

急性脑梗死偏瘫患者早期康复训练探讨

毛海秀 梁美兰 周放林
(江西省高安市中医院 高安 330800)

关键词: 脑梗死; 偏瘫; 早期康复

中图分类号: R 743.3

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.058

脑梗死是发病率高、致残率高的一种常见疾病,近年来随着人们生活水平的提高,我国人群中发病率逐渐上升,而且发病年龄也逐渐年轻化。虽然急性脑梗死的诊断和治疗水平有了明显提高,但其后遗症发生率仍很高,在存活者中 60%~80%遗留不同程度的功能障碍,其中约 15%的患者日常生活不能自理,给家庭及社会带来了沉重的负担。近年来,国内学者主张在发病后应尽早进行康复训练,最大程度地促进功能恢复,减轻残疾。我院 2006 年 10 月~2007 年 10 月对急性脑梗死患者制定了一套早期系统化护理程序及康复治疗措施,实施后取得了理想疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 76 例脑梗死患者,男 38 例,女 38 例;年龄 58~83 岁,平均(60.6±13.7)岁。均符合 1995 年全国第四届脑血管病会议通过的诊断标准^[1],并经 CT 或 MRI 证实,入院时生命体征平稳。2006 年 10 月~2007 年 10 月在我科住院治疗的 38 例急性脑梗死患者作为早期康复组,另择以往患者 38 例作为对照组。两组患者年龄、性别、病情程度、发病积分以及既往史积分均无明显差异($P>0.05$)。

1.2 方法 对照组采用常规治疗及恢复期训练,早期康复组在常规治疗的同时,加用我科制定的急性脑梗死患者早期系统化护理程序及康复治疗措施。

1.2.1 常规治疗 抗凝、改善脑供血、保护脑细胞及促进神经细胞代谢治疗。

1.2.2 康复训练方法 病情稳定后,评价肢体功能残损程度,并根据偏瘫的恢复规律,制订相应康复计划,采取护士与患者“一对一”的训练方式,每日 1 次,每次 30~60min,其余时间由家属协助完成训练。与此同时重视心理疏导,让患者主动接受治疗,明确康复近、远期目标,保证康复训练计划顺利完成。具体训练方法包括三个阶段:第一阶段:患侧肌力在 3 级以下时,一般处于卧床期,如生命体征平稳,入院 48h 即可开始早期训练,首先向患者或家属说明床上训练的必要性,使他们积极配合,注意偏瘫肢体功能位置的摆放、关节活动范围的训练,练习床上翻身、移动,侧卧位时以健侧卧位为最佳体位,

先进行被动活动,随后诱导偏瘫肢体的随意运动,并鼓励指导患者利用健手带动患手作主动运动;如肌力达到 2~3 级时,开始进行坐起及坐立平衡训练,随着病情的稳定和肌张力的增加逐渐增加肢体活动量,鼓励病人用健侧手臂从事自我照顾的活动,如进食、穿衣等日常生活训练,以实现自我价值感。第二阶段:患侧下肢肌力达到 3 级以上时,即可进行站立及步行训练。作站立训练时开始在有依靠下站立,如背靠墙、扶拐等,同时指导坐站练习、登台阶练习,或坐在床沿摆腿数分钟,以改善下肢肌力。随着肌力改善,从开始无依靠站立逐步向步行过渡。在步行动作基本完成时,要注意及时纠正不良步态,如足内翻畸形、尖足步态及膝关节控制能力差等,并认真给予正确指导或采取相应的辅助用具。开始步行时以病人耐受为主,循序渐进以逐步增加活动程度,稍有进步即给予鼓励,以增强病人训练信心。第三阶段:患侧肌力达到 4 级以上时,重点进行上下楼梯、室外步行及生活自理能力训练,这是获得独立生活的主要方法。一般以上肢练习为主,加强掌指关节活动与拇指的对指练习,以促进手功能恢复,先学习用手提物、放下,逐步提放较大物件如皮球、哑铃等,进而学习日常精细动作,如使用勺、筷子、梳子等,患者在学好抓握基础上练习自己洗脸、刷牙、梳头,由此获得生活自理的满足感。

1.3 疗效评定标准 临床神经功能评价标准参照全国第四届脑血管病学术会议通过的脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准^[2]。两组患者在入院 48h 及入院第 21 天,按上述标准各进行 1 次评分比较。

1.4 结果 康复组有效率为 97.4%,对照组有效率 92.1%,差别不太明显,但康复组显效率(60.5%)明显优于对照组(31.6%)。见表 1。

表 1 两组疗效比较 例(%)					
分组	n	基本痊愈	显著进步	进步	无变化
康复组	38	3(7.9)	23(60.5)	11(28.9)	1(2.6)
对照组	38	0(0)	12(31.6)	23(60.5)	3(7.9)

2 讨论

2.1 康复训练 在急性脑梗死发生后,缺血病灶中心,完全性缺血的组织,在短时间内完全坏死,出现

多孔可塑有机玻板外固定浮动胸壁的疗效及护理

刘桂凤

(江西省肿瘤医院 南昌 330029)

