



Springer

原著 Patricia M.Davies

主译 刘钦刚

循序渐进

偏瘫患者的 全面康复治疗

(第二版)

以 Bobath 观念为基础，全面修订并增补

华夏出版社

Springer

* 循序 渐进

偏瘫患者的全面康复治疗

第二版

(全面修订并增补,以 Bobath 观念为基础)

原著 Patricia M.Davies

主译 刘钦刚

华夏出版社

图书在版编目(CIP)数据

循序渐进·偏瘫患者的全面康复治疗/(瑞士)帕特里夏著;刘钦刚译.

—北京:华夏出版社,2007.3

ISBN 978-7-5080-4135-3

I. 循… II. ①帕…②刘… III. 偏瘫—康复训练 IV. R742.309

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 007645 号

Translation from the English language edition: Steps to Follow by Patricia M. Davies,
Copyright©1985,2000 Springer-Verlag Berlin Heidelberg
Springer is a part of Springer Science + Business Media

华夏出版社出版发行

(北京东直门外香河园北里4号 邮编:100028)

新华书店经销

北京中科印刷有限公司印刷

787×1092 1/16 开本 28 印张 612 千字 插页 1

2007年3月北京第2版 2007年3月北京第1次印刷

定价:58.00 元

本版图书凡印刷装订错误可及时向我社发行部调换

《循序渐进·偏瘫患者的全面康复治疗》

译著者名单

原 著 Patricia M.Davies
作 序 Jürg Kesselring 教授
主 译 刘钦刚

二版译者 刘钦刚(沈阳军区大连疗养院)
魏国荣(河北省人民医院)
赵建武(沈阳军区大连疗养院)
贡 瑾(沈阳军区大连疗养院)
贾晓红(沈阳军区大连疗养院)
刘 杰(沈阳军区大连疗养院)
孙姝阳(沈阳军区大连疗养院)
胡 平(大连海港医院)

一版译者 王冰水(第四军医大学西京医院)
李鹏虹(福建省干部疗养院)
倪朝民(安徽医科大学第一附属医院)

二版审校 赵永光(沈阳军区大连疗养院)

一版审校 南登昆(同济医科大学附属同济医院)
黄晓琳(同济医科大学附属同济医院)

译者的话

Steps to Follow 这本书的英文第一版于 1985 年出版发行,它的中文译本《循序渐进·成人偏瘫康复训练指南》于 1996 年出版发行,迄今正好 10 年。很多看过该书的同行都认为这是一本非常实用的书。由于印数只有 3000 本,并且未进入正常发行渠道,很多需要的人不知道在哪里能够买到该书。Steps to Follow 这本书于 2000 年出版了修订增补后的英文第二版,当时有同行建议翻译出来,我也觉得国内康复界的同行,尤其是康复治疗师需要这本书,就与国外出版社联系购买版权,外方以该书中文第一版的翻译合作不如人意为由而拒绝。这样又耽搁了几年,直到 2006 年初,经香港复康会项目主任,我们康复医师培训班的班主任老师、大家都熟悉和敬爱的 Sheila Puvres(贝维斯)女士出面协调,才购得该书的版权。为了突出本书的特点,定名为《循序渐进·偏瘫患者的全面康复治疗》。

由于该书的英文版已经面世 6 年,为了让它的中文版尽快与读者见面,我把手头的其它工作暂时都放下,专门进行翻译该书的工作。原书第二版比第一版增加了 100 页的内容,原有的部分内容也作了大量修订。由于有翻译第一版的经验及近 20 年的偏瘫康复工作临床积累,我比 10 年前能更好地理解该书的观念,译文也更加准确、流畅,更适合康复医学同道阅读。

为了读者能更好地理解书中的一些术语,在这里,我把一些词的译法加以说明:指导(instruction)是治疗师用口头或其他语言形式向患者解释、说明、强调、要求进行某种运动。引导(guide)是治疗师用手把持住患者身体某些部位,使之随治疗师的手进行运动,治疗师的手在这里有牵引、导向的作用。在我国的解剖学上,没有背屈一词,只有背伸,不管是腕背屈(dorsal flexion of the wrist),还是足背屈(foot dorsiflexion, dorsal flexion)、踝背屈(ankle dorsiflexion),都应该叫背伸(dorsal extension),但在原书中作者习惯性地用足背屈、踝背屈、腕背屈,只有少数用腕背伸,这里按原英文词作出翻译。书中的患侧是指偏瘫侧(hemiplegic side)或受累侧(affected side)。肩胛和肩胛骨同义(scapula)。第 14 章的“倾斜综合征”(pusher syndrome)在国内还没有一个固定的译法,根据其典型表现,暂时意译为倾斜综

