

# 肢体功能锻炼“三期十步法”在脑卒中偏瘫病人康复训练中的临床观察

张洁,徐艳

**[摘要]**目的:观察肢体功能锻炼“三期十步法”对脑卒中病人生活自理能力及肢体运动功能的干预效果。方法:选择 2014 年 4 月至 2015 年 3 月脑卒中病人 157 例随机分为对照组和干预组。对照组给予脑卒中常规治疗及护理,干预组在对照组基础上采用肢体功能锻炼“三期十步法”进行有计划的康复锻炼。结果:2 组病人干预后生活自理能力、神经功能缺损评分和脑卒中预后评估均较干预前有所改善( $P < 0.05 \sim P < 0.01$ );干预组干预后 3 项改善效果均优于对照组( $P < 0.05 \sim P < 0.01$ )。结论:肢体功能锻炼“三期十步法”对脑卒中病人生活自理能力及肢体运动功能的恢复有良好的促进作用。

**[关键词]** 脑卒中;偏瘫;肢体功能锻炼;三期十步法;康复

**[中图分类号]** R 743.3

**[文献标志码]** A

**DOI:**10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2017.04.039

脑卒中是急性脑循环障碍导致局限性或弥漫性脑功能缺损,通常包括脑出血、脑梗死、蛛网膜下腔出血<sup>[1]</sup>。目前,我国逐渐步入老龄化社会,脑卒中发病率也逐年上升,随着脑卒中的诊断与抢救水平明显提高,其病死率大大降低,但致残率仍高达 70%~80%<sup>[2-3]</sup>,给病人及其家庭在精神上和经济上带来了极大的负担,严重影响病人的生存质量。在常规治疗的基础上,我科采取肢体功能锻炼“三期十步法”对病人进行早期康复干预,现就此法对脑卒中偏瘫病人肢体功能改善的影响作一报道。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2014 年 4 月至 2015 年 3 月收治入院的病人 157 例,入选标准:符合 1995 年全国第 4 届脑血管病学术会议制订的脑卒中诊断标准<sup>[4]</sup>;首次发病;意识清楚,无智力障碍,能够配合;遗留有不同程度的肢体功能障碍;住院期间在 2 周以内,生命体征平稳;病人及家属对本研究知情同意。排除标准:并存心、肾等脏器损害及严重的脑出血病人。按入院顺序分为干预组 76 例,其中男 44 例,女 32 例;对照组 81 例,其中男 46 例,女 35 例。2 组性别、年龄、文化程度、病残分级均具有可比性。

**1.2 方法** 2 组均采用神经内科常规治疗和护理。干预组除常规治疗和护理外采用肢体功能锻炼“三期十步法”分阶段对病人进行康复训练,并制定训练计划。

**1.2.1 超早期(共一步)** 发病 < 24 h,监测及维护

病人生命体征的稳定,同时保持病人良肢位摆放。病人仰卧位时患侧上肢肩胛骨下垫软枕,肩关节外展与身体成 45°,肘关节、腕关节伸展,掌心向下;患侧下肢腰和髋部下垫软垫,髋关节内旋,膝关节弯曲,膝下垫一小枕;病人患侧卧位时患侧上肢肩向前伸,前臂后旋,肘、腕伸展,手掌向上,手指伸开;患侧下肢在后屈膝,被动背屈踝关节。

**1.2.2 早期(共八步)** 发病第 1 周,生命体征稳定后可进行肩、肘、髋及膝关节的上下抬举和屈伸等肢体被动活动。活动的幅度从小到大,用力适度,2~3 次/天,每次 15~30 min,以心率变化不超过原有心率  $\pm 10\%$  为宜。第一步:病人仰卧,操作者手握患侧肩关节和腕关节,使其掌心向上,肘伸直,做外展式运动,使患侧肩关节做内旋式运动;第二步:病人仰卧,操作者手握患侧肘关节和腕关节,做伸直运动及屈曲运动;第三步:病人仰卧,操作者手握患侧手指关节和腕关节,做腕关节屈曲和伸展运动;第四步:病人仰卧,操作者手握患侧手指背侧,掌心对第 2~5 患指端,做屈曲运动及伸直运动;第五步:病人仰卧,健足背置于患足后根部,使患膝伸直,操作者手握双足,缓慢协助病人双足上抬,做屈髋运动;第六步:病人仰卧,操作者手握患足后跟部和膝部,做屈膝运动,再缓慢放下做伸直运动;第七步:病人仰卧,操作者手握患足根部,随另一手带动做内、外旋转踝关节运动;第八步:病人仰卧,双下肢自然伸直,操作者手握患足根部和足底上部,缓慢做外翻内翻运动。

