

运动康复安全性评定在老年髌部骨折患者中的应用

韦燕华

(广西环江县洛阳镇中心卫生院,广西 环江 547105 E-mail:wyh70@sina.com)

摘要:目的 探讨运动康复安全性评定在老年髌部骨折患者中的应用效果。方法 将60例老年髌部骨折患者随机分为试验组和对照组各30例,对照组按照老年髌部骨折术后护理常规及康复训练方法进行护理,试验组采用《骨折病人早期运动康复安全性评定量表》对患者进行测评后根据评估的分值结果制定康复运动护理干预措施,于术后1、3个月采用Harris评分对两组患者髌关节功能进行评分比较。结果 术后1个月和3个月时试验组患者髌关节功能评分均优于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 根据运动康复安全性评定量表制定老年髌部骨折患者术后康复运动护理干预措施能安全、有效地促进患者髌关节功能的恢复,提高患者生活质量。

关键词:运动康复安全性评定;老年人;髌骨折;康复护理

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** C **文章编号:** 1001-5817(2014)03-0452-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.074

髌部骨折是老年人多见病,常包括股骨颈、股骨粗隆或股骨粗隆下骨折,其中股骨颈骨折的发病率高达68.41%,严重影响老年人的身体健康和生活质量^[1]。骨折可导致髌关节功能障碍的发生,因此术后早期因时、因病、因人适宜的康复功能锻炼指导是促进患者骨折愈合,减轻功能障碍发生的重要手段。我院采用运动康复安全性评定对老年髌部骨折患者进行测评后制定康复运动护理干预措施,取得良好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2011年1月~2013年8月我科住院治疗的老年髌部骨折患者60例,其中男38例,女22例;年龄66~79岁,平均(72.5±6.3)岁;受伤至手术时间3h~15d,平均(7.5±2.5)d。均为单侧骨折,左侧24例,右侧36例;入院后均给予拍X线片、CT检查确诊后行切开复位内固定术治疗。入组标准:年龄≥60岁,神志清醒、意识清晰,有一定的认知能力,能进行基本的语言沟通,患者及其家属知情同意者;排除标准:有髌部骨折病史、双侧髌部骨折、病理性骨折,有精神性疾病和心理功能障碍,患者及其家属拒绝参与者。将60例患者随机分为对照组和试验组各30例,两组患者在年龄、性别、病情比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组患者按照老年髌部骨折术后护理常规及康复训练方法进行护理,试验组采用《骨折病人早期运动康复安全性评定量表》对患者进行测评后根据评估的分值结果制定康复运动护理干预措施,具体措施如下。

1.2.1 评估工具^[2] 《骨折病人早期运动康复安全性评定量表》包含骨折情况、固定方式、软组织情况3个项目,其中骨折情况包括稳定性骨折、较稳定性骨折、不稳定性骨折、极不稳定骨折4个内容;固定方式包括固定坚强、固定可靠、不需支具进行运动、借助支具进行运动、需辅助外固定牵引5个内容;软组织情况包括软组织解剖对合修复牢固、术中部分对抗张力、术中不能对抗张力、软组织损伤严重或有缺损或有感染或行血管神经修复4个内容;计分最低0分,最高40分,总分100分,分值越高对运动康复越安全。

1.2.2 康复运动护理干预措施 按1.2.1方法对试验组30例患者进行运动康复安全测评,按每位患者所得分值分三个小组,分别施护。

1.2.2.1 分值为71~100分患者 这部分患者运动较为安全,应遵循下列康复运动计划进行训练:①术后当日:老年髌部骨折患者尽早进行康复功能训练能使其获得最快和最好的活动能力^[3]。术后患者生命体征平稳即可开始实施锻炼,以床上运动为主,腓绳肌等长训练是在不增加疼痛的情况下尽量多做大腿后侧肌群的收缩运动,500~1000次/日。股四头肌的等长训练是在不增加疼痛的情况下尽量多做大腿前侧肌群的收缩运动,500~1000次/日。踝泵训练是缓慢、用力、全范围反复进行踝关节伸、屈活动,1组5min,每小时1~2组。3点支撑