合征。某些可能引起歧义的中文词都在后面的括号中加入了英文原文,以便于读者判断其原义。本书新增加的第15章,提出了神经系统异常张力(nervous system abnormal tension)或张力增高(increased tension)的概念,这并不是指我们的精神或情绪紧张,而是专指神经系统,主要是脊髓及周围神经的活动性变差,是物理学意义上的张力增高,所以要进行神经系统的松动治疗(nervous system mobilisation)。这一章中还用了神经轴(neuraxis)这个概念,其定义是:由灰质和白质组成的,具有器官腔的器官;也可译成脑脊髓。狭义的神经轴是指脑干和脊髓。书中人名除个别之外仍用原英文名,以便读者检索及在阅读外文文献时不致在人名上出现混乱。翻译过程中我们尽可能忠实于原作,因为我们想把原书的完整观念和技术奉献给读者,以便读者自己去理解,去体会。希望这些说明能对阅读本书有所帮助。

在两版书的翻译过程中,遇到了一些很难懂的句子或一些牵涉到国外文化背景的词。为确实搞懂这些句子或词的真正意义,多次请教了贝维斯(Sheila Purves)老师,她的丈夫 Bill Purves 先生也给予了很多帮助。另外还请远在英国研修康复医学的魏国荣老师帮助翻译了一些难点、难句,尤其是“序”中的难句。在此,对他们表示衷心感谢!本书是在第一版的基础上进行修订与增补的,所以作为两版的主译者,我也要感谢所有参与第一版翻译的同仁——王冰水、李鹏虹、倪朝民,以及第一版审校的专家——南登昆、黄晓琳。

近年来,康复理论与技术的发展很快,很多理论、观念和技术仍在不断更新之中,不同的作者可能有不同的见解,本书中的一些观念和技术也不是金科玉律,而且本书的英文第二版已经面世6年,而康复医学实践却在不停地前进。希望读者结合自己的临床经验及其他作者的观念和技术,兼收并蓄,并且及时了解 and 掌握不断发展的新观念和新技术。正如本书作者所说:本书所写的与其说是一种技术,不如说是一种观念。所以,希望读者能着重掌握其原则,再结合每个患者的实际情况进行应用。

由于本人水平有限,译文难免有欠妥之处,敬请指正。

刘钦刚

2007年1月28日 于大连

序

神经病学领域正在发生着实质性的变化。早期人们把它视作诊断不能治愈的疾病的科学,遵循中枢神经系统损伤不能修复的教条:“一旦发育完成,轴突和树突的生长和再生之源就无可挽回地消失了。在成人的大脑中,神经通道是固定不变的,任何东西都能灭亡,但没有任何东西可以再生。”(Cajal 1928)即使是那时这也遭到了持有现代观点的人的反对:康复不是发生在试管中。不久之后就得到了来自一个权威——Otfried Foerster,这位神经病学和神经外科学教授的支持。他写了100页的关于治疗性锻炼的文章发表在《Handbuch der Neurologie》这本书中(也是由Springer出版社出版)。下面这段话摘自他的绪论,说明他的治疗性锻炼的观点,很接近我们现代的观点(Foerster 1936):

“毫无疑问,大部分中枢神经系统损伤引起的运动障碍或多或少地被完全代偿,这是因为神经组织在正常情况下固有的适应和顺应的结果,即使是神经系统的实质性损伤,也能利用神经系统未受损部分的仍然可以利用的全部能力进行代偿。这是自然发生的,既不是损伤的逆转,也不是被破坏的神经组织的再生,而是靠神经系统残余部分的重组。这不是一台由各个零部件组成的机器,当一个零部件失效时,机器就停止了运转,相反,神经系统具有极好的可塑性和令人惊奇的广泛适应性,这种可塑性和适应性不仅产生于对外部环境的变化,对其自身物质的破坏也是如此。治疗性锻炼影响自然恢复的进程;它能促进并加强这个进程。事实上,当恢复的必要能力处于潜伏状态时,治疗性锻炼作为其推动力并不是不可能的……”