**1.2.3 稳定期(共一步)** 发病第 2 周,病人若无严重认知功能障碍,在以上被动运动基础上进行主动运动。床上自我辅助练习:可用健肢带动患肢在

床上双手指交叉,病人拇指在上,健手带动患手举过头,另外,双腿屈曲撑床抬臀及双脚交叉侧移等运动。

以上各动作缓慢尽力,每次重复运动 10 ~ 15 次,每次 3 ~ 5 s,收回呈起始位。

1.3 疗效标准 于干预前、干预后 1 周、干预后 2 周,分别用日常生活能力评定量表 Barthel 指数评价,总分 0 ~ 100 分,分数越低表明独立性越差,越依赖他人;于干预前、干预后 2 周分别用脑卒中病人神经功能缺损程度(NIHSS)评分<sup>[5]</sup>标准和脑卒中预后评估(iScore)<sup>[6]</sup>标准,评价病人神经功能缺损情况及评估预后情况。NIHSS 总分 0 ~ 42 分,分值越高说明神经功能缺失越严重;iScore 在线评分 0 ~

100%,数值越大预后越差。

1.4 统计学方法 采用 *t* 检验、方差分析和 *q* 检验。

## 2 结果

2.1 2 组病人不同时间点 Barthel 指数比较 2 组病人干预后生活自理能力 Barthel 指数均较干预前明显改善( $P < 0.01$ ),干预组病人改善程度均优于对照组( $P < 0.05 \sim P < 0.01$ )(见表 1)。

2.2 2 组病人干预前后神经功能缺损程度的比较 2 组病人干预后均较干预前有所改善( $P < 0.05 \sim P < 0.01$ ),干预组病人改善程度优于对照组( $P < 0.05$ )(见表 2)。

表 1 2 组病人干预前后 Barthel 指数的比较( $\bar{x} \pm s$ )

分组	<i>n</i>	干预前	干预后 1 周	干预后 2 周	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>MS</i> <sub>组内</sub>
干预组	76	34.28 ± 15.38	46.97 ± 17.17 **	58.36 ± 22.37 **△△	32.14	<0.01	343.92
对照组	81	33.09 ± 16.54	40.65 ± 16.69 **	49.22 ± 20.76 **△△	16.10	<0.01	327.70
<i>t</i>	—	0.47	2.34	2.66	—	—	—
<i>P</i>	—	>0.05	<0.05	<0.01	—	—	—

*q* 检验:与干预前比较 \*\* $P < 0.01$ ;与干预后 1 周比较 △ $P < 0.01$

表 2 2 组病人干预前后 NIHSS 评分比较( $\bar{x} \pm s$ ;分)

分组	<i>n</i>	干预前	干预后 2 周	<i>t</i>	<i>P</i>
干预组	76	6.71 ± 3.50	4.33 ± 3.70	4.08	<0.01
对照组	81	6.67 ± 3.32	5.49 ± 3.51	2.21	<0.05
<i>t</i>	—	0.07	2.02	—	—
<i>P</i>	—	>0.05	<0.05	—	—

2.3 2 组病人干预前后致残情况的比较 2 组病人干预后 iScore 在线评分均较干预前有所提高( $P < 0.01 \sim P < 0.05$ ),干预组病人提高率高于对照组( $P < 0.05$ )(见表 3)。

表 3 2 组病人干预前后 iScore 在线评分比较( $\bar{x} \pm s$ ;分)

分组	<i>n</i>	干预前	干预后 2 周	<i>t</i>	<i>P</i>
干预组	76	58.66 ± 22.86	44.35 ± 20.11	2.93	<0.01
对照组	81	57.88 ± 22.01	50.99 ± 21.62	2.01	<0.05
<i>t</i>	—	0.22	1.99	—	—
<i>P</i>	—	>0.05	<0.05	—	—

## 3 讨论

现代康复理论认为,脑卒中所致肢体瘫痪的恢复,除了药物和自然恢复因素外,重要的是通过运动再学习到再训练,使中枢神经系统功能重组,以促进瘫

痪肢体恢复<sup>[7-8]</sup>。神经发育促进技术学说认为,中枢神经系统在发育过程中留下许多不用的通道,当高级中枢或通路受损时,在适当条件下可以动用这些正常情况下没有发挥作用的神经单位发挥代偿功能,脑卒中偏瘫病人肢体的早期康复训练,可促使相关神经细胞的轴突发芽,形成新的突触<sup>[9]</sup>。

本研究结果显示,脑卒中发生后经过治疗和护理的病人日常生活能力、神经功能缺损程度及疾病预后均有不同程度的改善,但肢体功能锻炼“三期十步法”分阶段对病人进行康复训练后,病人的 Barthel 指数、NIHSS 评分及 iScore 在线评分均明显优于对照组。因此,在发病 < 24 h 且生命体征稳定时即开始有计划地肢体被动活动、主动运动锻炼能有效地促进偏瘫病人的肢体功能恢复,提高病人日常生活能力,减轻神经功能缺损及降低致残率,提高病人生活质量。

### [参 考 文 献]

- [1] 尤黎明,吴瑛.内科护理学[M].4版.北京:人民卫生出版社,2006:607.
- [2] 王洪忠,许健鹏.实用中西医结合偏瘫康复学[M].北京:中国医药科技出版社,1997:70.
- [3] 张惠英,刘慧娟.社区脑卒中患者日常生活活动能力的调查分析[J].中华现代护理杂志,2009,15(12):1107.
- [4] 中华神经科学会,中华神经外科科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379.

