

康复介入时机对卧床脑出血患者并发症的影响

满慧静, 宋宏颖, 张海燕, 齐金芳, 吕秀东, 王艳玲, 王化刚

【摘要】 目的:研究康复介入时机对卧床脑出血患者并发症的影响。**方法:**选取 120 名早期脑出血患者并根据康复介入时间分为观察组和对照组各 60 例。观察组患者生命体征稳定后(术后 7~10d)即行康复治疗,对照组入院治疗 4 周后开始行康复治疗。观察 2 组患者在接受康复治疗 3 周后以及对照组入院 4 周接受康复介入前并发症的发生率。**结果:**观察组肺部感染、肩手综合征和压疮的发生率均明显低于对照组(均 $P < 0.05$);便秘的发生率在对照组接受康复介入前与观察组康复介入后之间有显著性差异($P < 0.05$),在 2 组接受康复介入后无显著性差异;而关节挛缩发生率 2 组各时间点比较无显著性差异。**结论:**早期的康复介入能有效预防脑出血患者并发症的发生率。

【关键词】 康复介入;脑出血;并发症

【中图分类号】 R49;R743 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2018.01.014

脑出血是中老年人常见病,其起病急,病情重,致死率较高,且脑出血 $> 30\text{ml}$ 常考虑去颅瓣手术^[1-2]。去颅瓣手术是脑出血患者常用的方法之一,但术后卧床肢体制动会给患者带来不同的并发症。合理的康复介入时机对脑出血患者并发症有积极的预防作用。本研究探讨不同的康复介入时机对卧床脑出血患者并发症的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2014 年 2 月~2016 年 2 月选取在我院神经外科住院的脑出血患者 120 例,均符合全国第四次脑血管会议制定的脑出血的诊断标准,并经头颅 CT 或 MRI 检查明确有脑出血病灶,为首次发病者;所有患者均实行脑内血肿清除术,进行去骨瓣减压。脑出血量为 $30\sim 60\text{ml}$;所有患者术清醒后无言语吞咽及沟通障碍(glasgow 昏迷评分均为 15 分);发病 2d 内入神经外科治疗,在整个治疗过程中无病情恶化或再出血情况;所有患者术后 7~10d 内病情都基本稳定。根据不同的康复介入时间分为观察组(病情稳定后介入康复治疗)和对照组(发病 4 周后介入康复治疗)各 60 例。①观察组,男 50 例,女 10 例;年龄(53.77 ± 8.80)岁;脑出血量(44.77 ± 9.45)ml。②对照组,男 48 例,女 12 例;年龄(55.80 ± 10.05)岁;脑出血量(44.03 ± 9.55)ml。2 组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 2 组患者入院行开颅术后均给予脑出血常规治疗,包括改善脑细胞代谢,营养神经,促进功能恢复,预防脑水肿等治疗。观察组患者于生命体征平稳,意识清楚后即开始进行康复介入治疗(入院 7~10d);对照组于入院治疗 4 周开始康复介入治疗。2 组患者的康复治疗均在神经外科床旁进行。2 组患者康复治疗和途径一致,根据患者的具体情况主要包括:①良姿体位和肢体关节被动活动(关节活动度的维持):患者无论是健侧卧位、患侧卧位还是平卧位要求患者肢体都保持功能位,3 种卧位姿势交替进行;关节活动度的维持主要是在全关节范围内的被动活动,期间不能引起患者的肢体疼痛,10~15min/次,1 次/日。②关节和躯体的主动运动:主要包括仰卧位下上下肢体的辅助主动、主动运动,单双桥运动,健患侧翻身锻炼,坐位平衡训练,10~15min/次,1 次/日。③心理治疗:责任医师,护士,治疗师积极与患者进行有效沟通,根据患者存在心理问题,进行针对性心理康复,30min/次,3 次/周。以上所有康复治疗项目均介入治疗 3 周。