由于上述神经系统可塑性的新发现(Stein等 2000),由于新药理学方面的进展——但这些都必须通过神经康复的系统应用,神经病学事实上变成了一个以康复治疗为驱动力的专科(Kesselerling 1997)。通过研究神经细胞及其联系以及神经递质系统,通过影像检查记录功能改变(Frackowiak等 1997)及康复效果的评定(虽然很难)表明,成人的中枢神经系统具有惊人的再生和适应潜力,这种潜力能被增强。神经组织作为一个整体,通过对生理和心理的了解,这种潜力可以被理解为是学习的基础。尽管神经病学以前的主要目标是根据损伤尽可能清楚地描述缺损及其病理,有趣的是现在已经转变成确认仍存在的潜力并促进通过这种潜力学习的过程。

当Pat Davies于1985年出版了其开拓性著作时,神经康复领域还被认为是一个边缘学科。希望使用这种方法的神病学专家受到同事带着轻蔑微笑的藐视,大部分人认为这种方法最后只能不了了之,只有极少数例外。那时的康复还不是大学的科目,在大学里既不教授康复也不研究康复。然而,在像Pat Davies这样具有丰富实践经验和自信心的治疗师引导下,

2 偏瘫患者的全面康复治疗

研究大脑功能障碍后的特殊行为成为可能,使我们能更广泛地理解临床神经病学领域。这种治疗方法推动了更广泛的训练,通过全面的指导与对慢性疾病后遗症及神经系统损伤的治疗来改善功能,使他们能应对日常生活中的问题,这是最重要的事情。

医学的发展亟需尝试把两种文化结合在一起,神经康复可以成为这方面的一个突出例子。两种文化一个是科学,另一个是实践,或偶尔被称为“人文主义的一面”(Wulff 1999)。著名的英国血液病学家 Sir David Weatherall 使用了二难推论作为他的书名,这是一本值得一读的书:科学与安静的艺术——医学研究与患者护理 (Science and the Quiet Art. Medical Research and Patient Care)(Weatherall 1997)。作为一位科学家,尽管他成功了,那只是他经历的一个侧面,他要寻找对其职业的补充。他发现安静的艺术出自 Virgil 的叙事诗中,该叙事诗说到应该“不顾名声”地练习“安静的艺术”。然而,这是作为一名著名科学家及分子医学研究所所长,对那些在日常工作中践行安静艺术者的尊重,这些人的日常工作对他的书和基本方法有特别的意义。

人类智慧的基本兴趣点在两个主要方向上:一个是技术兴趣,这已经发展为现代科学的医学,我们用它进行客观事实的收集、描述及试验。这些可以被比作人类早期必须学习打猎、收集食物及区别其是否有毒、寻找居所及取暖。另一方面,我们还是社会性的人,为了生存我们必须能相互交流,以说明我们的兴趣。在水平方向上的交流,要求我们必须理解其他人当时说的话以及与当时场合有关的行为;还有垂直方向的交流——从早期的经验中学习,从前辈的经验中学习。

Karl Popper(Popper 和 Eccles 1982)采取了更激进的观点,把我们的活动归为两个不同的世界。“第一世界”是客观世界,担任自然科学领域角色,某些医生常常只对这一领域感兴趣。“第二世界”是我们感觉、记忆及思想的主观世界。我们每个人都是“第一世界”的一部分,但总有一个很小的、主观的“第二世界”伴随着我们每个人,还没有人能直接进入第二世界。在这个世界中,我们的情感,我们的健康状况,痛苦与疾病,及对未来的担心互相影响着——它们伴随着我们,我们也伴随着它们。科学领域的医学属于“第一世界”,但所有的医疗手段和治疗目的都处在“第二世界”。Pat Davies 在她的书中把自己与这些联系起来。

Popper 还另分出一个世界——“第三世界”:许多代人的文化成就,比如语言,艺术著作,科学理论,时代精神(Zeitgeist;那一代人的感受),尤其是与这方面的联系,伦理价值,行为规范和准则。

如果我们以理论知识指导工作并首先把患者看作一个生物体,其健康或功能受限属于一种自然现象,则临床上的思考就是通常以“第一世界”的观点开始的。以“第三世界”的观点考虑每一种情况,从文化内涵和实践医学中学习也同样重要用。尤其重要的是,我们还必须学会接受思考疾病的“第二世界”——患者在其生活框架内,经历并解释其疾病或残疾的方式及他自己如何改变这种状况。

今天最显著的变化之一是早期对进步的信任变成对进步的恐惧。对医学成就的感激被对医学的怀疑和激烈批评所代替。我们征服疾病能力的极大增长被不断增加的非人性化的医药及对患者的盘剥所削弱。过去一度受欢迎的、著名的治病方法现在被认为是非人道的工具。遗忘的趋势使这种对进步的再评价成为一种破坏因素。人们很容易忘记人类早期被疾病、疼痛和痛苦所困扰,这些已经通过医学进步而得到解除或减轻。医学进步导致生活的进

