

# 早期康复训练对急性脑梗死患者肢体功能恢复的影响

刘桂英

(内蒙古医科大学附属医院神经内科, 内蒙古呼和浩特, 010050)

**[摘要]** 目的 探讨早期康复训练对急性脑梗死患者肢体功能恢复的影响。方法 对 30 例急性脑梗死患者实施早期肢体功能康复训练, 12 周后, 采用肢体痉挛状态量表 (Ashworth)、运动功能状态积分量表 (Fugl-Meyer) 对训练前后疗效进行测评。结果 患者肢体功能恢复有效率为 93.3%。结论 早期康复训练可提高急性脑梗死患者肢体功能的恢复。

**[关键词]** 急性脑梗死; 肢体功能; 康复训练

**[中图分类号]** R473.7 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8283(2014)02-0053-03 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.02.17

## Effect of early rehabilitative training on limb function of patients with acute cerebral infarction

Liu Guiying // Modern Clinical Nursing, -2014, 13 (2):53.

**[Abstract]** **Objective** To study the early (onset time in 1 h~7 d) rehabilitative training on the limb function of patients with acute cerebral infarction. **Methods** 30 patients with acute cerebral infarction (1h~7d) were intervened with early rehabilitative training on limbs for 12 weeks. Ashworth limb spasticity scale and Fugl-Meyer motor function scale were used to assess the rehabilitative effect before the training as well as after the training. **Results** The score by Fugl-Meyer motor function scale after rehabilitative training was significantly higher than before training ( $P < 0.05$ ), and the score by Ashworth limb spasticity scale significantly lower than before training ( $P < 0.05$ ). The total effective rate of rehabilitative training was 93.3%. **Conclusion** Early rehabilitation training in patients with acute cerebral infarction is effective for the general recovery of their limb functions.

**[Key words]** acute cerebral infarction; limb function; rehabilitation training

脑梗死患者约 60%~80% 的患者遗留不同程度的功能障碍<sup>[1]</sup>,严重影响患者的生活质量,给患者及家庭带来严重的痛苦。研究显示<sup>[2]</sup>,早期功能康复训练对促进患者肢体功能的恢复有重要意义,可以最大程度地促进功能恢复,减少后遗症的发生。本科室 2011 年 5 月~2012 年 5 月对急性脑梗死患者实施早期康复训练,探讨早期康复训练对肢体功能状态的影响,以期改善患者的肢体功能、降低致残率提供临床依据。现将方法和结果报道如下。

**[收稿日期]** 2012-11-06

**[作者简介]** 刘桂英 (1969-),女,陕西府谷人,副主任护师,本科,主要从事临床护理工作。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2011 年 5 月~2012 年 5 月在本科室住院治疗患者 30 例,经 CT、MRI 确诊为脑梗死后伴偏瘫、失语患者,病程 1 h~7 d。其中男 18,女 12 例,年龄 40~70 岁,中位数 55.0 岁。排除重症糖尿病、血液病、严重心脑血管并发症、视野缺损者,无精神疾患史及意识障碍者。

### 1.2 方法

**1.2.1 翻身训练及按摩** 患者入院后,即给予良肢体位摆放,床头抬高 15~30°,每 2 h 给予翻身变换体位,于病情稳定 4~6 d 开始训练患者翻身,采

[5] Stege G, Fenton A, Jaffray B. Nihilism in the 1990s: the true mortality of congenital diaphragmatic hernia [J]. Pediatrics, 2003, 112 (3): 532-535.

[6] 王彦芳,刘军节. 产后出血的原因分析及护理 [J]. 现代临床护理, 2009, 8 (12): 46-47.

[7] 李艳,罗琳,杨咏茹. 1 例采用多科合作宫外产时处理

方式治疗胎儿腹裂的护理 [J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28 (1): 51-52.

[8] 王晓丹,李美清,谢曼英,等. 保温措施下腹部手术婴幼儿术中低体温发生的影响因素分析 [J]. 现代临床护理, 2012, 11 (10): 7-9.