引体抬臀运动是指屈曲健侧下肢,用双肘关节及健足为支撑点抬起臀部,亦可双手上拉牵引床吊环,用健足蹬床抬高臀部。手术当日功能锻炼原则为运动2~3次,每次每组10~15min,以不增加患者疼痛为前提,患者能耐受且不感觉疲劳为适宜,尽可能多做。②术后1~7d:患者如仍有明显疼痛可将训练延后进行,如无明显疼痛则开始进行患肢直腿抬高训练,即尽量伸直膝关节后直腿抬高足跟离床20cm处坚持5~10s再放下,如此反复,5~10次/组,2~3组/日。后抬腿训练是指尽量伸直膝关节后直腿抬高足尖离床5cm处坚持5~10s再放下,如此反复,5~10次/组,2~3组/日。侧抬腿训练是尽量伸直膝关节后直腿抬高至无痛角度坚持5~10s再放下,如此反复,5~10次/组,2~3组/日。膝关节训练是指在止痛泵止痛的前提下被动和主动将膝关节弯曲20~30°的屈伸活动,角度不超过40°,每次10min,每天10次,术后第4d撤除止痛泵后每1、2天增加10°直至膝关节屈曲达到120°后停止CPM机训练。髌关节训练是在止痛泵止痛的前提下屈髌关节,终止角度<45°,术后第4d开始随着训练的递增每1、2天增加10°,但不能>90°。③术后第8d~第3周:在上述训练的基础上,逐步离床活动及进行日常自理能力训练,如穿裤、穿袜、如厕等,辅助器不负重行走、上下楼梯训练等。④术后4~6周:视患者身体恢复情况进行膝关节的伸展训练。⑤术后7~12周:在X线检查骨折愈合良好下,经康复医生许可后开始负重练习,负重由1/4→1/3→1/2→2/3→4/5→100%体重逐渐过渡,可将患肢在踩车上测重,直至患侧单腿能完全负重站立,5分/次,2次/日。

1.2.2.2 分值41~70分患者 这些患者应慎重进行运动康复。由于软组织损伤较重、骨折固定欠可靠,术后1周内主要进行每次5s的股四头肌等长收缩训练,每组15min,每日3组。术后1周进行CPM机辅助训练及直腿抬高训练,术后2周开始肌肉等长收缩训练,方法均同分值为71~100分患者,术后10~12周开始进行负重训练。

1.2.2.3 分值0~40分患者 该组患者以肌肉等长收缩训练为主,不宜早期等长收缩训练。由于软组织受损严重、骨折极不稳定,术后需慎重进行股四头肌等长收缩训练,待术后2~4周软组织恢复较好后才开始进行肌肉训练,各项康复锻炼措施均适当延后,负重训练于术后3个月再开始。

1.2.3 观察指标 分别于术后1、3个月采用Harris评分^[4]对患者髌关节功能进行评分比较。该评分表包含疼痛、活动度、步行能力、日常生活活动4个内容,总分100分,其中≥90分=优秀,80~89分=良好,70~79分=一般,<70分=差。

1.2.4 统计学方法 采用SPSS 15.0统计软件进行数据处理,计量数据以($\bar{x} \pm s$)表示,两组比较采用 t 检验,计数数据采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

术后1、3个月分别对两组患者行髌关节功能评定,试验组

Harris 髌关节功能评分分值均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 按功能评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术后 1 个月	术后 3 个月
试验组	30	58.52±10.37	80.68±11.31
对照组	30	45.91±11.23	69.39±13.72
t		5.663	3.478
P		<0.001	<0.001

3 讨论

据研究报道, 近年来世界各国老年髌部骨折发病率呈逐年上升趋势, 预计到 2050 年髌部骨折的发病人数将达到 630 万人^[5]。随着医疗技术的发展, 目前老年髌部骨折的手术治疗方法已能减少术后并发症的发生, 降低死亡率, 但由于老年人身体各项机能逐渐衰退等因素影响, 术后积极、安全的康复训练仍是患者的一个重大难题。据研究报道老年髌部骨折患者行手术治疗后 1 年, 60% 存在至少 1 项的日常生活不能完全自理, 40% 不能独立行走, 27% 需要他人照顾其生活起居^[6]。因此, 积极有效的康复训练是骨折患者恢复关节功能、提高患者的自我保健意识和生活质量的关键^[7]。我们通过采用戴闰教授设计的《骨折病人早期运动康复安全评定量表》对试验组患者进行评估测定后, 根据测定分值针对不同的患者制定出不同阶段的康复运动护理干预措施, 保证了患者术后康复的运动安全, 有效地提高了术后患者髌关节功能的恢复。本组观察结果可