步,缺了它,我们不仅不快乐甚至不人道。为什么医学越成功,引起的批评越多?进步常被说成是阴阳脸,因为它不仅能去除不幸,也能造成不幸。为什么我们只对不利的一面感兴趣?对不断增加的环境和现实的合理控制,需要人力的合理分配,从而需要更多的相互信任。但这方面的现实却存在着诸多的疑问。如果医学进步确实成功,确实消除了痛苦,人们很快就理所当然地接受了,但其所带来的副面结果却不断地被夸大。就好像匮乏的商品会越来越昂贵一样,医学进步引发的副面结果越来越不能被接受,对其苦恼不堪,最终不可忍受,可以说,达到了可以忍受任何其它的苦恼而不能接受医学发展所带来的副作用的程度。现在对医学的批评意见不是针对失败,而是针对成功,即使仍存在很大的空间允许进一步的发展。医学的不足既可以用过度的希望和需求解释,也可以用缺乏任何成就来解释。由于过度的需求总伴随着失望,所以我们应该学会接受它。

也许认为医学是一门科学首先就是不现实的。即使是现在,医学也只有一部分达到了成熟科学学科的标准,如同数学或生物学(Kuhn 1965)。医学仍然是部分地处于经验性描述阶段,部分地上升到理论阶段;日常的医疗实践很少是以循证医学为基础的。现代西方医学发现,其自身遇到危机的原因之一可能是它建立的不同模式,并坚定不移地坚持这个模式,同时这个模式已经开始不稳定,部分正在转变,没有任何明显的可以把它们结合在一起的作用力。这些模式之一是分子医学和生物学的简化论者的捷径。不可否认,沿着这条路已经取得了巨大的成果,尤其是在阐明疾病机理及其遗传病理学领域,并以惊人的速度取得更多的成果。然而,为了弄懂疾病的机理,而不是考虑病人的疾苦和需求,许多医学实践丧失了应有的质量。把医学局限到分子水平的问题事实上在于个人,作为我们中的“我”和“你”的经历,要么消亡,要么走向迷途。在这个研究空间里,没有任何器官不借助于设备能在分子水平感觉到。眼镜,手杖,甚至轮椅能立即被接受为个人的辅助用具,因为它们有明显的好处。人们更容易接受关于空间和时间的天文技术的发展,因为它们的范围远远超出了我们自己的时间和空间水平。然而,能够直接感受分子水平的辅助器具更复杂,更难以想象,所以它们仅由少数受过严格训练的专家掌握。不过,在医学领域,存在一种感觉及假设,研究的对象是我们自己或接近我们的某些人。知觉领域的知识缺乏总是引起焦虑,这可能就是许多人怀疑不是通过直接体验及检查得到的科学知识的原因。从哲学角度讲,尽管我们已经使用最现代的技术,但对分子和遗传医学水平缺乏理解将导致返回焦虑占主导地位的日子,因为所有的生活都被认为是注定的,不是被命运注定,就是被上帝注定。

医学的第二个模式转变是由所谓的替代医学推动的,它得益于正好处于科学的医学的相反立场上。它提倡人是一个“整体”的观点,其实际的基础常常只有在开始时被接受。这种类型的医学不再相信身体自愈的能力及推荐健康的生活方式和身体锻炼,而在费用上,它现在已经赶上了传统医学。与科学的医学的本质对比,事实上在替代的情况下,特定情况下改善的主观评价证明治疗是成功的。科学领域的医学,要求根据测定的数据进行统计支持,这种测定参数,在确定一种治疗方法适用之前,是通过足够长的时间,检查了大量患者而得到的。在神经康复中最重要的“手法”治疗领域中,判断效果必须用其它标准,而不是那些用于判断药物治疗有效性的科学研究标准。如果这些疗法要促进学习效果,它们必须与教学法或训练效果进行比较。任何人都不会用双盲研究检验教育或体育训练营的效果。当然,偏见、对变化缺乏准备、权威主义已经延迟了每个时代的进步。医学仍是一种艺术,但是,由于我们的

4 偏瘫患者的全面康复治疗

知识缺乏及我们的无知,医学已经变成更加难以实践的艺术了。

社会模式的进一步转变也作用于医学。直到这之前很长一段时间,对发展和改革的全部需求都有经费支持,现在却突然落空,但那些能做又必须做的事情并没有停止,这些要求并没有变得更沉寂或适度。从这一点上讲,神经康复应该少与其它医学治疗方法作比较,多与其它文化服务、教育功能及经费需要作比较。