[本文编辑:刘晓华]

取双侧活动时手的抗痉挛模式,双上肢伸向天花板,健侧下肢屈起,用力支撑向患侧翻身。按摩对神经修复和功能恢复有重要影响,每天用温热水擦洗患侧肢体2次,睡前用50%乙醇进行按摩,牵伸挛缩的肌肉、肌腱及关节周围组织,对肌张力低的肌群则予以擦摩和揉捏<sup>[3]</sup>,对肌张力高的肌群采取安抚性质的推摩使其放松。手法要轻柔、舒缓、幅度由小到大有节奏,每个动作3~5次,1次动作3~5s,按摩时注意从近端关节开始,再至远端关节以促进患肢血液循环。

**1.2.2 床上肢体锻炼** 在患者翻身能力提高后,进一步开展床上肢体锻炼。取仰卧位与平卧位交替,尽量减少患侧卧位,护士站于患侧,采取一对一形式,上肢训练由肩关节、肘关节、腕关节至手指关节,每个部位做屈曲、内收、外展、内伸展运动,下肢髋关节做伸展、内收、外展、内旋、内展运动,屈曲踝关节,活动趾关节<sup>[4]</sup>。每个部位做10次,每次2~3min。嘱患者用健侧上肢带动患侧上肢上举至头顶,使肩关节充分前伸,而后再将双上肢放置腹部,如此反复进行,注意开发健肢的潜能;下肢健足插入患足之下向健侧移动,每个动作做10~20次,每天3~5次。

**1.2.3 坐位训练** 指导患者由卧位坐起,逐步达到坐位平衡,背部垫以被褥,让患者靠着锻炼躯干肌肉,后在协助下床档起坐和独立坐起,能在床上稳坐后,可坐床沿,两下肢下垂,训练双下肢运动,准备下地站立和跨步。

**1.2.4 站立及步行训练** 待患者肢体肌力有所恢复,即可开展站立和步行训练,协助患者下床,起初可由医护人员或家属扶着站立,逐步过渡到患者自己扶着床栏,当其能独立站立和保持体位平衡后,开始跨步动作跨步训练必须有专人陪护,注意不要让患者急于行走,主要是让其体会迈步的感觉及保持平衡,逐步达到能自己扶拐或手杖行走。为加强训练效果,可采取在瘫痪的下肢(脚上)栓牵引绳,当患者开始迈步时,助手协助往上提绳,使瘫痪脚可以迈步<sup>[4-5]</sup>。训练时出现头晕、头痛应立即停止训练。

**1.2.5 日常自理能力训练** 早期帮助患者逐步恢复简单自理能力,于卧床时就开始进行日常生活

动作训练,包括接物、更衣、漱口、梳头、进食等。关键是训练手的精细动作,如抓握、捻动等,鼓励患者自行完成进食、洗漱等,譬如将毛巾搭在患手上擦脸;洗漱时,先用健手洗脸、刷牙,再锻炼患手;指导穿衣先穿瘫痪侧,后穿健侧,脱衣则先脱健侧,后脱患侧。进食时,应尽量取坐位,健手持筷,患手持碗;不断巩固已恢复的功能,并逐渐锻炼其灵活性以提高生活技能。

**1.2.6 心理支持** 患者对治疗的合作态度和专注程度对康复训练的实施效果有重要影响,对患者的心理支持要贯穿治疗和训练的全过程,专职护士应主动热情地接近患者,向家属及患者说明早期康复训练的重要性,并举实例告诉患者功能障碍经过积极锻炼是可以恢复的,但要有战胜疾病的信心,针对患者各种情绪反应可采用交谈笔记、手势辨认的方法,充分掌握其心理需求,耐心地与患者进行交流,给患者多一些耐心和鼓励,从而使患者配合治疗和训练。在康复护理过程中护士要不断进行评估总结,及时向主治医生反馈信息,以调整训练方案。

### 1.3 评价指标

治疗12周后,采用肢体痉挛状态量表(Ashworth)、运动功能状态积分量表(Fugl-Meyer)对训练前后疗效进行测评。Ashworth按被动活动关节牵拉痉挛肌的阻力出现时间及强度,将痉挛的程度从0~Ⅳ分为6个等级。0级为肌张力正常,Ⅰ级和Ⅰ<sup>+</sup>级为轻度痉挛,Ⅱ级为中度痉挛,Ⅲ级和Ⅳ级为重度痉挛<sup>[5]</sup>。Fugl-Meyer评定反映肢体功能情况,包括反射、协同运动、关节角度等评定。Fugl-Meyer上肢功能测定有33项,每项分值有0分、1分、2分。最高分为66分,表明上肢的功能活动完全正常,相当于5级肌力,最低分为0分,相当于0级肌力<sup>[6]</sup>。依据第四届脑血管病学术会议关于脑梗死患者肢体功能疗效评定标准<sup>[3]</sup>对患者总体疗效进行综合评定。疗效评定标准:①痊愈,偏瘫肢体肌力基本恢复,生活自理;②显效,肢体肌力明显改善,洗脸、刷牙、行走等需要帮助下完成;③有效,下肢功能基本恢复,上肢功能基本丧失;④进步,下肢需要手杖行走,上肢功能丧失,完全不能自理;⑤无效,上下肢功能基本丧失。总有效率=痊

