



脑梗死偏瘫患者良肢位摆放对肢体功能恢复的促进作用

王引韩

(兴平市人民医院 神经内科, 陕西 兴平 713100)

【摘要】目的: 探究脑梗死偏瘫患者良肢位摆放对肢体功能恢复的促进作用。方法: 将2015年1月~2017年1月在我院接受治疗的60例脑梗死偏瘫患者作为研究对象, 并给予随机分组, 对照组30例, 给予常规治疗与护理; 干预组30例, 在对照组基础上给予良肢位摆放, 对两组患者治疗前后的肢体功能恢复情况以及并发症发生情况进行综合评价。结果: 干预组患者治疗后的峰力矩值、平衡系数均显著高于对照组 ($P<0.05$), 有统计学意义; 且干预组治疗后仅有2例患者出现并发症, 占6.7%, 显著低于对照组的36.7%, 两组差异较大 ($P<0.05$), 统计学有意义; 干预组患者治疗后NIHSS评分得到明显改善, 显著优于对照组 ($P<0.05$), 统计学有意义。结论: 良肢位摆放在脑梗死偏瘫患者中的应用, 能够对患者的肢体功能起到改善作用, 降低并发症率, 值得推广应用。

【关键词】脑梗死偏瘫; 良肢位摆放; 肢体功能恢复; 并发症

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 15-081-02

作为临床中一种极为常见的脑血管疾病, 脑梗死在全部脑血管病中占60%~80%, 发病率、致残率高。研究显示40%脑梗死患者为重度残疾, 患者多伴随肢体功能障碍[1], 丧失生活自理能力, 严重影响着患者的生存质量。临床医学证实, 良肢位摆放在脑梗死偏瘫患者中的应用, 能够促进患者肢体功能恢复, 为探究其临床有效性, 研究收集我院60例脑梗死偏瘫患者的病历资料予以分析, 并对研究结果做出如下总结:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

收集2015年1月~2017年1月我院脑梗死偏瘫患者的临床资料, 共60例, 随机分为干预组与对照组, 每组30例。干预组: 男18例, 女12例, 年龄为37~79岁, 平均年龄为 (60.5 ± 6.6) 岁; 对照组: 男17例, 女13例, 年龄为35~78岁, 平均年龄为 (60.1 ± 6.5) 岁。纳入标准: (1) 经过临床诊断及头颅影像学检查, 所有患者均符合脑梗死偏瘫的临床诊断标准[2]; (2) 研究征得临床科室的同意及医学伦理会的支持, 病例选择遵循自愿原则, 患者及其家属签署知情同意书。排除标准: (1) 合并严重心、肝、肾功能疾病者; (2) 存在意识障碍及精神异常患者; (3) 中途退出研究患者。两组患者一般资料无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组: 给予常规抗血小板聚集、改善微循环及血压控制等常规治疗, 严密监测患者的生命体征及并发症发生情况, 给予健康指导。干预组: 在对照组基础上给予良肢位摆放。(1) 患侧卧位, 遵循患侧在下、健侧在上的原则, 用枕头对背部进行支撑, 患侧上肢保持外展

外旋位, 手指伸开、手掌向上。下肢摆放遵循患肢在后、健肢在前的原则, 患侧微屈膝, 踝关节微屈。(2) 健侧卧位。患侧在上, 健侧在下, 患侧上肢保持自然伸展状态, 肩部关节保持平伸, 伸直肘与腕关节, 伸开五指, 将软枕垫于腋下。患侧下肢膝关节略弯曲, 向前挺。健侧下肢, 伸直髋关节, 膝关节保持略弯曲。健侧上肢以患者的主观舒适度为宜, 可随意摆放。(3) 仰卧位。采用枕头对患侧臀部及肩胛部予以支撑, 伸展患侧上肢, 下肢屈膝, 头部转向患侧。

1.3 观察指标

对不同护理方式下患者治疗前后的肢体功能恢复情况以及并发症发生情况进行综合评价[3]。峰力矩指肌肉收缩产生的最大力矩输出, 即力矩曲线上最高点处的力矩值。采用等速测力系统对峰力矩值进行测量。

1.4 统计学方法

统计分析软件为SPSS 22.0, 两组患者并发症率采用率(%)表示, 组间比较采用 χ^2 检验; 治疗前后的肢体功能恢复情况采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 用 t 予以统计学检验, 将 P 作为界定值, 若 $P<0.05$, 表明差异存在统计学意义。