现代医学的第四个问题,也是一个非常忌讳提及的问题,其作用是保护健康和延长生命,从本质上看,对单个患者是件好事,但从整体上,从更广泛的与政治相关的人口结构方面看,它带来的却是灾难性的后果。然而,神经康复不仅与延长生命有关,还与改善生活质量有关,这已经得到各方面的认同。

Pat Davies 创立的临床(实践-人文主义的)方法,在这本书中得到了全面的反映,是能遇到的“伴随着现代医学的忧虑”的典型例子(Kesselring 1998)。除了她的创造性的、与实践相关的神经生理学观点之外,她的直接指导,治疗患者的实践,排除了只把注意力集中于疾病的危险,取而代之的是把注意力集中于患病的人身上。

在科学地理解疾病的机理及其影响之后,就会发现为疾病或残疾人提供良好的护理和关注这二者之间并不存在矛盾。当然,临床工作和研究的先决条件是不一样的,某些部分甚至是矛盾的。临床医生应该传播自信及保证,应该传达信赖和希望——提高治愈作用,使疾病和残疾更容易处理。他们将做一些没有已知的、明确的科学依据的事情;他们常常必须做以有限知识为基础的评价和治疗,这种技能倾向于被称为直觉。与我们不知和无知范围有关的讨论不能在床边进行。忍受不确定、不安全感却传达确定并采取行动是临床医生最艰难的任务之一,这是一个永远无法完全解决的问题。另一方面,研究者的特征基本上是一个怀疑论者,总是刨根问底及寻找答案,因为只有这种方法才能引起进一步的研究,才能产生一个经得起考验的结果。当然,研究者用科学理论为自己镀金多于实际探索。

Pat Davies 是很少几位通过临床工作赢得广泛认同的人之一,她不断地提高,创造性地解决与日常生活相关的问题,她同时还是有超凡技能和教学经验的教师。临床研究者及学院教师都需要参加交流,能理解问题并提出解决办法,甚至这些问题常常是由并不直接参与这一工作的人提出的。只有这样他们才能把理论发现与日常实践相结合。在一起从事训练工作的不同领域的小组成员,不能缺少领军人物,以完成复杂的神经康复任务,只有医学理论和临床实践都取得成功才能证明成功,尤其是自愿地合作。和 George Bernard Shaw(肖伯纳 1856-1950)时代相比较,今天“医生的两难境地”一方面是医学理论与临床实践之间存在着矛盾,另一方面是两者必须相互结合。这需要新的教育课程及实践指导,这些都来源于对经验的认真总结,正如本书的内容一样,并继续热衷于两种医学文化及促进同道的相互交流。

Jürg Kesselring

2000年3月

Prof. Jürg Kesselring M.D

Professor of Clinical Neurology and Neurorehabilitation, Universities of Bern and Zurich.

Chairman of the Scientific Panel Neurorehabilitation of the European Federation of Neurological Societies.

Head of the Department of Neurology, Rehabilitation Clinic, 7317 Valens, Switzerland

第二版前言

在繁忙的临床实践中,我们很容易忽略这样的事实,每个患者都是独一无二的,他们是一个个具有个人愿望、记忆、习惯、好恶、运动、穿衣及谈话方式的人。偏瘫并没有一个典型的形象,某些肌肉的瘫痪、痉挛肢体的姿势及感觉的丧失决定了特征,正像某些教科书描述的那样。因此,没有适合所有患者的治疗处方。事实上,没有哪两个患者具有相同的症状,或因相似的症状而表现出相同的功能障碍程度。他们对治疗程序的反应方式也不一样,所以应该避免拿一个患者的成功与另外的患者进行比较,因为这能使人感到沮丧。为了康复的成功,从严格意义上讲,对每个患者经历的特殊问题都需要认真分析,治疗目的在于解决这些问题。

在我写完这本书第一版后的 15 年间,在治疗方面已经取得了令人振奋的进步,这为我们提供了帮助患者克服运动和知觉障碍的可能性。如果我们不接受这些进展,那就是对工作不负责任,因为我们没有人能以现在的实践达到康复结果的完全满意。出于这种原因,我承诺增补再版,在保留第一版中已经被证明最有效的活动的同时,加入了新的有价值的活动。我非常希望治疗师们能把我推荐的活动纳入他们的治疗中,并看看他们的患者是如何反应的。不幸的是,某些医生和治疗师已经引进了趋向于阻碍进展的理论和治疗程序,同时还有另一些人害怕结合新的观念,倾向于屈从他们的担心。这些理论的大部分是无事实根据的及未获承认的。但 Cowley (1997)指出,“我们大部分人对缺乏确实证据的东西都信心不足”,“尚存的信心未必是真实的”。因此,我们必须知晓,当我们阅读新出版物,听某人带有权威性的讲演或上新治疗课时,虽然听起来像“上帝谈论来世”,事实上“这只是一个人在此时此地此环境的谈话,而绝不是任何其它东西”(Pirsig 1989)。只有我们自己试验我们学到的东西或我们的发现,并公正、客观地评估其结果,我们才能真正地肯定其功能性价值。

