

# 运动区脑肿瘤术后肢体功能障碍的康复护理

赵建平 甘文芳 陈小奇 陈娇红 韩 琴 谢永香 张红波 孙彦辉

**【摘要】目的** 总结运动区脑肿瘤患者术后肢体功能障碍的护理经验。**方法** 回顾性分析2012年1月至2014年7月手术治疗的60例运动区脑肿瘤患者的临床资料,对其护理情况进行分析总结。**结果** 术后肢体肌力Ⅳ级13例,Ⅲ~Ⅳ级28例,Ⅱ级10例,Ⅰ级9例。康复治疗肢体肌力Ⅴ级38例,Ⅲ~Ⅳ级10例,Ⅱ级7例,Ⅰ级5例。**结论** 科学的临床护理及康复指导对运动区脑肿瘤术后肢体功能障碍有积极指导意义。

**【关键词】** 脑肿瘤;运动区;手术;肢体功能障碍;康复治疗;护理

**【文章编号】** 1009-153X(2016)02-0118-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 739.41; R 473.6

手术是治疗运动区脑肿瘤有效方法,但术后肢体功能障碍发生率高,影响患者预后<sup>[1]</sup>。术后针对运动障碍的患者进行有计划的科学护理及康复训练非常重要<sup>[2]</sup>。2012年1月至2014年7月手术治疗运动

区脑肿瘤60例,本文对其护理情况进行分析总结。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男37例,女23例;年龄16~69岁,平均46.5岁。颅内压增高23例,肢体偏瘫48例,癫痫37例,精神症状8例,其他表现6例。头部CT和MRI检查显示运动区病变,位于主运动区47例、辅助运动区23例。手术全切除肿瘤50例,近全切除10例。术后病理示胶质瘤34例,脑膜瘤18例,转移瘤7

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2016.02.023

作者单位:430015 武汉,湖北省中西医结合医院神经外科(赵建平、甘文芳、陈小奇、陈娇红、韩 琴、谢永香、张红波);100050 北京,首都医科大学附属北京天坛医院神经外科(孙彦辉)

通讯作者:张红波, E-mail: hongbozhang99@163.com

例,脑脓肿 1 例。

1.2 术后肢体功能及并发症 术后肢体肌力Ⅳ级 13 例,Ⅲ~Ⅳ级 28 例,Ⅱ级 10 例,Ⅰ级 9 例。术后合并脑水肿 37 例、肺部感染 2 例、泌尿系感染 3 例、颅内感染 1 例、癫痫 13 例、下肢深静脉血栓形成 2 例。

2 护 理

2.1 一般护理 指导和协助病人洗漱、进食、如厕及维持个人卫生。帮助病人翻身、肢体被动活动、保暖和保持床单整洁,满足病人的基本生活需要。注意防止意外伤害,行走时一定有人陪同,确保病人的安全。

2.2 肢体功能障碍护理 采用肌力分级法来评估患者肢体功能活动。指导患者早期在床上练习翻身,开始先做双髋向两侧摆动,然后带动躯干向左右移动。当患者能进行翻身和半桥动作后,可训练坐位。先从健侧卧位坐起,再到患侧卧位坐起,从协助到独立坐起。之后两腿下垂,坐在床边。进行坐位平衡练习,1 周后可进行站位、步行及上下楼梯的训练。指导患者家属辅助患者做睁眼、点头、伸舌、握拳等动作,指导患者进行手的技巧性、四肢的精细协调训练。维持手的功能位置反复训练握笔、穿脱衣裤,协助患者逐步学会洗脸、刷牙、如厕等。利用各种刺激强化患者的应答能力,锻炼患者的语言功能,提高患者的思维能力。康复时患者保持良肢位一是为防止或对抗痉挛姿势的出现,保护肩关节及早期诱发分离运动而设计的一种治疗体位—要求患侧上肢处于伸展位,下肢为屈曲位。可用软枕帮助,无论取仰卧位或侧卧位均应注意。要注意患侧肢体的按摩,改善血液循环,消除肿胀,缓解疼痛,促进患肢功能恢复。按摩应轻柔缓慢进行,瘫痪肌予以按摩揉捏,拮抗肌予以安抚性推摩使其放松;然后,进行各关节被动运动,先大关节,后小关节,做髋关节和肘关节活动时,活动幅度不宜过大,注意手法柔和。

3 结 果

围手术期患者肢体肌力Ⅴ级 38 例,Ⅲ~Ⅳ级 10 例,Ⅱ级 7 例,Ⅰ级 5 例。

4 讨 论

运动障碍是运动区脑肿瘤术后常见并发症<sup>[3-5]</sup>,

发生率为 55%~87%,影响患者预后<sup>[1]</sup>。肢体瘫痪可引起肢体血液循环及机械压迫导致深静脉血栓形成及褥疮,增加康复难度。早期恰当的康复及护理可以促进偏瘫肢体功能恢复,提高日常生活能力<sup>[6]</sup>。

本组 60 例患者康复治疗 after 肢体功能均有不同程度改善。早期护理与心理护理及疏导能取得患者主动有效的配合,可改善合并肢体功能障碍的状况,增加患者康复的信心<sup>[7]</sup>。病人可因手术创伤、麻醉反应、疼痛刺激、头面部肿胀、担心疾病的预后等产生恐惧,应主动与患者交流,并针对原因进行护理干预<sup>[8]</sup>。同时针对患者可能出现的心理问题,采用序贯疗法进行术前患者及家属的心理辅导,有助于缓解或减轻患者术后不适症状的焦虑等情绪反应,能更好的配合治疗;可以促进神经功能更好地恢复,提高日常生活活动能力<sup>[9]</sup>。

【参考文献】

[1] 赵 琳,王守森,黄银兴,等. DTI 对脑皮质运动区肿瘤患者偏瘫肢体术后运动功能的预测价值[J]. 中华神经医学杂志,2012,11(6):626-629.

[2] 韩晓薇,王桂静,林桂英,等. 脑血管病失语症的康复护理[J]. 中国老年保健医学,2003,1(2):61-62.

[3] 侯 智,李 维,安 宁,等. 唤醒麻醉下皮层电刺激在脑功能区病变切除术中的应用[J]. 中国临床神经外科杂志,2015,20:744-745.

[4] 廖兴胜,肖绍文,张超元,等. 神经导航辅助锁孔手术治疗功能区小病灶[J]. 中国临床神经外科杂志,2009,14:471-473.

[5] 李玉斌,冯 继,周益民,等. 立体定向引导显微手术切除脑功能区病变[J]. 中国临床神经外科杂志,2010,15:492-494.

[6] 孙彦辉,张俊廷. 脑肿瘤患者癫痫发作的药物治疗[J]. 中华神经外科杂志,2009,25(6):572-574.

[7] 李 岩,张 旭,徐辉彤. 脑肿瘤术后常见并发症的护理[J]. 中国医药指南,2013,9:351-352.

[8] 刘忠良. 偏瘫的康复护理[J]. 国际护理学杂志,2006,25(8):670-672.

[9] 张红波,孙彦辉,穆林森,等. 脑肿瘤手术前后抑郁的临床研究[J]. 中国神经精神疾病杂志,2014,3:129-132.

(2015-10-22 收稿,2015-11-28 修回)