1.3 评定标准 分别记录观察组入院 4 周后(即观察组康复干预后)和对照组入院 4 周后(即对照组康复干预前)及对照组入院 7 周后(即对照组康复干预后)的并发症发生情况。①肺部感染^[3]:体温 $\geq 38^\circ\text{C}$;咳嗽、咯痰症状合并肺啰音、叩浊等体征;外周血白细胞计数增加;X 片显示进展性肺浸润影。②肩手综合征^[4]:表现患侧上肢水肿、肩手疼痛、肩关节脱位及关节活动受限等。③关节挛缩^[5]:表现为各关节活动范围明显变小,严重时关节无法屈伸,伴有关节疼痛及畸形。④压疮^[6]:压疮分 I~IV 期,Ⅰ期,淤血红润期;Ⅱ期,炎性浸润期;Ⅲ期,浅度溃疡期;Ⅳ期:坏死溃疡期。⑤便

收稿日期:2017-02-27

作者单位:沧州市人民医院康复医学科,河北 沧州 061000

作者简介:满慧静(1982-),女,主管技师,主要从事神经康复方面的研究。

秘^[7];排便次数减少,每2~3d或更长时间1次(本组资料<3次)无规律性,粪便干燥,常伴排便困难。

1.4 统计学方法 采用SPSS 19.0统计软件进行统计分析,计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组入院4周后并发症发生情况比较 观察组患者肺部感染、肩手综合征、压疮、便秘的发生率明显低于对照组(均 $P<0.05$),2组关节挛缩发生率比较差异无统计学意义。见表1。

表1 2组入院4周后并发症的发生率比较 例(%)

组别	n	肺部感染	肩手综合征	关节挛缩	压疮	便秘
观察组	60	8(13.33) ^a	9(15.00) ^a	10(16.67)	11(18.33) ^a	20(33.33) ^a
对照组	60	23(38.33)	20(33.33)	15(25.00)	26(43.33)	32(53.33)

与对照组比较,^a $P<0.05$

2.2 2组康复治疗并发症的比较 观察组患者肺部感染、肩手综合征、压疮的发生率明显低于对照组(均 $P<0.05$),2组关节挛缩和便秘的发生率差异无统计学意义。见表2。

表2 2组康复干预后并发症的发生率比较 例(%)

组别	n	肺部感染	肩手综合征	关节挛缩	压疮	便秘
观察组	60	8(13.33) ^a	9(15.00) ^a	12(20.00)	11(18.33) ^a	20(33.33)
对照组	60	21(35.00)	20(33.33)	15(25.00)	23(38.33)	24(40.00)

与对照组比较,^a $P<0.05$

3 讨论

脑出血是一种急性的,高发病率,高致残率,高死亡率的全球性疾病。传统的观念是脑出血后急性期至少需要卧床1个月^[8]。随着医学技术的发展,建议脑出血后绝对卧床时间要相对减少,但是现实生活中脑出血采用去颅瓣手术治疗后很多临床医师往往还是依据传统观念要求患者卧床3~4周。长期卧床会增加脑卒中患者并发症的发生率。并发症不仅可导致患者病情加重住院时间延长,而且还延缓了患者的恢复增加了住院费用,给家庭和社会都带来一定的负担。早期的康复锻炼在一定程度上能有效的提高患者的肢体功能,提高患者的生活自理能力,从而减轻家庭和社会的负担^[9]。康复锻炼同样能有效的减少并发症的发生,但康复介入时间不同,患者并发症发生率亦不相同。

肺部感染是脑出血患者常见的并发症,也是患者死亡率增加的一大因素^[10-11],肺部感染常发生在脑出血术后1周左右^[12]。本研究发现2组入院4周后比较,观察组肺感染的发生率明显低于对照组。观察组康复介入3周后与对照组康复介入后的肺感染发生率

相比,两组依然有显著性差异,即使对照组的肺感染发生率有所降低。长期卧床导致肺感染发生的原因首先是患者多为老年人,患者机体功能下降,抵抗力降低容易出现肺部感染,另外,患者术后需要卧床,心肺机能和咳嗽能力下降,痰液容易在肺内囤积而引起肺感染。而康复锻炼能有效的促进患者的心肺和呼吸功能,进而促进患者的排痰能力,降低肺部感染的机率。

