

参考文献

- [1] Srinivasan S, Umapathi T. Paroxysmal autonomic instability with dystonia[J]. Clin Auton Res, 2007, 17: 378—381.
- [2] 刘政疆. 恶性综合征与脑损伤后阵发性自主神经紊乱的鉴别[J]. 国际精神病学杂志, 2006, 33(1): 72—82.
- [3] 魏有东, 朱丹, 董为伟, 等. 脑损伤后阵发性自主神经性不稳与肌张力不全[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2008, 34(6): 333—341.
- [4] Lemke DM. Sympathetic storming after severe traumatic brain injury [J]. Crit Care Nurse, 2007, 27(3): 19—20.
- [5] Rabinstein AA. Paroxysmal sympathetic hyperactivity in the neurological intensive care unit [J]. Neurological Research, 2007, 29(10): 680—682.
- [6] Blackman J, Patrick P, Buck M, et al. Paroxysmal autonomic instability with dystonia after brain injury [J]. Arch Neurol, 2004, 61: 321—328.

· 康复护理 ·

脑卒中偏瘫患者的分期康复护理分析

丁 萍¹

随着诊疗技术的提高,急性脑卒中患者救治率明显提高,然而在其存活者中致残率却高达80%以上。二级康复是指患者在康复病房/中心的康复治疗^[1]。康复护理是实现整体康复计划的重要组成部分^[2],而康复护理模式现处于探索阶段。笔者对根据Brunnstrom分期实施的康复护理进行了分析。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2007年1月—2008年6月我科收治的脑卒中患者48例,均符合全国第四届脑血管病会议通过的诊断标准,并经头颅CT或MRI确诊。本组男36例,女12例,年龄42—82岁,平均 60.2 ± 10.2 岁。脑出血20例,脑梗死28例。随机分为试验组和对照组,试验组24例,男18例,女6例,平均年龄 60.2 ± 8.3 岁;对照组24例,男18例,女6例,平均年龄 59.3 ± 8.5 岁。两组病例在性别、年龄、病情程度上差异无显著($P > 0.05$),具有可比性。两组康复治疗开始于发病后25—42d,治疗时间 $> 90d$;试验组除了常规护理方法外,入院即开始分期康复护理,对照组采用常规康复护理方法。

1.2 方法

1.2.1 分期方法:根据日本大田仁史等修订的《完全图解现代照护》中的简易评价方法对瘫痪侧进行Brunnstrom分期^[3]。手指的分期:患手不能握拳相当于I期,不能五指并拢伸直相当于II、III期,手指稍稍分开相当于IV期,不能做拇指与无名指、小指对掌,食指、中指伸直分开的动作相当于V期,能做此动作相当于VI期。上肢的分期:患侧的手臂完全不能运动,

颤抖、松弛相当于I期,僵硬相当于II期;患侧手臂不能完全上举,腋下分开,肘部屈曲,相当于III期;患侧手臂能举到水平位,相当于IV期;能举到与健侧相同的高度相当于V期或VI期。下肢的分期:卧位下,患侧的膝盖不能伸直,腿不能上举,相当于I期或II期;腿虽然能上举,但是膝盖屈曲,倒向外侧,相当于III期;患侧脚腕不能屈曲相当于IV期;能屈曲相当于V期或VI期。

1.2.2 分期康复护理:两组病例均采用神经内科常规治疗与基础护理,常规PT、OT训练。对照组用常规康复护理方法,试验组实施分期康复护理。

I期:训练深吸气慢呼气,听音乐,使患者全身放松。对患者心理疏导以减轻抑郁、焦虑心理。宣教康复理念,帮助患者树立“自我护理”的信心。指导家属皮肤、肩关节及膀胱的护理,正确协助更衣、患肢活动等。教会患者用健手照顾患手^[4]。监督良肢位摆放:主要采取患侧卧位,加强患肢感觉刺激,预防肢体痉挛的发生^[4]。上肢:肩前伸、外展、外旋;肘伸直;腕背伸;手伸直,拇指外展。下肢:髋内旋、前伸、微屈;膝微屈;踝中立。坐位训练^[5]。防止肩关节脱位;坐位时使用腰包,将尼龙搭扣缝在腰包上,固定手腕,使肘屈曲 90° ^[3];协助改变体位时,不可牵拉患侧上肢。建立正常的生活习惯:坐位进食、如厕排便等。指导患者用健手做力所能及的日常活动。