许多谬见或被 Cowley 称为“思想病毒”的东西现在普遍流行,某些是无害的,另外一些确实有害,它们延长了康复时间,可能妨碍取得更成功的结果,甚至使治疗不能继续下去。

2 偏瘫患者的全面康复治疗

无害的“病毒”是那些没有干扰患者实际治疗的东西,许多涉及关于大脑区域或刺激哪个皮质通路并产生肢体运动反应的神经生理学解释。但神经生理学是以始终在变化的学说为基础的,通常来源于动物研究或人类实验室试验,如果任何事情都把人的功能能力拿到真实的生活场合中研究,所获将会很少。其它一些疑问也不能动摇康复治疗,例如,认为视觉对于姿势和平衡非常重要是一种误解,甚至盲人都能参加体育运动、爬山、上台唱歌及使用公共交通工具。

过度担心是无益的或有害的“病毒”,它不仅限制了对患者的治疗,还引起治疗者对患者缺少积极的、有益的康复态度。这些潜在的广泛而错误的认识是非常有害的,所以希望大家对这些最常见的、与正确背道而驰的观念予以注意。

☆ 中风后所有活动的恢复或改善都发生在前3~6个月内。

对其正确性的反思:据报告,患者中风后超过5年仍有活动恢复和功能改善。通过正规的治疗和不懈地完成家庭锻炼计划,后期的恢复是非常显著的。

☆ 中风后出现癫痫发作的患者其康复效果很差。

对其正确性的反思:一位著名的国际板球运动员患癫痫,但仍能以良好的运动技巧和反应参加国际板球决赛。因此,应该考虑引起康复结果差的其它原因,例如康复本身的质量,治疗小组成员对癫痫患者缺乏积极态度,或护理者的希望值降低。

☆ 老年偏瘫患者不大适合康复,因为他们不大可能从康复中受益或达到日常生活活动独立。

对其正确性的反思:通过适当的治疗,即使老年患者也可能得到明显的恢复,但考虑到他们年龄太大,通常不再简单地为他们进行强化康复。没有证据表明年龄是影响康复成功的显著因素。

☆ 活动平板训练是一种比熟练的手法物理治疗更迅速、更好的训练偏瘫患者独立步行的方法。

对其正确性的反思:双腿很少是在无障碍的平面上步行。人类是因为要达到某种意图、目的而步行的,因为要保持平衡而步行,并要躲避路上的行人或障碍物。没有什么辅助机械能帮助重建这种复杂的行为。物理治疗师能够调整给予的支持,帮助患者恢复失去的步态成分,并在不同的环境中练习步行,以达到真正的功能性独立(Davies 1999)。

☆ 十指交叉握手以保护瘫痪的手并预防活动性丧失将损伤其关节及软组织。

对其正确性的反思:相反,如果教患者如何正确地叉握双手,偏瘫手将很少

损伤,通过这个方法,可以预防难看的畸形、疼痛以及做个人卫生的困难,即使是治疗停止之后(见第5章叉手自助活动部分)。

☆脚趾下放绷带卷站立能引起掌趾关节的半脱位。

对其正确性的反思:足底解剖结构的排列使这些关节在足背屈及在正常步行中伸足趾时不会半脱位。相反,该治疗方法防止了腓肠肌的短缩、踝阵挛及足趾抓地的疼痛,其后患者通过在家中自己练习,能保持偏瘫足的活动性(见第6章脚趾下放绷带卷站立部分)。

☆患者用夹板支持膝站立是被动的。

对其正确性的反思:通过负重实际上刺激了偏瘫的伸肌活动。通过夹板的帮助,患者能完全用患腿负重站立,患者能感觉到这一点,刺激了主动的、选择性的控制。另外,治疗师也能腾出手来帮助患者主动活动躯干。

