



主编 陈立典

卒中单元 实施手册



人民卫生出版社

PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

卒中单元实施手册

主 编 陈立典

副主编 陶 静 吴 强

主 审 杜 建 吴炳煌

作者名单 (按姓氏拼音排序)

蔡树河 (福建中医学院第二临床医学院)

陈立典 (福建中医学院第二临床医学院)

何 坚 (福建中医学院)

林 栋 (福建中医学院)

林 茜 (福建中医学院第二临床医学院)

邱宜斌 (福建中医学院第二临床医学院)

陶 静 (福建中医学院第二临床医学院)

王芎斌 (福建中医学院)

吴 强 (福建中医学院)

薛偕华 (福建中医学院第二临床医学院)

杨珊莉 (福建中医学院第二临床医学院)

张 兵 (福建中医学院第二临床医学院)

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

卒中单元实施手册/陈立典主编. —北京:人民卫生出版社, 2008. 8

ISBN 978-7-117-10138-7

I. 卒… II. 陈… III. 中风—治疗—手册
IV. R743. 305-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 054282 号

卒中单元实施手册

主 编: 陈立典

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 8.25

字 数: 203 千字

版 次: 2008 年 8 月第 1 版 2008 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-10138-7/R · 10139

定 价: 20.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

前 言

《卒中单元实施手册》不仅适用于从事康复临床工作的医务人员，也可作为高等医学院校高年级康复专业学生学习参考。本书从临床实用性和可操作性出发，重点介绍了在卒中单元实施中如何合理、有效地应用针灸、推拿、传统运动等中医康复方法，围绕障碍促进功能恢复。

卒中单元是多学科团队合作，对脑卒中患者进行全面的治理（包括药物治疗、肢体康复、语言训练、心理康复和健康教育等）以改善预后、保留和提高功能的一种组织化管理模式。卒中单元体现的是对适宜技术的选择，而不是简单地叠加应用各种治疗方法。本书的特色就在于强调康复方法的协同和优选，在众多的治疗方法中选择出有效的方法，发挥其协同作用，避免无序的应用状态。

本书参编者都有多年从事临床卒中单元的研究与实践工作的经历，书中每一章节具体内容也都经过神经内科、中医老年病和针灸学科中具有丰富临床和教学经验的专家学者审定。由于我们水平有限，编写工作时间仓促，难免存在缺点或不当之处，敬请同行专家、读者批评指正，以便再版时进一步完善。

陈立典

2008年3月

目 录

第一章 概述.....	1
第一节 卒中单元简介.....	1
第二节 卒中单元的建立与运作	5
第三节 卒中单元的相关理论	20
第二章 卒中单元常用的康复评定	36
第一节 身体结构和功能水平的评定	37
第二节 活动水平的康复评定	79
第三节 参与水平(残障)的康复评测	93
第三章 卒中单元的实施.....	101
第一节 急性期卒中单元的实施.....	101
第二节 软瘫期卒中单元的实施.....	136
第三节 痉挛期卒中单元的实施.....	170
第四节 相对恢复期卒中单元的实施.....	209
第四章 其他障碍的康复治疗.....	229
第一节 吞咽功能障碍的康复治疗.....	229
第二节 语言障碍的康复治疗.....	233
第三节 认知功能障碍的康复治疗.....	243
第四节 抑郁症的康复治疗.....	250
第五节 肩痛的康复治疗.....	254

第一节 卒中单元简介

一、卒中单元的概念

卒中单元(stroke unit, SU)是多学科团队合作,对卒中患者进行全面的治疗(包括药物治疗、肢体康复、语言训练、心理康复和健康教育等),以改善预后、保留和提高功能的一种组织化管理模式。除康复医师和内科医师外, SU 还应有物理治疗师、作业治疗师、语言训练师和社会工作者等。

患者进入 SU 后,除了常规的体格检查及病史询问外,要求于 24 小时内进行各项必要的检查,并由卒中小组成员共同参与康复评定,制定康复治疗计划;强调患者早期活动,心理医师积极引导和心理支持,让患者主动配合治疗,尽力预防脑卒中后可能产生的各种并发症。在比较完善的卒中单元中,还指导患者及家属共同参与康复治疗计划,为患者出院后在家里自我训练以及为转院到社区医疗中心、护理院进行积极的准备。因此,广义的卒中单元可理解为把卒中患者的管理延续到出院后的家庭医疗与社区医疗,形成卒中管理的社会系统工程。