II、III期:进入痉挛期,可进行坐位平衡、坐-站、站位平衡、步行训练,应正确引导、及时鼓励患者,以减轻急躁、恐惧心理。指导家属选择合适的轮椅^[3];增加患者坐位的时间,利用重力缓解、治疗挛缩;清洗患手从指间开始,中指不动,其余手指向两边分开。监督患者独立翻身、坐起、坐轮椅移动,

1 宁波康复医院, 315040

作者简介: 丁萍,女,主管护师;收稿日期: 2009-03-17

尽量减少协助。步行时注意调整重心、纠正步态。进行“一步训练”^[6]。

IV—VI期:患肢出现随意运动时,鼓励患者进行主动运动。如:Bobath握手、床上个体化桥式运动^[7]。在保证运动质量的基础上,提高速度、耐力。对于年龄大,康复进展缓慢的患者,护士应多陪伴,及时发现微小进步,鼓励患者坚持训练,避免患者产生安于现状、依赖心理。提高日常生活能力:右手瘫,多练习写字、系扣子、进食等;左手瘫,练习双手做动作如拧毛巾、切菜、编织、传球等。指导上下楼梯,运用“运动想象疗法”纠正患者步态^[8]。

1.2.3 感觉障碍:防止患肢烫伤、刮伤等。吞咽障碍:嘱患者练习张口、鼓腮、扣齿、伸舌,进食指导。偏盲:从视野正常的一侧接近患者,避免从视野狭窄的一侧快速做动作,会引起恐惧感。失语:与患者交流用图片、卡片选择。命名性失语护理时要反复说出名称,强化记忆。要重复听到的内容,不要反问“你说什么”。单侧忽略:患侧提醒,提高对患侧的注意力。

1.2.4 出院指导:指导家属改造患者生活环境,建立无障碍设施。每天坚持训练累计3—4h。循序渐进,持之以恒。定期复查,不适随诊。

1.3 评定方法

入组时、病程3个月由同一医生在单盲的情况下用改良Barthel指数(MBI)测定、运动功能测定(FMA)进行评定。

1.4 统计学分析

统计资料采用SPSS11.5统计软件包进行t检验、组间以 $\alpha=0.05$ 为水准。

2 结果与讨论

见表1—2。

脑血管病患者生存质量的好坏,很大程度上取决于瘫痪肢体功能恢复的程度。规范的三级康复治疗能够明显提高患者的综合功能水平^[9]。其中,二级康复治疗的效果非常重要,应该规范二级康复治疗中的每个流程。笔者根据布氏分期实施的康复护理,统计分析表明:试验组患者的运动功能及日

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

组别	例数	入组时	3个月
试验组	24	19.21±12.81	26.33±12.63
对照组	24	19.69±13.20 ^①	20.10±13.25 ^②

与试验组比较:① $P>0.05$,② $P<0.05$

表2 两组患者治疗前后 MBI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	入组时	3个月
试验组	24	28.66±11.62	75.24±12.84
对照组	24	27.87±16.49 ^①	50.39±16.39 ^②

与试验组比较:① $P>0.05$,② $P<0.05$

常生活活动能力评分均显著高于对照组($P<0.05$)。根据布氏分期进行的康复护理,集中解决患者运动功能及日常生活活动能力问题,突出了脑卒中偏瘫康复护理的特点,更有条理,更规范。采用简易的布氏分期法,易于患者配合,操作性强,便于护理人员记忆,易于临床推广。

参考文献

- [1] 胡永善.脑卒中三级康复治疗方案的探讨[J].中华全科医师杂志,2005,4(12):712—714.
- [2] 谢德利.现代康复护理[M].北京:科学技术文献出版社,2001.38—39.
- [3] 大田仁史,三好春树主编.赵红,周宇彤,李玉玲译.完全图解现代照护[M].北京:科学出版社,2007.210—222;213;212;20—21.
- [4] 顾玲,胡永善,李丽华,等.脑血管病患者偏瘫恢复期的规范化康复护理[J].中国康复医学杂志,2007,22(1):73—74.
- [5] 脑血管病三级康复治疗方案研究课题组(A组).三级康复治疗改善卒中偏瘫患者综合功能的临床研究[J].中国康复医学杂志,2007,22(1):3—8.
- [6] 吴敏.康复护理学[M].上海:同济大学出版社,2008.38—39.
- [7] 高强,关敏,奚颖,等.个体化桥式运动强化训练对卒中偏瘫患者的影响[J].中国康复医学杂志,2008,23(9):803—806.
- [8] 闫彦宁,赵斌,贾子善,等.运动想象在卒中偏瘫患者步态恢复中的应用[J].中国康复医学杂志,2008,23(1):57—59.