☆孟肱关节的半脱位引起偏瘫肩痛。

对其正确性的反思:偏瘫肩半脱位本身并不疼痛,但没有相关肌肉的活动以保护肩关节,肩关节及其周围结构极易受损伤(见第12章)。患者的臂不应该用吊带或其它形式的支持制动,因为这些支持不仅不能矫正或缓解疼痛,还能引起其它问题。外科手术或固定无论如何都要避免。

因此,必须防止出现所有这类错误观念,因为,如果相信这类观念并允许它们传播,它们将限制治疗的发展并阻碍无数患者的进步。“观念的传播程度取决于几个因素,包括它激发起多少热情,其影响能持续多久及其在人群中遇到多大的阻力”(Lynch 1996)。因此,我们康复小组的所有成员都有责任,通过改善治疗评定及提供使人信服的结果,来阻止这种错误观念的传播。

我们必须对新观念保持开放并继续寻找新的治疗方法。Berta Bobath 自己提供了一个很好的例子,作为一名治疗师,她从未停止探索。尽管她的观念已经被证明是最成功的,并在国际上被广泛接受,直到她83岁去世之前,她仍不断地寻找克服患者问题的新方法,找出其治疗效果的解释。她真诚地希望发展和扩充她的观念而又保持其宗旨。在她送给我个人的一本书的介绍中,她写道:“我们都在根据我们不断增加的知识和治疗中的正反两方面的经验,学习和改变我们的治疗方法。这种改变是好事也是必须继续下去的”(B.Bobath)。

我的治疗工作及我在教学和书中推荐的活动坚持使用Bobath原则,确实,通过多年前与Bobath夫妇一起工作,使我第一次学到了如何更有效地治疗上运动神经元损伤的患者。引用牛顿1676年著名的论述,“如果说我看得更远,那是因

为我站在巨人的肩膀上”，我完全赞同这一点。现在，通过不断的探索，获得“不断增加的知识和经验”，以及从许多康复领域的专家那里学习的幸运机会，我希望我已经能够以 Bobath 夫妇希望的方式，结合新的观点，发展和扩充他们的基本观念。通过知识的积累和理解能力的提高，有时像 Burton 所说，“矮人站在巨人的肩膀上比巨人看到的更多”。

但是，我们不应该自满或满足于现状，因为仍迫切需要进一步改进对神经性损害患者的治疗。我们肯定还没有发现全部答案，我真诚地希望本书包括的活动和原则能激发其他人去探索新的方法以促进更大的进步。

在 Roger Nierenberg(1999)精彩的研讨会上，他解释如何把注意力集中在顾客、消费者，对我们来说是患者身上能使工作更有意义、更成功。他表示内聚焦如何使我们与患者(消费者或客户)隔离，因为那样我们完全聚焦于所做事情的正确性和顺序上了；而外聚焦鼓励我们去创造，使工作有意义，我们为什么做它，工作的对象是谁，也就是为谁策划。Nierenberg 还强调康复小组双向交流的重要性，正如他所说，交流的线路是一个组织的效率及达成一致意见的“心跳和脉搏”。小组内没有一种职业能单独工作而获得完全成功。如果不在白天的剩余时间或夜间遵守同样的原则，一小时的正确治疗将不会有什么作用。应鼓励所有的小组成员坚信以同样的原则完成他们的治疗程序，当然患者亲属也是小组的一部分。绝不能排除他们的参与、学习，以及向他们演示用更具治疗性的方法担负更大的责任。

我们应避免因与康复结果有关的统计所作出的负面预言而气馁，按 Gegax 和 Hager(1994)的说法，“统计学常使人糊涂，误导，被滥用。所以，为什么还用它们？”我们必须努力帮助每位患者达到最大的功能恢复，同时预防能引起额外痛苦或制约恢复的并发症。最新的治疗进展必定能帮助我们达到这个目标，但患者在床上和椅子上的正确体位摆放原则及认真处理和以前一样仍然重要。

我真诚地相信，这本新版书中包括的建议和治疗性活动将导向更成功的康复结果，并提高患者的生活质量。当然，对于患者及参与他们治疗的人来说，成功的康复结果是对治疗所花费的时间及努力工作的最有价值的回报。

Pat Davies

2000年3月 于瑞士

第一版前言

人人需要希望，
人人需要爱，
人人需要得到同胞的信任，
人人需要爱以创造美好生活，
人人需要有诚意的援助之手。

天父

近七年来我的工作可粗略地分为两半，一半治疗患者，一半给医疗和医疗辅助人员讲神经病学的课程，主要是成人偏瘫的治疗课程。患者及参加课程的人员常问我，为什么没有一本包含他们所学内容的书，让他们能更深入地阅读以加深并巩固他们的知识。我发现很难建议他们从大量的偏重于理论的文献中进行选择，这些理论性文献常不能提供实践性的指导方针，以便他们能处理所面临的种种问题。

