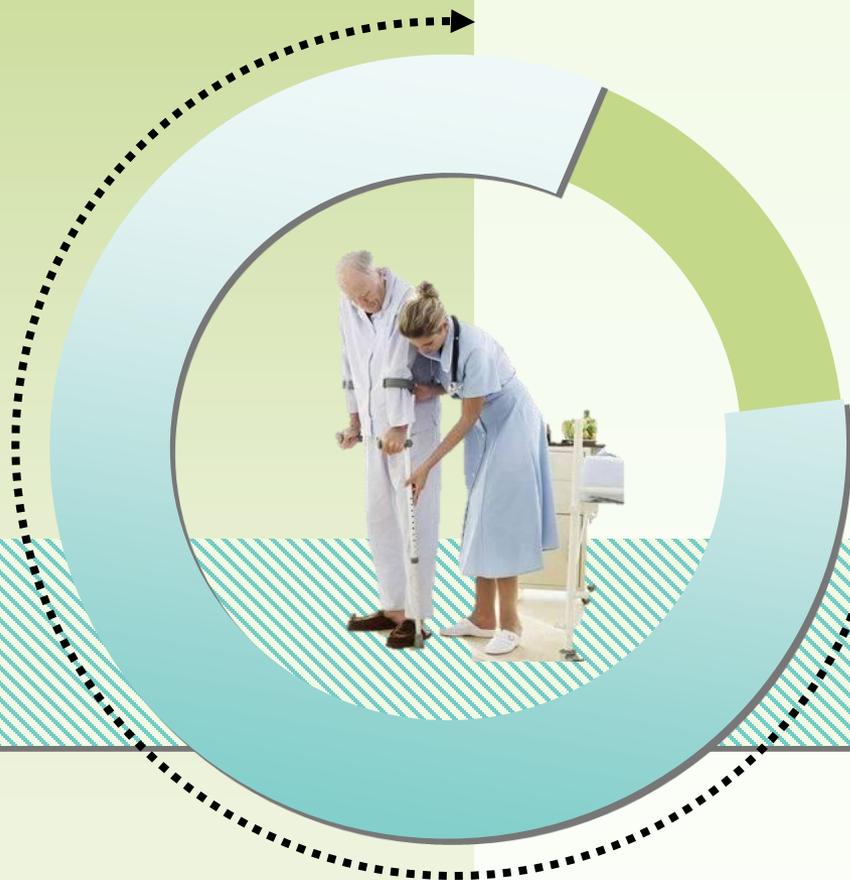


康复护理学



泰山护理职业学院



脑卒中运动及感觉功能评定



一、脑卒中运动功能评定

• 运动功能障碍

运动障碍是脑卒中患者最常见的功能障碍，多表现为一侧肢体的瘫痪，同时伴有一侧中枢性面瘫（偏瘫）。肢体失去正常运动功能，表现为异常的运动模式，联合反应及共同运动是最常见的表现形式。



一、脑卒中运动功能评定

1. 随意运动丧失或部分丧失

在急性期呈弛缓性瘫痪，随意运动可完全丧失。痉挛期虽有随意运动，但往往不完全。



一、脑卒中运动功能评定

2. 痉挛

上位运动神经损害的特征表现，常于卒中后1~3周内出现，并逐渐加剧达到高峰，随着病程发展而逐步消退。若痉挛严重且持续存在，运动功能恢复的可能性较小，可引起关节挛缩畸形加重功能障碍。



一、脑卒中运动功能评定

3. 异常运动模式

脑卒中后伴随意运动恢复出现原始运动模式，如联合反应及共同运动，影响动作的准确、协调及效率。



脑卒中运动功能评定

- 目前偏瘫运动功能的评价方法：

- 常用的有 Bobath、Brunnstrom、Fugl-Meyer、上田敏法等。根据偏瘫的恢复机理而制订。
- Brunnstrom法是评定脑卒中患者运动模式和功能的最常用方法，虽分级粗略，但省时，而且分级与与功能恢复的进展有关。
- 其它常用有关运动功能的评定：肌力及肌张力评定、关节活动度测量、步态分析和平衡功能评定等。