2. 结果

2.1 治疗前后干预组与对照组患者肢体功能恢复情况比较 治疗前两组患者肢体功能恢复情况差异不大 ($P>0.05$), 统计学无意义; 治疗后, 干预组的峰力矩值、平衡系数与对照组呈现出明显差异 ($p<0.05$), 统计学有意义。见表1:

表1 治疗前后干预组与对照组患者肢体功能恢复情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	峰力矩值 (ml/kg·min)		平衡系数	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
干预组	30	28.45 ± 1.67	29.1 ± 1.83	26.82 ± 1.53	28.36 ± 1.67
对照组	30	28.26 ± 3.15	46.27 ± 3.36	26.73 ± 1.83	46.27 ± 2.76
t	/	0.675	6.027	1.282	9.372
p	/	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 干预组与对照组患者并发症发生情况比较 通过对两组并发症率分析, 结果显示干预组并发症率为6.7%, 远低于对照组 ($P<0.05$),

统计学有意义。见表2:

表2 干预组与对照组患者并发症发生情况比较 (%)

组别	例数	肩疼痛	足内翻	足下垂	肌痉挛	并发症率 (%)
干预组	30	0 (0.0)	1 (3.3)	0 (0.0)	1 (3.3)	2 (6.7)
对照组	30	3 (10.0)	2 (6.7)	2 (6.7)	4 (13.3)	11 (36.7)
χ^2	/	/	/	/	/	14.694
p	/	/	/	/	/	<0.05



·论 著·

2.3 干预组与对照组患者治疗前后 NIHSS 评分比较 治疗前, 两组患者 NIHSS 评分差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后干预组患者 NIHSS 评分得到明显改善, 降低至 (15.23 ± 1.35) 分, 与对照组的 (21.28 ± 1.63) 分比较差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3:

表 3 干预组与对照组患者治疗前后 NIHSS 评分比较 ($\pm s$)

组别	例数	护理前	护理后
干预组	30	23.26 ± 4.47	14.23 ± 1.35
对照组	30	23.23 ± 4.52	20.28 ± 1.63
t		0.239	9.396
p		>0.05	<0.05

3. 讨论

脑梗死起病急、病情进展速度快, 患者脑部长时间处于缺血、缺氧状态, 影响到患者的脑组及组织神经, 进而导致患者出现偏瘫。研究显示脑梗死偏瘫患者多存在肌体运动障碍, 不仅导致患者生活自理能力丧失, 而且严重影响着患者的生存质量。除常规药物治疗外, 还必须通过适当的康复训练改善患者的肢体功能[[]]。作为一种早期运动康复训练, 良肢位摆放主要是通过运动模式的作用, 对患者中枢神经起到重塑作用, 与此同时对损伤神经予以修复, 进而促进患者患肌的快速恢复, 该体位摆放模式能够对异常运动模式起到抑制作用, 建立一种新型的协调的运动模式, 对异常肌痉挛起到克服作用, 确保其与拮抗肌能够保持平衡, 避免加重痉挛, 与此同时还能够降低肩疼痛、足内翻等并发症的发生[[]]。此次研究对干预组患者给予良肢位摆放护理干预, 结果显示患者治疗后的肢体功能得到明显改善, 且显著优于对照组 ($P<0.05$), 提示良肢位摆放对患者肢体功能的促进作用; 另外干预组患者治疗后并发症率仅为 6.7%, 与对照组差异存在统计学意义 ($P<0.05$), 说明其能够降低并发症发生率。综上所述, 对

(上接第 80 页)

活动性 EB 病毒感染患者在病初, 并未表现出任何的肿瘤相关机制[5]。本次研究对慢性及急性 EB 病毒感染的患者临床症状进行分析, 慢性活动性 EB 病毒感染和急性 EB 病毒感染组儿童临床症状相似, 主要表现为发热、肝脾肿大、淋巴结肿大等传染性单核细胞增多症样症状。但慢性组儿童临床症状持续或反复出现, 且病程长。