知, 术后 1 个月和 3 个月时试验组患者髌关节功能评分均优于对照组, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 说明根据运动康复安全性评定量表制定老年髌部骨折患者术后康复运动护理干预措施能安全、有效地促进患者髌关节功能的恢复, 提高患者生活质量。

参考文献:

- [1] 李东梅, 姜文彬, 夏海鹏, 等. 3H 护理服务模式在超高龄髌部骨折病人护理中的应用[J]. 护理研究, 2013, 27(9): 2897-2898.
- [2] 戴闰. 骨科运动康复[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 11-46.
- [3] 陈润芳, 萧佩多, 徐连芳, 等. 早期离床坐联合踩单车运动对老年髌部骨折术后患者康复的影响[J]. 护理学报, 2013, 20(8A): 39-42.
- [4] 王曙红. 临床护理评价量表及应用[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2011: 63-65.
- [5] Sambrook P, Cooper C. Osteoporosis[J]. Lancet, 2006, 367(9527): 2010-2018.
- [6] 曹虹, 赵岳. 老年髌部骨折病人康复干预模式的研究进展[J]. 护理研究, 2013, 27(7): 1929-1931.
- [7] 张秋芳, 张丽, 王田秀, 等. 临床教育路径在老年性骨折康复中的应用[J]. 右江民族医学院学报, 2011, 33(1): 105-107.

收稿日期: 2014-01-24; 修回日期: 2014-03-20

脑卒中患者康复期跌倒的危险因素分析^①

邓晓清, 方芳, 蒋红焱, 张立湘, 向平, 王晓磊, 黄丽华, 曾宪国

(广西南宁市第八人民医院神经内科, 广西南宁 530001 E-mail: dxqgx@126.com)

摘要: **目的** 探讨脑卒中患者康复期跌倒的危险因素。**方法** 回顾性收集我院自 2008 年 6 月~2013 年 6 月间因脑卒中住院, 病情稳定后行康复治疗, 在住院期间跌倒的患者 52 例, 分析跌倒的危险因素。**结果** 52 例跌倒者中, 跌倒 1 次 35 例, 跌倒 2 次 13 例, 跌倒 4 次 4 例, 跌倒次数共 77 次。61 次(79.22%)事件跌倒者有当天有药物史, 50 次(64.94%)有患侧肌张力减退, 42 次(54.55%)有全偏瘫(不能站立), 35 次(45.45%)跌倒有轻偏瘫(能站立), 全偏瘫较轻偏瘫跌倒次数高($P = 0.003$)。28 次有偏身感觉障碍, 20 次(25.44%)有智能障碍, 16 次(20.78%)有交流障碍, 12 次有视野缺损, 10 次(12.99%)有视空间忽略, 9 次(11.69%)既往有下肢骨科手术史, 6 次(7.79%)有非瘫痪下肢骨科疾病。46 次(59.74%)跌倒发生在床上, 61 次(79.22%)跌倒时间在活动或康复治疗中。35 次(45.45%)跌倒发生在卒中后 1~4 周, 16 次(20.78%)跌倒由外部环境引起。**结论** 脑卒中患者康复期跌倒危险因素多, 干预措施应将危险因素包含在康复项目里。

关键词: 跌倒; 脑卒中; 康复期; 危险因素

中图分类号: R743.3

文献标识码: B

文章编号: 1001-5817(2014)03-0453-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.075

跌倒是脑卒中康复期最常见的并发症之一, 识别卒中早期跌倒的危险因素有利于预防干预, 目前认为卒中后智能及躯体功能损害、作用于中枢神经系统的药物、环境因素是跌倒的危险因素, 多个危险因素的累加较单一因素更易引起跌倒^[1-3], 本文的目的是探讨脑卒中康复期跌倒的危险因素, 为制定康复期干预措施提供依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象的选择 回顾性收集我院自 2008 年 6 月~2013

年 6 月间因脑卒中住院, 病情稳定后行康复治疗者 52 例, 排除蛛网膜下腔出血伴跌倒者。跌倒的定义为突发的、不自主地从站立、坐位或平地上倾斜, 而到在地上的表现(包括从椅子滑到地上)^[4]。

1.2 方法

1.2.1 危险因素 入院后由专科医生统计患者性别、年龄等一般资料, 记录与跌倒相关的危险因素: 既往卒中史、肢体瘫痪、肌张力、感觉障碍、视空间忽略、视力障碍(偏盲或全盲)、交

① 基金项目: 广西壮族自治区卫生厅课题(Z2008442, Z2012612); 南宁市科学研究与技术开发计划项目(20133188)