关键词:浮动胸壁;胸壁软化;可塑有机玻板;护理

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.059

创伤性多根多段肋骨骨折,易造成胸壁软化,形成浮动胸壁(连枷胸),出现反常性呼吸,严重影响呼吸循环机能。我院自 1986~2006 年共收集此类病人 16 例,其中 15 例除一般治疗外,均行多孔可塑有机玻璃板外固定治疗,获得良好效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 15 例全部为男性,年龄 26~54 岁,伤因均为巨大暴力冲击,伤后即入院,均有不同程度的休克、血胸、气胸,合并其他部位损伤(如:骨盆、四肢、肩胛骨、胸骨、锁骨等)。本组肋骨骨折最少 3 根,最多 10 根,平均 7 根,均为胸壁或侧胸壁的多根多段骨折。

1.2 治疗方法

1.2.1 保持呼吸道通畅 病人一律及早给氧,以 40%氧浓度、氧流量 2~4L/min 保持呼吸道畅通。合并头面部骨折者,一定要彻底清除呼吸道的血块、积痰及异物;喉头水肿或昏迷病人舌后坠,可用舌钳夹出,于口内置一通气道,以利通畅,或行气管插管,必要时行气管切开。经常检查鼻导管,使之畅通,长时间间断吸氧,24h 更换鼻导管一次,并改为另一侧鼻孔插管。

不可逆性改变。药物治疗的目的仅仅在于挽救坏死灶周围的功能受损的缺血组织(即通常所说的缺血半暗带区),通过降低脑水肿控制血小板聚集、降低血液黏稠度、改善侧枝循环等增加局部血液供应,促进部分神经细胞功能的恢复,故一般的药物治疗可有一定治疗作用,但是完全坏死的脑细胞已不可能恢复功能。早期康复训练对促进侧枝循环式的轴突突触联系的建立、对侧大脑半球的代偿及功能重组,可起到积极作用。同时通过康复训练可刺激肢体的固有感受器,诱发运动感觉,促进神经、肌肉建立新的联系,使肌肉早日恢复自主活动,从而可避免瘫痪肢体无活动和不重视被动运动,以至形成关节挛缩而造成废用性退变^[1]。从 76 例患者对比观察看,康复组显效率为 60.5%,对照组为 31.6%,说明早期康复训练可显著改善脑梗死患者的肢体功能。

2.2 康复时机 目前,一致认为康复应早期进行,

1.2.2 纠正休克 (1)建立静脉通路,迅速补充血容量。选择静脉时,在考虑患者体位、活动、病变部位的同时,应挑选血管粗大、血流量多、固定可靠的静脉。(2)若行锁骨下静脉穿刺,要在右侧进行,导管插入后立即做胸部 X 线摄影,以检查导管的位置及有无并发气胸。(3)急救开始点滴要用细胞外液补充(乳酸钠加林格氏液),或低张性电解质液。

1.2.3 血气胸的减压和处理 胸壁软化患者,一般同侧均有血气胸,如血气胸已作闭式引流,穿针时应先把引流管提出水面,使肺萎缩,以免伤及肺部。

1.2.4 浮动胸壁外固定^[1] 用一块比软化胸壁范围略大的有机玻璃板,上钻多个小孔,放入 70℃ 热水中浸泡塑成胸廓所需弧度。局麻后用巾钳提起软化胸壁,于肋上缘皮肤切小口,用大号皮肤缝针穿过胸壁软组织,绕至肋骨内侧面,连同壁层胸膜经游离胸腔、从肋下缘穿出,导入钢丝,固定于有机玻璃板上。呼气时固定板挡住浮动胸壁,使之能鼓起;吸气时因断端肋骨被钢丝悬吊在固定板上,使之不能下陷,从而起到固定作用。

1.3 结果 本组 15 例采用本法治疗,效果满意。折断的肋骨能在近乎正常的位置上愈合,术后病人能起床活动,愈合后胸壁畸形不明显。

越早肢体功能恢复越好。所谓早期康复是指病人在患病后,只要生命体征稳定、神志清楚、神经系统症状不再恶化 48h 后,即可进行康复,一般 1 周内大都可以进行康复训练^[4]。本组资料通过对 76 例急性脑梗死患者的对比观察认为,常规脑血管病药物治疗配合早期康复训练可明显降低脑梗死的致残率,且康复介入时间越早疗效越好。因此,临床医务工作者要及时正确引导病人早期训练,以免错过康复的最佳时机。

参考文献

[1] 王新德.各种脑血管疾病诊断要点[J].中华神经精神科杂志,1998,21(1):60-66
[2] 陈清棠.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29(6):381-383
[3] 曹丽华,白玉海,李艳,等.脑卒中早期肢体助力运动康复的疗效[J].中风与神经疾病杂志,2000,17(3):181-182
[4] 朱镛连.加强神经康复学的研究工作[J].中华神经科杂志,1998,31(4):195

(收稿日期:2009-06-30)