Brunnstrom 运动功能评定

阶段	上肢	手	下肢
I	无任何运动	无任何运动	无任何运动
II	仅出现痉挛、协同运动模式	有极细微的屈指	有极少的随意运动
III	痉挛加剧、可随意发起协同运动，联带运动达高峰	能屈曲和钩状抓握，但不能伸指。	随意引起共同运动，在坐和站立位时，有腕、膝、踝的协同性屈曲。
IV	出现脱离协同运动的分离运动：肩 0° 、肘屈 90° 时前臂可旋前、旋后；伸肘时，肩可前屈 90° ；手可触及腰骶部。	能侧捏和松开拇指，手指有半随意的小范围伸展。	开始脱离共同运动。坐位时可屈膝 90° 以上，足可向后滑动。在足跟触地时踝能背屈。
V	分离运动增强，痉挛减轻，共同运动减弱。肘伸展时上肢可外展 90° ；上肢前平举及上举过头；前臂能旋前、旋后。	手掌能抓握球形物和圆柱状但不熟练；可以随意全指伸开，但范围大小不等。	分离运动增强，痉挛减轻，共同运动减弱。立位时腕伸展位能屈膝；膝伸直，足稍向前踏出，踝能背屈。
VI	协调运动接近正常，痉挛基本消失，V级动作的运动速度达健侧 $2/3$ 以上。	可进行各种抓握；可进行单指活动，但比健侧差；可全范围伸指。	协调运动接近正常，以下运动速度达健侧 $2/3$ 以上：坐位时腕可交替地内、外旋，并伴有踝内外翻；立位伸膝位时腕可外展。

二、脑卒中感觉功能评定

- 感觉功能障碍

多表现为痛觉、温度觉、触觉、本体觉的减退或消失。感觉障碍将影响到信息的传入，从而影响到运动功能障碍的恢复。

- 认知功能障碍

包括意识障碍、智力障碍、失认症和失用症等高级神经功能障碍。



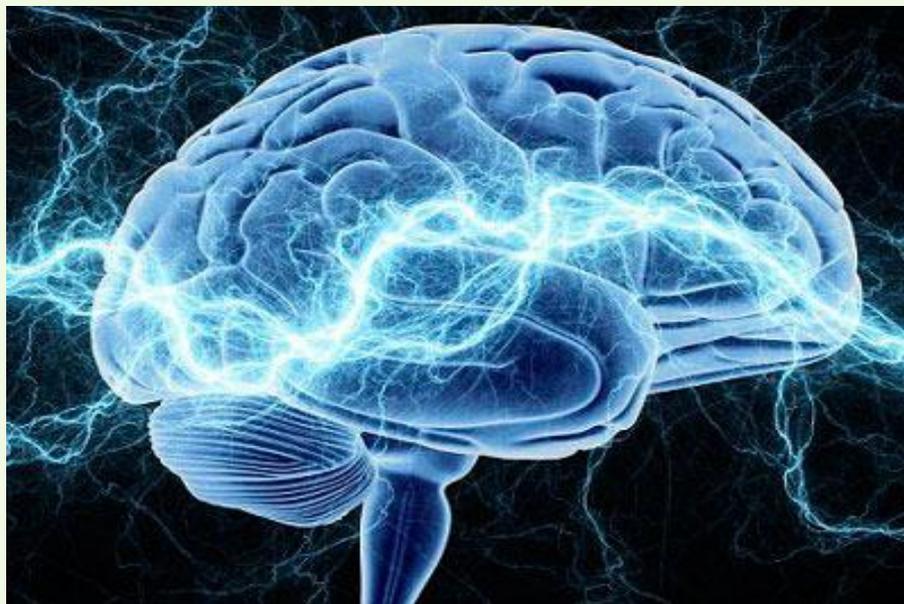
二、脑卒中感觉功能评定

- 认知功能评定包括各种注意力和记忆力检查、简易精神状态评定、Loewenstein认知功能评定等；
- 知觉功能评定包括单侧忽略评定、左右失定向失认评定、结构失用评定、手指失认评定等。