二、卒中单元的模式

卒中单元的治疗包括急性期治疗、康复治疗、预防等部分,模式尚未完全统一,常见的卒中单元模式有以下几种:

(一) 卒中小组(stroke team)

即移动卒中单元,对于因条件限制收住在卒中病房的患者,组织一组能为其提供所需服务的医疗队伍,开展灵活、及时的服务。

(二) 专门卒中单元(dedicated stroke unit)

只管理卒中患者的疾病特异性卒中单元。

1. 急性/康复联合卒中单元(combined acute/rehabilitation stroke unit) 收治急性期患者,为其提供数周的服务,一般不超过6周。对患者的治疗分为急性期治疗和早期运动康复,突出急性期的治疗。

2. 急性卒中单元(acute stroke unit, ASU) 收治急性卒中患者(发病1周内),为其提供康复的服务,包括急性卒中评估和卒中康复的功能。对患者进行快速、有针对性的检查和评定,以确定是否有必要住院及康复计划的实施。

3. 卒中康复单元(stroke rehabilitation unit, SRU) 收治发病1周之后的患者,为其提供数周的服务。

(三) 混合评定康复单元(mixed assessment/rehabilitation unit)

由经验丰富的监护小组组成,致力于包括卒中在内的致残性疾病的康复。

(四) 延伸的卒中单元(extended stroke unit)

可称之为广义的卒中单元,目的是利用完善的医疗服务制度,尽可能使卒中患者得到最大限度的功能恢复。

三、卒中单元的历史与意义

(一) 卒中单元的历史发展

从20世纪50年代至21世纪的今天,全世界各地纷纷建立

不同形式的组织化卒中医疗。卒中单元最早起源于半个世纪之前的欧洲。1950 年北爱尔兰的 Adams 报告了有组织的卒中服务模式,即在老年病房建立卒中康复组。1962 年报告了康复系统的第一个随机对照研究(random control test, RCT)。60 年代中期,美国匹兹堡圣弗朗西斯 St Francis 总医院首先建立了卒中监护病房(stroke intensive care unit, SICU)。随后英国、瑞典等国家亦建立了类似机构。由于当时对急性卒中患者尚无特殊治疗,SICU 并不能有效地降低患者的死亡率。1976 年美国曾报道了在两个社区医院建立的所谓急性神经血管单元(acute neurovascular unit),但在以后的临床中发现并没有达到预期的目的。70 年代中期起 SU 的工作重点转向了存活者的护理与康复,建立了相应的卒中康复病房。

进入 80 年代,SICU 为功能更强的急性卒中单元所取代,1980 年报告了第一个卒中单元的大宗病例研究(>300 例),证实了其短期疗效。1985 年出现移动卒中单元。1990 年对卒中单元进行了首次系统综述,并且把着眼点从美国的急性期监护治疗转移到早期康复的概念上。随后由于循证医学的普及和推广,对卒中单元进行了多次 Meta 分析和系统综述,奠定了卒中单元在临床实践中的确切地位。1995 年欧洲国际卒中会议支持建立 SU。2000 年开始出现延伸卒中单元(extended stroke unit, ESU)的概念。现在许多国家卒中治疗指南都把患者是否能进入卒中单元治疗作为评价患者是否接受了最佳治疗的指标。

(二) 卒中单元的意义

卒中单元经过半个世纪的发展,已经比较成熟,经过临床实践和研究已经充分证实:卒中单元的模式比在神经科病房的常规治疗模式优越,对急性脑卒中的死亡率、致残率、感染发生率、生活能力恢复、住院时间及降低医药费用等方面都具有显著差

异。20 世纪 90 年代循证医学的结论又进一步肯定了卒中单元的重要地位,它以大量临床证据无可辩驳地向世人展示,在 4 种治疗脑卒中均被证实有效的方法中(即卒中单元、溶栓治疗、抗血小板治疗和抗凝治疗),卒中单元的效果是最好的。这意味着治疗脑卒中最有效的方法并非一种药物和一种疗法,而是一种全新的病房管理模式。

四、中医在卒中单元的地位与作用

将传统康复方法应用在脑卒中临床治疗过程中,综合运用包括中药、针灸、推拿以及现代康复医学技术在内的多种治疗措施,对于脑卒中的临床治疗效果优于任意单一治疗。80 年代末期从欧美兴起卒中单元后,主要从患者被动的接受药物这一单一治疗转为主动地进行抢救、治疗、护理、康复锻炼、营养、心理指导等,但就是缺少中药、针灸、推拿等这些有效的治疗护理康复手段。如果在效法卒中单元先进管理模式的基础上,将现代医学的紧急救治和中医在护理和康复中的优势有机结合起来,则可能更能体现卒中单元的效率 and 有效性。因此探索传统康复方法和卒中单元相结合的有中国特色的卒中单元无论在理论基础还是在临床实践上都将有着重要的实际意义。