我希望这本书能填补这个空白，在写书时我已尽量使其更实用，同时也尽可能使其具有科学性。但基本上这是一本关于人、患者和那些帮助他们的人的书，而不是研究论据和数字文献者的书。而且我希望所有没有机会参加专门课程学习的治疗师、护士和患者的亲属将发现本书的有用之处。正如 Sagan (1977) 写到的那样，自从发明了写作，从书本中学习已成为可能，而不必完全依赖有人在面前教我们。

除了在医院或康复中心照顾或治疗患者之外，重要的是看他在外在世界中伴随着各种困难和挑战是如何生活的。尽可能多地在不同场合观察患者是康复内容的一部分。康复计划成功的许多判断完全是在患者处于保护性环境下完成的。因为瑞士有个习俗，患者在一个阶段的治疗结束时邀请他的治疗师和医生吃饭，我个人在这当中已学到了很多，并改变了很多先入之见。在“不用帮助能行走 45 米”和“在拥挤的餐馆里走到餐桌旁边”有着很大的不同。一起就餐还提供了倾听患者说些什么的宝贵时间，而在繁忙的科室工作中就没有这个时间。

对治疗师和其他阅读本书的人，我想提出一些可能有用的想法，尤其是那些以前没有治疗偏瘫患者的经验或没有应用这些观念的人。

1. 因为这本书与其说是一种技术不如说是一种观念，所以没有完全适合任何患者的处方。任何事情，只要能使患者产生新的能力，或能使其按更为正常的方式运动，都可以毫不犹豫地加以应用。

2 偏瘫患者的全面康复治疗

2.偏瘫的治疗并不只是按一定顺序完成一系列孤立的锻炼,而是准备完成一种实际功能的一定程序的活动。

3.康复开始于患者中风发病之日,而不只是他能够到康复中心之时。

4.所有为患者工作的人都必须深信所用的每个体位或活动的重要性,如果我们都不相信,他也一定不会相信。

5.不是所有的偏瘫患者都是老弱者,他们寄希望于康复拓展他们的能力,不仅仅只是在家中能生活自理,或不需帮助能够慢慢步行45米。为每个患者争取达到更高的目标很重要。即使患者年龄较高,也不应把他排除在全部的及主动的治疗计划之外。有证据表明,年龄并不能阻碍康复或恢复(Andrews等1982,Adler等1980)。

6.对患者说话要用正常成年人的方式,必须避免说话拖长音,在要求他单独做某事时,要避免使用“我们”的形式。只要是谈论或讨论有关他的事情,应认真地征询他的意见。毕竟偏瘫是其生活中一个很严重的事情,他有权参与决定他的未来。要特别注意和失语患者说话的位置。让他能看到说话者的面部,用简短明确的句子将有助于他理解说话的内容。

7.要尽可能避免负面反馈,否则患者的日子里将充斥着“不是这样”,“不能那样”。只要改动几个字,同样的纠正错误的话可以以正面的形式说。

在以下的章节中用了不同年龄和不同康复阶段的患者插图,努力提供一个中风影响多样化的概念。书中出现的患者年龄范围从30岁到80岁。

为明确起见,本书中用男性人称代表患者,用女性人称代表治疗师或助手。在插图说明中,根据照片中人物的性别,用相应的人称。

Pat Davies 1984年11月于Bad Ragaz

目 录

第1章 我们看不到问题	1
与知觉障碍有关的问题	2
常见问题举例	3
张力过高	3
采取关节活动度末端位	3
用力按压支撑面	4
对指令反应过度	4
完成简单的活动时过度用力	4
有充分的肌肉活动仍不能完成作业活动	4
记不住约定、指导或以前给予的矫正	5
不能从患侧感知刺激	5
尿失禁	5
对不能完成作业活动进行不正确的解释	5
治疗过程中完成的活动不能延续到日常生活中	6
明显地失去主动性	6
不能回忆词语或组织正常长度的句子——失语	6
社会行为与所处的环境不协调	6
不能调整行为以适应不同的环境或作业活动	6
不能抑制对某种刺激的直接反应,尤其是视觉刺激	7
明显地缺乏动机	7
知觉和学习的相互作用	7
知觉障碍与学习	9
治疗的含义	10
引导的运动疗法	11
治疗性引导或强化引导	11
用语言指导	12
治疗性引导	12