- [5] DEWEY HM, DONNAN GA, FREEMAN EJ, *et al.* Interrater reliability of the National Institutes of Health Stroke Scale: rating by neurologists and nurses in a community-based stroke incidence study [J]. *Cerebrovasc Dis*, 1999, 9(6): 323.
- [6] SAPOSNIK G, KAPRAL MK, LIU Y, *et al.* IScore: a risk score to predict death early after hospitalization for an acute ischemic stroke [J]. *Circulation*, 2011, 123(7): 739.

- [7] 许来诊, 朱奕. 卒中急性期康复护理方案对改善患者下肢运动功能的作用[J]. *江苏医药*, 2010, 36(4): 1618.
- [8] 于靖, 于洋, 郝福春, 等. 综合康复治疗脑卒中患者的疗效观察[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2010, 32(3): 221.
- [9] 朱铺连. 神经康复学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2003: 110.

(本文编辑 刘畅)

[文章编号] 1000-2200(2017)04-0551-04

· 护理学 ·

## 耳穴贴压联合耳尖放血治疗甲状腺功能亢进的临床疗效与安全性分析

储玲玲, 杨文霞, 何娟

**[摘要]** **目的:** 观察耳穴贴压联合耳尖放血改善甲状腺功能亢进(甲亢)相关症状的临床疗效与安全性。 **方法:** 以 100 例甲亢患者为研究对象, 使用随机数字表将其分为观察组及对照组, 各 50 例。2 组患者均接受丙硫氧嘧啶治疗, 每次 100 mg, 每天 3 次; 观察组加用耳穴贴压联合耳尖放血治疗。比较 2 组患者临床疗效及甲状腺功能变化。 **结果:** 观察组临床总有效率为 88.0%, 高于对照组的 68.0% ( $P < 0.05$ )。2 组患者治疗后总三碘甲状腺素、总四碘甲状腺素、游离三碘甲状腺素、游离四碘甲状腺素、促甲状腺素受体抗体均较治疗前显著下降, 促甲状腺激素均显著上升, 且观察组治疗后各指标变化均较对照组更为明显 ( $P < 0.01$ )。观察组不良反应发生率为 4.0%, 对照组为 28.0%, 2 组患者血粒细胞减少发生率差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。2 组患者治疗后入睡时间、睡眠效率、睡眠时间、睡眠障碍、日间功能障碍均较治疗前明显改善, 且观察组较对照组改善更为明显 ( $P < 0.01$ )。 **结论:** 在西药治疗基础上加用耳穴贴压联合耳尖放血, 能够有效改善甲亢患者临床症状, 降低患者不良反应发生风险, 具有良好的疗效及安全性, 值得推广。

**[关键词]** 甲状腺功能亢进; 耳穴贴压; 耳尖放血; 安全性

[中图分类号] R 581.1

[文献标志码] A

DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2017.04.040

甲状腺功能亢进症(甲亢)是一种自身免疫性内分泌疾病, 该病发病与遗传、心理、环境等因素均具有一定关联, 常导致神经、心血管等系统兴奋性增加, 并伴有代谢亢进及免疫异常<sup>[1]</sup>。突眼、甲状腺肿大是甲亢患者最常见的临床表现, 根据临床症状及甲状腺功能检查确诊并不困难。临床治疗该病以口服抗甲状腺西药为主, 但口服药物疗程长、病情易反复, 且易出现不良反应, 疗效及安全性均不够理想<sup>[2]</sup>。近年来, 有学者提出以耳穴贴压、耳尖放血等中医方式改善患者甲亢症状, 且该疗法在桥本甲状腺炎的治疗中取得了一定成效<sup>[3]</sup>。为观察耳穴贴压联合耳尖放血改善甲亢相关症状的临床疗效与安全性, 我们选取 100 例甲亢患者进行了前瞻性对照研究, 取得了可靠的结论。现作报道。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院 2012 年 4 月至 2015 年 4 月住院及门诊收治的 100 例甲亢患者, 经我院医学伦理委员会批准, 并征得患者知情同意后, 按照随机数字表法将其分为观察组及对照组, 各 50 例。2 组患者其年龄、病程和性别, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性(见表 1)。纳入标准: (1) 参照中华医学会内分泌学会制定的《中国甲状腺疾病诊治指南》确诊甲亢<sup>[4]</sup>; (2) 年龄 18 ~ 60 岁; (3) 对此研究知情同意; (4) 具有较高的配合度及依从性。排除标准: (1) 合并严重心、肝、肾等重要脏器并发症或功能损伤; (2) 合并造血系统原发病、结缔组织疾病或其他恶性疾病; (3) 妊娠期或哺乳期女性。

**1.2 方法** 2 组患者均接受西药治疗<sup>[5]</sup>: 口服丙硫氧嘧啶片(注册证号 H20100121, 德国瑞姆斯制药股份公司, 规格 50 mg × 100 s), 每天 3 次, 每次 100 mg。

[收稿日期] 2016-01-06

[作者单位] 安徽中医药大学第一附属医院 内分泌科, 230031

[作者简介] 储玲玲(1986-), 女, 主管护师。