脑卒中其它功能障碍评定



一、日常生活功能评定

- 日常生活活动能力障碍

表现随意运动困难，不能独立完成日常生活的基本活动，生活质量低下。



一、日常生活功能能力评定

- 日常生活能力评定常用Barthel指数评定和功能独立性评定（FIM）；
- 工作能力评定包括功能性能力评估、工作分析及工作模拟评估等。



二、工作能力评定

- 工作能力评定包括功能性能力评估、工作分析及工作模拟评估等。



二、工作能力评定



三、社会参与评定

- 心理与社会影响

表现情绪抑郁、焦虑、悲观失望、动作迟缓及失眠等。



三、社会参与评定

- 生活质量（quality of life, QOL）评定分为主观取向、客观取向及疾病相关QOL3种。
- 常用的量表有生活满意度量表、WHO-QOL100和SF-36等。



三、社会参与评定



四、言语障碍评定

▶ 言语障碍

- 包括交流与读写等能力障碍，常表现为失语症和构音障碍。
- 失语症是由于大脑优势半球（左半球）语言区损伤所致，表现为听、说、读、写的能力障碍；
- 构音障碍是由于脑损害而引起的发音器官肌力减退、协调不良或肌张力改变而引起的语音形成障碍。





脑卒中上肢合并症的评定



一、肩关节半脱位

• 肩关节半脱位 (Glenohumeral Subluxation, GHS)

(1) 原因：肩关节囊、韧带本身的松弛、破坏以及长期牵拉所致的延长；肩关节周围肌肉（如冈上肌和三角肌后部、冈下肌）功能低下、瘫痪、痉挛所致的肩胛骨下旋、内收或后缩等。

一、肩关节半脱位

(2) 临床表现

肩胛带下降、关节盂向下倾斜、肱骨头向下滑出关节盂，肩峰与肱骨头之间出现明显的凹陷，可容纳1/2~1横指，X光下可见肱骨头和关节盂之间的间隙增宽、肩关节半脱位。



一、肩关节半脱位

(2) 临床表现

患者早期无任何不适，部分患者因患侧上肢在体侧垂放时间较长，会有不舒服或疼痛感，当上肢被抬起或置于桌面上症状可缓解。



二、肩痛

• 肩痛 (Shoulder pain)

(1) 原因：肩关节正常运动机制受损，如盂肱关节排列不整齐、肩胛肱骨协调运动丧失；不正确的搬运、用力上抬患侧上肢以及不恰当的运动，造成肩部损伤、炎症或肩关节粘连；肩关节半脱位；肩-手综合征；肩部肌肉痉挛、挛缩等。



二、肩痛

(2) 临床表现

- 多在脑卒中后1~2个月出现。
- 初期多为肩关节活动时出现疼痛；



二、肩痛

(2) 临床表现

- 后期可在休息时仍有自发痛，疼痛范围随症状加重而涉及肩、上臂和前臂，影响患者休息及康复训练进程，并会因此而诱发患者产生情绪障碍。



三、肩-手综合征

- 肩-手综合征 (Shoulder-hand Syndrome, SHS)

(1) 原因：可能与交感神经功能障碍；腕关节在屈曲位长时间受压影响静脉淋巴液回流；过度牵拉腕关节；患侧手背长时间静脉输液或手受到意外小伤害等因素有关。



三、肩-手综合征

(2) 临床表现：多见于脑卒中后1~3个月，发生率为12.5%~70%。

患侧突然出现肩痛，运动受限，手浮肿伴疼痛，被动屈曲手指尤为剧烈，局部皮温上升，消肿后手部肌肉萎缩。

重症晚期可出现手及手指挛缩畸形，患手功能将永久丧失。



Thank You!

康复护理学