肩手综合征一般表现为肩部疼痛,手和腕部肿胀,手部血管舒缩功能改变,腕关节、掌指关节、指间关节活动时疼痛^[4,13]。肩手综合征常见于出血后的1~3个月。疼痛和水肿是该并发症的早期表现。预防不及时或治疗不当将会给患者的肩手综合征现象带来不可逆的情况。本研究发现观察组相对于对照组肩手综合征的发生率低,有统计学差异。良肢体位的摆放可以有效避免腕部屈曲,另外,活动患侧肢体有效避免肢体痉挛,并能促进肢体血液循环,改善局部肢体的新陈代谢,因此较早的康复介入能更好的预防肩手综合征的发生。

压疮常发生部位为身体骨骼突出部位,如肩胛部,尾骶部,足外踝等部位。对于压疮护理方面常建议每隔2小时翻身拍背,但这也常常不能避免压疮的发生。本研究发现观察组康复介入3周后与对照组康复介入前压疮发生率相比,观察组压疮的发生率明显低于对照组。观察组与对照组康复介入后压疮发生率相比,依然有显著性差异。多方面的研究已经证实早期康复锻炼能有效的预防压疮的发生^[14]。本研究与以往研究结果一致。李鹤等^[15]曾分析急性期脑出血患者易出现压疮。皮肤组织长期的低压力比短期的高压力更容易产生压疮^[16]。因此,对于脑出血患者早期的康复介入是十分必要的。

对于长期卧床脑出血患者保持患者大便通尤为重要。本研究显示2组入院4周后便秘发生率有显著性差异。而观察组与对照组康复介入后便秘的发生率相比没有显著性差异。以上结果说明康复锻炼介入能改善患者便秘情况。其原因首先是适宜的康复活动能促进患者的肠蠕动,改善胃肠功能,另外,适宜的活动能改善患者的心理,降低交感神经的兴奋性,从而促进胃肠等消化液的分泌,改善排便功能。

关节挛缩也是长期卧床脑出血患者常见的并发症。本研究发现观察组康复介入3周后的关节挛缩发生率与对照组康复介入前与康复介入后关节挛缩发生率相比,都没有显著性差异。良肢体位摆放虽能抗肢体痉挛发生,但对于长期卧床的脑出血患者跟腱挛缩导致的足下垂常常发生。而抗跟腱挛缩模式的发生主要方法是保持患者跟腱部的长期牵拉,站立训练是比

较有效的方法。所以早期的康复介入且早期的离床康复锻炼也很重要。

综上,早期的康复介入能有效地预防脑出血并发症的发生,提高生存机率。因此,康复介入的时机选择尤为重要。

【参考文献】

- [1] 王文娟,刘艳芳,赵性泉.脑出血治疗指南[J].中国卒中杂志,2006,1(12):888-899.
- [2] 宋水江,戴加勇,汤永国.脑出血相关治疗指南与临床现状[J].中国实用内科杂志,2013,33(8):612-614.
- [3] 吴雪华.急性脑卒中患者与医院获得性肺炎感染的临床研究[J].中国医药指南,2012,10(16):55-56.
- [4] 朱镛连.神经康复学[M].北京:人民军医出版社,2001:543-544.
- [5] 赵军,陈巍.基层医院中脑卒中常见并发症的康复治疗[J].中国康复理论与实践,2003,9(6):342-343.
- [6] 陈维英.护理学基础[M].杭州:江苏科技出版社,1997:63-65.
- [7] 茅新蕾,韩丽雅,陆琦,等.急性脑卒中与便秘 57 例分析[J].中国实用神经疾病杂志,2006,9(2):15-16.
- [8] 史玉泉.实用神经病学[M].第2版.上海:上海科学技术出版社,1994:627-629.
- [9] 吴莉君,王旭.早期康复治疗对脑出血患者的影响[J].当代医学,2013,19(17):103-105.
- [10] 衣服新,张建选,孔令常.高血压脑出血术后并发症对患者预后的影响[J].山东医药,2011,51(9):46-47.
- [11] 付建敏,杨丽.脑出血患者常见并发症分析及对以后的影响[J].宁夏医学杂志,2014,36(9):834-835.
- [12] 吴晓艳.高龄人脑出血并发肺部感染相关分析[J].中国误诊学杂志,2006,6(10):19-22.
- [13] 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,1996:149-150.
- [14] 陈爱清,陈妙霞,胡细玲,等.脑出血术后患者早期康复治疗的效果观察[J].现代医院,2015,15(8):88-91.
- [15] 李鹤,朱文洋,陈文峰,等.压疮形成原因分析[J].大家健康(学术版),2016,10(5):105.
- [16] 蒋瑞琪,刘云.成人压疮预测与预防实践指南[M].南京:东南大学出版社,2009:19-20.

