差异显著。说明早期康复教育介入早期康复训练对急性脑卒中患者功能恢复程度有正性影响。体现在以下几方面:①功能锻炼正确率提高、运动功能提高。有关疾病知识的讲授使患者了解早期康复训练的重要性,医务人员的演示使患者知道如何进行康复训练、明确了康复训练目的,所以患者及家属能早期、积极、主动参与康复训练;体位知识宣教使患者知道如何变换体位;行为演示与强化策略的运用大大提高了康复训练的正确率。②日常生活活动能力增强。进行早期的康复教育,使患者从被动接受治疗到患者及家属积极主动参与早期康复训练,功能锻炼正确率高,免疫力增强,并发症减少,患者的康复质量明显提高,日常生活活动能力增强。③训练目的明确,积极性提高。越来越多的研究证明,脑卒中后大脑通过功能重组来补偿运动缺陷^[5]。通过耐心的讲解,使患者及家属知道大脑有很强的可塑性和可以功能重组,而实现重组的主要条件是需要训练特殊的活动,特别是早期训练有关的运动动作,对防止代偿、促进脑的可塑性的发展有好处;而缺少有关的训练,可能产生继发性神经萎缩或形成不正常的神经突触^[6]。明白了早期康复训练的重要性,有社会家庭的支持、关心和安慰,使患者恢复回归社会的勇气,患者的主动性大大提高。这也符合生物-心理-社会模式机制^[7]。④焦虑心理轻^[8]。

通过 62 例急性脑卒中患者的观察,说明进行早期的康复教育的观察组患者焦虑心理减轻,日常生活活动能力和运动功能提高,并发症减少,与对照组相比有显著差异。综上所述,我们认为对于急性脑卒中患者进行早期康复教育介入早期康复训练,具有重要意义。

参考文献

- [1] 南登崑.康复医学[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,2004,202.
- [2] 贾子善.努力探索脑卒中康复的最佳环境[J].中国康复医学杂志,2007,22(7):577.
- [3] 南登崑.康复医学[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,2004,74—75.
- [4] 胡永善.早期康复治疗对脑卒中患者运动功能的影响[J].中国康复医学杂志,2002,17(3):145—147.
- [5] 秦延京,王海玲,潘玉.早期康复护理对脑卒中后抑郁康复的影响[J].中国康复医学杂志,2007,22(6):551.
- [6] Tombari D, Loubinoux I, Pariente J, et al. A longitudinal Fmri stud:in recovering and then in clinically stable sub-cortical stroke patients[J].Neuroimage,2004,23(3):827—839.
- [7] 全国卫生专业技术资格考试专家委员会.康复医学与治疗技术[M].第 1 版.北京:人民卫生出版社,2007,492.
- [8] 李曦,王萍,何新红,等.脑卒中后抑郁及相关因素研究[J].中国康复医学杂志,2006,21(2):175—176.