(一) 中药在卒中单元中的作用

为适应卒中急救的需要,利用中药优势,中药新药与剂型改革取得了较大的进步,例如临床上常用的复方丹参针剂、血塞通针剂、醒脑静等在卒中的救治中都发挥了重要的作用;将现代康复医学的功能评价方法引入到中医康复方案中,弥补了既往用肌力的恢复来评价偏瘫治疗效果的不足之处。

中医药虽然还不能完全取代急性期的现代医学的急救措施,但是在患者的整个治疗期间,同样有着不可忽视的作用。此外,中医在卒中患者的饮食、情志等方面的护理也有自己的

优势。

(二) 针灸的协同治疗作用

针灸对于卒中后功能障碍如肢体功能障碍、言语功能障碍、认知障碍等具有独特疗效。针灸与现代康复技术结合,与物理疗法、作业疗法等协同有序地运用,被动与主动结合,可促进神经功能恢复,提高肢体运动功能,防治卒中后的并发症,提高生存质量,降低致残率。此外,根据中医辨证理论,还可用中药药浴、熏、蒸等特色医疗手段配合康复功能训练。

近年来,实验研究对其作用机制从针灸对血液流变学的影响,对组织的供血供氧的作用,对血脂的影响,对脑电图、脑血流图、神经递质和神经元的影响等。这些方面的结果表明针刺能改善脑血流动力学、血流变学各项指标,很好地改善卒中患者血液的“浓、黏、凝、聚”状态,良性调节脑血管功能,使脑循环血流量增加,从而促进大脑的功能重组和功能恢复。

第二节 卒中单元的建立与运作

一、环境准备

(一) 环境准备的主要原则

环境准备是卒中单元建立与运作的重要环节之一。根据脑卒中患者的病情和功能障碍特点,环境准备的主要原则是建立适宜的无障碍空间环境。具体包括以下几个方面:

1. 安全性 环境的安全性是人们最基本的需要。卒中单元服务对象是脑卒中患者。由于他们存在着偏瘫等多方面的问题,有时难以克服某些障碍,容易发生危险。此外,脑卒中患者中以老年人居多。老年人身体功能退化,行动缓慢,对环境的感

知力较差,对刺激的反应灵活性也较低,更会增加跌倒而引起其他合并症的危险。因此,安全性是卒中单元环境准备不容忽视的一个重要环节。卒中单元环境准备要全面考虑环境设施的安全性,确保脑卒中患者的使用安全。例如病房厕所及浴室需安装防滑的地面,走廊需要有良好的灯光照明,马桶旁需加装扶手等。

2. 可及性 为保障脑卒中患者通行的权利,鼓励其在无需他人帮助的情况下,独立地完成自己的事情。卒中单元无障碍环境的准备强调环境的可及性。可及性就是能使脑卒中患者方便地感知、到达、进入及使用环境设施。例如:医院建筑的入口、走廊、室内应有足够的空间尺寸供轮椅通行;入口不应设置阻碍脑卒中患者的台阶而应设置坡道;厕所中便器的布置和高度、扶手的设置等必须使乘轮椅者可方便地在便器与轮椅之间转换;洗面台等高度和下部空间应使乘轮椅者可接近并使用该设备等。

(二) 环境准备的具体实例

1. 医院的医疗环境

(1) 各种门(包括两扇门的其中一扇门):在打开时,打开的门与相对的门框边或其他的一扇门之间的宽度不得少于 0.8m (图 1-2-1),以利于轮椅进出。门把手(图 1-2-2)设置的高度为距地面 0.85~0.90m 处,门把手或锁可为杠杆式,以方便卒中患者操作。有条件的医院可设置自动开门装置。