愈率 + 显效率 + 有效率 + 进步率。

#### 1.4 统计学方法

数据采用统计描述。

## 2 结果

训练后患者肢体功能疗效情况:痊愈 4 例,显效 13 例,有效 7 例,进步 4 例,无效 2 例,肢体功能恢复有效率为 93.3%。

## 3 讨论

### 3.1 早期康复训练可提高急性脑梗死患者肢体功能恢复

现代康复医学认为<sup>[2]</sup>,肢体功能的康复有一个自然的恢复过程,但速度很慢,程度也不理想,如果不积极地进行早期功能训练,就会错过恢复的最佳时期,影响最终恢复程度和生活质量,任何疾病发作之时,康复训练即应开始。脑梗死患者因脑动脉粥样硬化,进而导致中枢神经系统遭到破坏,引起神经功能障碍,正常运动的传导受到干扰。大脑皮质、锥体束在受损后由于不可逆的中枢神经元损伤,其功能恢复靠单纯的药物治疗很难实现;神经受损导致的运动障碍的康复效果,主要取决于康复训练开始的时间,早期的康复治疗 and 坚持不懈的功能锻炼是降低脑梗死致残的关键<sup>[7-8]</sup>。Mager 等<sup>[9]</sup>认为,早期康复功能训练可改善大脑皮质的厚度和营养成分;加强神经系统的兴奋性和应激性,抑制痉挛,可明显促进神经侧支循环及神经轴突突触联系的建立,使之形成新的神经通路,达到功能代偿及功能重组。徐道华等<sup>[10]</sup>认为,早期康复无论是在 7 d 内还是在 2 周以内实施,恢复率均比发病 2 周后进行康复训练和未实施康复治疗的患者高。本研究结果显示,经过各种康复训练及护理 12 周后,患者肢体功能恢复有效率为 93.3%。

### 3.2 注意要点

早期康复训练要注意因人施治,根据患者的不同情况选择适宜的训练方式,对患者早期进行

康复训练,必须注重从心理 - 生理 - 功能达到最大限度地协调和统一,要正确地判断患者运动模式所处的不同阶段,由易到难逐步适应,训练中要随时观察患者的反应,对异常的运动模式应予以阻止,勿使患者感到疼痛和疲劳。

## 4 结论

综上所述,早期实施科学的康复训练措施有利于急性脑梗死患者肢体功能的恢复,对减少患者残障的发生有着十分重要的意义,值得临床推广。

### 参考文献:

- [1] 李连伟,宋道平,张婕,等.综合物理疗法治疗脑梗死[J].中国康复医学杂志,2011,12(2):3150-3151.
- [2] 杨艳.急性脑梗死偏瘫患者早期康复的临床研究[J].中国老年保健医学,2009,1(4):27-28.
- [3] 代伟,赵英武.早期康复治疗在急性脑梗塞患者中的应用研究[J].河北医学,2011,11(9):1606-1609.
- [4] 中华神经科学会.全国第四届脑血管病学术会议各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379.
- [5] 杨金姝.Ashworth 量表法评定痉挛的信度探讨[J].中国康复理论与实践,1998,4(1):31.
- [6] 燕铁斌.实用瘫痪康复学[M].北京:人民卫生出版社,1999:171-179.
- [7] 任萍萍.脑梗死早期康复治疗效果观察[J].中国社区医师(医学专业),2010,12(17):63.
- [8] 刘童,刘玉英.脑梗死患者的早期康复训练[J].中国社区医师(医学专业半月刊),2009,11(15):1290-1291.
- [9] Mager HJ,Overtoom TT,Mauser HW,et al. Early cerebral infarction after embolotherapy of a pulmonary arteriovenous malformation[J]. J vasc Interv Radiol, 2001,12(1):122-123.
- [10] 徐道华,殷立青,衣永尚.早期康复治疗对急性脑梗塞患者生活能力的影响[J].中医学报,2011,5(2):214-215.

[本文编辑:郑志惠]