三维曲度牵引治疗神经根型颈椎病的肌电图分析

邓莉¹,杨昌明²

【摘要】 目的:观察三维曲度牵引治疗对神经根型颈椎病患者肌电图 F 波传导速度及潜伏期的影响。**方法:**将 96 例神经根型颈椎病患者按随机分为 2 组各 48 例。研究组给予颈椎三维曲度牵引仪进行三维曲度牵引治疗,对照组给予颌枕带牵引治疗。比较 2 组患者治疗前后正中神经和尺神经 F 波传导速度及潜伏期。**结果:**2 组治疗后正中神经和尺神经的 F 波传导速度均较治疗前加快(均 $P < 0.05$),且 F 波的潜伏期均缩短(均 $P < 0.05$),治疗后研究组正中神经和尺神经的 F 波传导速度及潜伏期较对照组改变更加显著(均 $P < 0.05$)。**结论:**三维曲度牵引治疗神经根型颈椎病疗效优于颌枕带牵引,是一种值得推广的治疗方法。

【关键词】 三维曲度牵引;神经根型颈椎病;肌电图

【中图分类号】 R49;R681.55 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2018.01.015

神经根型颈椎病为颈椎病中的常见类型,因颈椎间盘退行性改变及其继发性病理改变所致的神经根受压所引起。目前,神经根型颈椎病多以非手术治疗为主,其中牵引治疗是非手术治疗中最常用的方法^[1]。现有的牵引方法如颌枕带牵引、非手术脊柱减压等对神经根型颈椎病患者均有一定效果^[2],其中颌枕带牵引因其经济且操作简便受到广泛应用,但其并不能针对每个病人病情不同进行个体化的调整。近年来^[3],研究发现颈椎病早期可发生颈椎生理曲度的改变,且颈椎生理曲度的恢复可作为临床治疗疗效的评价标

准。因此帮助颈椎病患者恢复颈椎生理曲度至关重要。而三维曲度牵引的原理正是帮助恢复患者生物力学结构,保证颈椎结构的稳定性。本研究通过比较 2 组患者治疗前后正中神经和尺神经 F 波传导速度及潜伏期的改变,观察三维曲度牵引对于神经根型颈椎病的治疗是否优于常规的颌枕带牵引治疗。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为 2014 年 3 月~2016 年 3 月就诊于湖北省荆门市第一医院骨科的神经根型颈椎病患者 96 例,均符合神经根型颈椎病的诊断标准^[4]。纳入标准:年龄 30~70 岁;病程 1~3 年;未过其他药物及物理治疗;知晓研究详情,签署知情同意书。排除标准:排除其他各型颈椎病;骨质疏松;颈椎骨折;颈椎脱位;椎管内肿瘤以及不能耐受牵引治疗的患者。

收稿日期:2017-03-07

作者单位:1.荆门市第二人民医院,湖北 荆门 448000;2.荆门市第一人民医院,湖北 荆门 448000

作者简介:邓莉(1980-),女,主治医师,主要从事肌电生理方面的研究。

通讯作者:杨昌明,627126765@qq.com