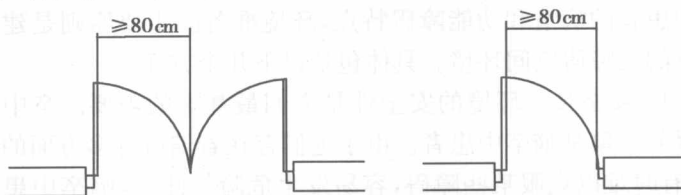


图 1-2-1 门的宽度

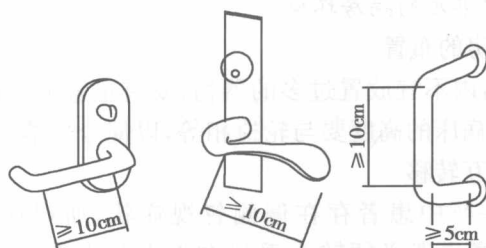


图 1-2-2 门把手或锁

(2) 走廊需要有良好的灯光照明;地面需铺设防滑地板;走廊两边设置扶手;走廊需有足够轮椅转移的空间。

(3) 地面高度有改变的地方或是连接楼梯的出口处等地方最好设置坡道:这是确保脑卒中患者以及老年人、其他残疾人独立通行的一种有效办法。坡道的理想坡度是 1 : 20 (5%) 与 1 : 15 (6.7%) 之间。若坡道的倾斜度过高,不但会使向上行者多耗体能,而且向下行者也难以控制速度。同时不利于坐轮椅的人驾驶轮椅。轮椅有前倾或后仰翻倒的危险。坡道两旁最好设置扶手。地面应该防滑。

(4) 医院通道的宽度:轮椅单向通行通道宽度需在 0.9m 以上;双向轮椅通行通道宽度需在 1.5m 以上;轮椅及行人双向通行通道宽度需在 1.2m 以上。(图 1-2-3)

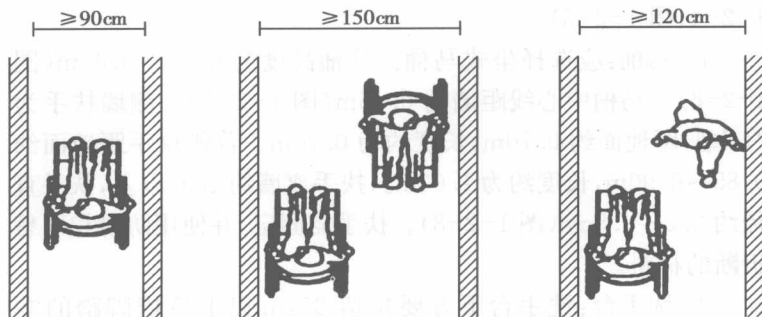


图 1-2-3 通道的宽度

2. 卒中单元的病房环境

(1) 病房的布置

1) 病房内不宜放置过多的器物,要有足够的空间,方便轮椅的活动。病床的高度要与轮椅相等,以便今后能完成床与轮椅之间的相互转移。

2) 有些卒中患者存在偏侧忽视症状,所以床头柜应放在患侧,这样患者必须转头看放在柜上的东西,并移动上肢横过中线去拿他需要的东西。床椅的转移也应是朝向患侧的运动。如果床的放置使患侧对着墙或使患侧难以活动,感觉丧失将会加重。许多患者在初期不能阅读时,可以看电视,电视机也尽量安置在患侧,患者须把头转向患侧才能看到。

3) 部分患者伴有不同程度的言语功能的障碍,应将其安排与言语功能较好的患者同住,尽量鼓励和促进患者之间的交流,增加练习机会,以帮助其提高言语能力。

4) 卒中病房每个房间一般安排 2~4 位患者。不鼓励脑卒中患者住单人间病房。

(2) 洗手间的设置:无障碍的洗手间设置包括马桶、洗手台与淋浴等设施。需考虑安全性和脑卒中患者的可及性。地面需做防滑设计。洗手间内部需提供轮椅者所需的回旋空间。(图 1-2-4、图 1-2-5)

1) 马桶:应选择坐式马桶。马桶高度为 0.38~0.45m(图 1-2-6)。马桶中心线距墙约 0.45m(图 1-2-7)。侧墙扶手为“L”型,距地面约 0.70m,长度约为 0.70m。背侧扶手距地面约 0.85~0.90m,长度约为 1.00m。扶手离墙约 5cm 以上,扶手直径约 3.2~4.5cm(图 1-2-8)。扶手需固定,并使用防滑和不易折断的材料。