临床上仅仅通过患者的临床症状无法确诊, 从而延误治疗时间而导致患者的死亡。通过对 EB 感染后的机制进行分析发现, EBV 潜入人体后首先进行裂解性增殖, 待宿主细胞裂解后被释放入外周血, 在 B 淋巴细胞免疫监控下进入潜伏感染状态, 这样可能对 B 细胞淋巴细胞群有所影响, 且目前相关研究也有所证实[6], 本组研究发现, 慢性活动性 EB 病毒感染组受试者外周血白细胞计数、淋巴细胞计数、B 细胞计数、总 T 细胞计数、CD4+T 细胞计数和 CD8+T 细胞计数均低于正常儿童组和急性 EB 感染组, 但急性 EB 病毒感染受试者各个指标均高于正常组, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。以此可以确定患者的疾病状态, 以便更好的治疗。

EB 病毒是一种嗜人类淋巴细胞的疱疹病毒, 其在人群中感染非常广泛, 人群感染率超过 90%, 而且多发生在儿童时期[1-7]。本组研究发现, EB 感染组受试者外周血 EBV-DNA 载量以及血清 VCA-IgG 显著高于正常组、且慢性 EB 感染组显著高于急性 EB 感染组, 差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。

综上所述, 儿童慢性活动性 EB 病毒感染受试者其病情复杂, 且

脑梗死偏瘫患者给予良肢位摆放, 对患者肢体功能恢复具有显著的促进作用, 且并发症少, 可广泛应用于临床。

参考文献

- [1] 王丽英, 袁莉, 王建华, 等. 良肢位摆放对卒中偏瘫患者早期康复效果的 Meta 分析[J]. 中国慢性病预防与控制, 2015, 23(3):232-234.
 - [2] Zhu J H, Luo K T, Yang X B, et al. Effect of Acupuncture at Affected-limb Gallbladder Meridian Points on the Recovery of Lower Limb Function in Hemiplegia Patients with Cerebral Infarction[J]. Shanghai Journal of Acupuncture & Moxibustion, 2016.
 - [3] 曹钊宏, 常巧云, 吴小花. 良肢位摆放应用于早期卒中偏瘫患者的临床效果分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(6):676-678.
 - [4] 李晓军, 陈锦秀, 陈婷玉. 良肢位摆放在卒中偏瘫患者肢体功能障碍中作用及时间差异的 Meta 分析[J]. 护理学杂志, 2015, 30(21):81-87.
 - [5] 王希悦, 谢家兴, 张红云, 等. 康复护理标识的制作及在偏瘫患者良肢位摆放中的应用[J]. 中华护理杂志, 2017, 52(4):493-496.
- 作者简介: 王引韩 (1981.06-), 男, 汉族, 陕西乾县人, 本科学历, 主治医师, 工作单位: 兴平市人民医院 (二甲医院), 研究方向: 脑血管病。E-mail:wyhan0019@163.com

持续或反复出现, 治疗困难, 预后较差, 且多伴有肝、心、肾等多脏器损伤, 早期对外周血 EBV-DNA、血清 VCA-IgG 水平以及外周白细胞亚群的检测有助于鉴别, 值得临床推广使用。

参考文献

- [1] 陆晓茜, 高举. 慢性活动性 EBV 感染诊治进展 [J]. 中国小儿血液与肿瘤杂志, 2013, 18(5): 198-200.
- [2] Grywalska E, Markowicz J, Crabarczyk P, et al. Epstein-Barr virus-associated lymphoproliferative disorders[J]. Postepy Hig Med Dosw (online), 2013, 67(5): 481-490.
- [3] Murakami M, Hashida Y, Imajoh M, et al. PCR array analysis of gene expression profiles in chronic active Epstein-Barr virus infection[J]. Microbes Infect, 2014, 16 (7): 581-586.
- [4] 马宏浩, 张莉, 廉红云, 等. 儿童慢性活动性 EB 病毒感染合并 UNC13D 基因突变 3 例临床分析 [J]. 中国小儿血液与肿瘤杂志, 2015, 20 (3): 121-125.
- [5] 刘颖强, 胡晓红, 柳亚男, 等. 重症慢性活动性 EB 病毒感染 2 例[J]. 中国感染与化疗杂志, 2018, 18 (1): 97-100.
- [6] 段红梅, 姚瑶, 谢正德, 等. 91 例 EB 病毒相关疾病儿童血浆 EB 病毒 DNA 的检测[J]. 中国当代儿科杂志, 2009, 1(111):897-900.
- [7] 茅君卿, 杨世隆, 宋华, 等. 儿童慢性活动性 EB 病毒感染临床及实验室检查特征[J]. 中国当代儿科杂志, 2014, 16 (11): 1081-1085.