2) 洗手台:洗手台下方要预留 25cm 以上轮椅脚踏的空间,宽度需在 85cm 以上,高度需在 70cm 以上。洗手台侧面

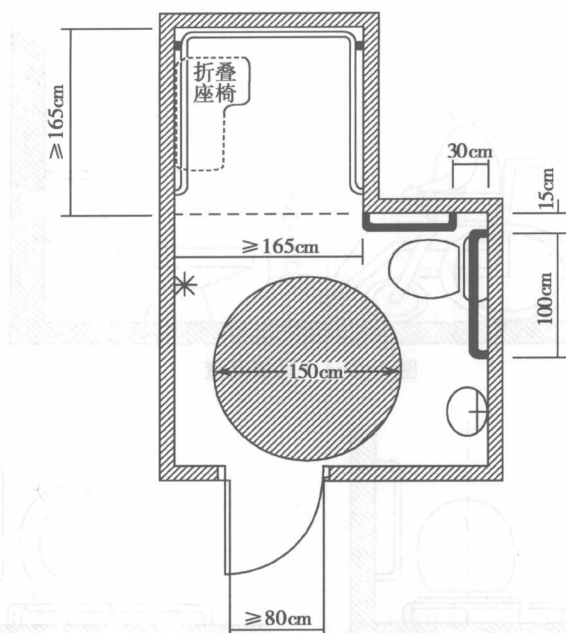


图 1-2-4 无障碍淋浴式洗手间

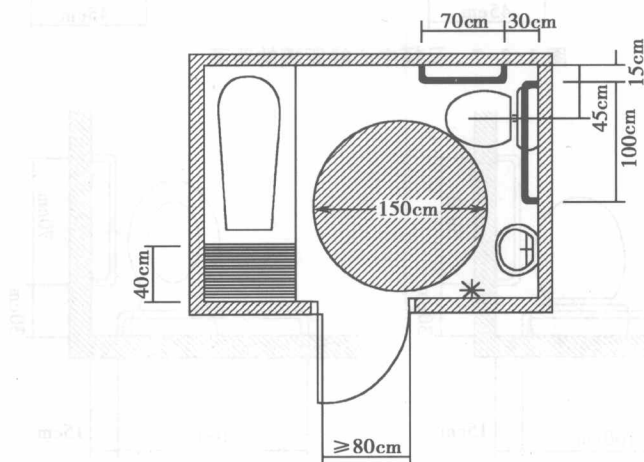


图 1-2-5 无障碍坐浴式洗手间

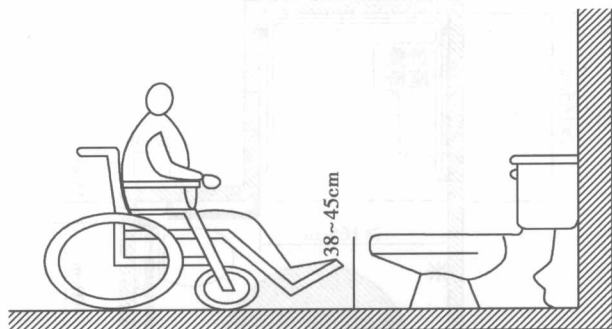


图 1-2-6 马桶高度

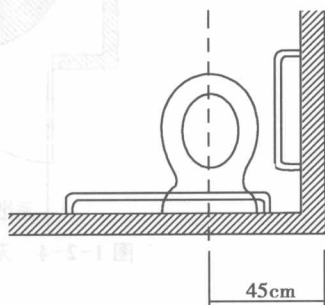
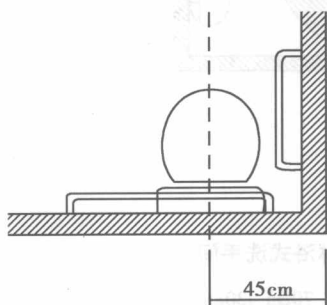


图 1-2-7 马桶中心线距墙的距离

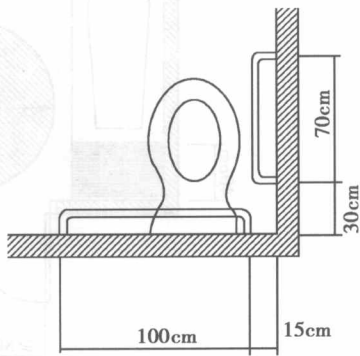
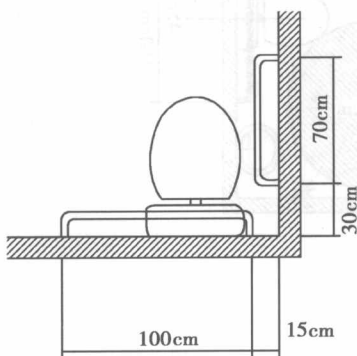


图 1-2-8 马桶边的扶手

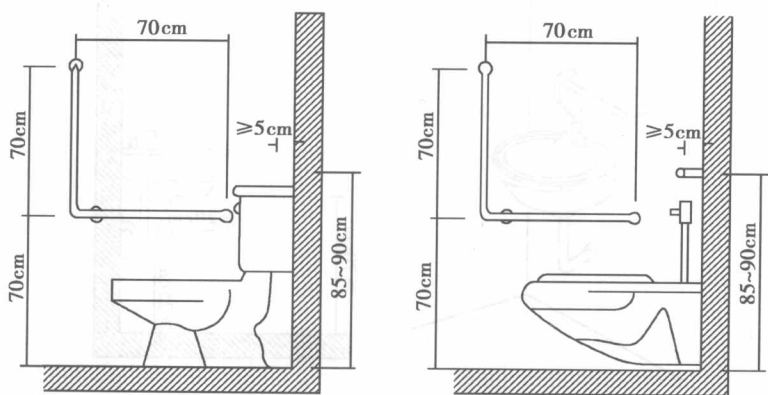


图 1-2-8 马桶边的扶手(续)

墙可设扶手。扶手离墙约 5cm 以上,直径约 3.2~4.5cm(图 1-2-9)。

3) 水龙头:可采用感应式或杠杆式(图 1-2-10)。

4) 淋浴间:需设置扶手。扶手固定,离墙约 5cm 以上,直径约 3.2~4.5cm。淋浴间可设置折叠座椅,其座位高度约 38~

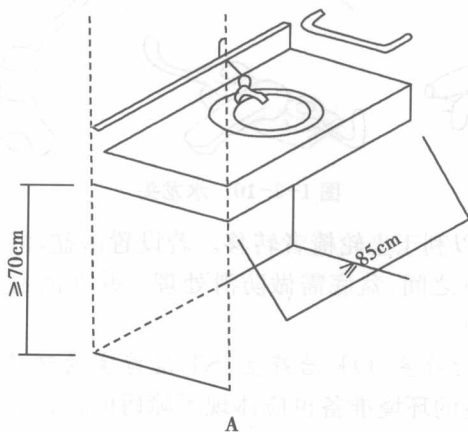
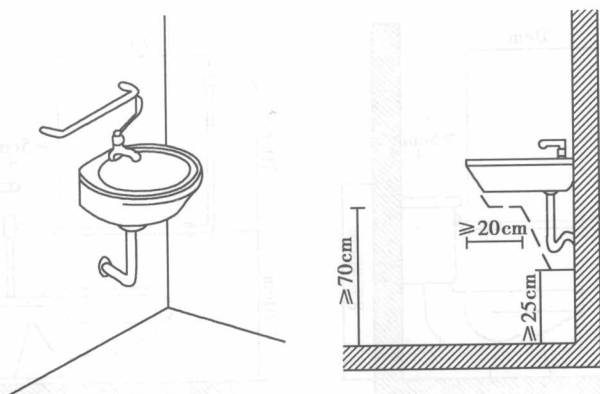


图 1-2-9 洗手台



B

图 1-2-9 洗手台(续)

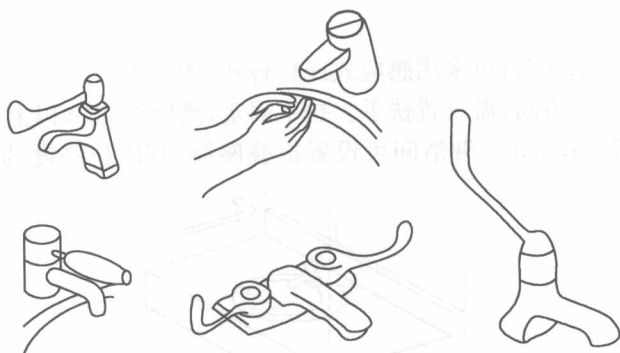


图 1-2-10 水龙头

45cm 之间,以利于坐轮椅者转移。若设置浴盆,浴盆侧缘高度在 38~45cm 之间,盆底需做防滑处理。并在浴盆旁设置扶手(图 1-2-11)。

3. PT 治疗室、OT 治疗室、ST 治疗室的环境 PT、OT、ST 等治疗室的环境准备也应体现无障碍的设计。常用器械应固定,墙面色调明快,地面应铺上木制双层地板较为理想。室内光线充足、明亮、空气新鲜,有温度、湿度调节装置。