

# 美国退伍军人事务部/国防部成人脑卒中康复治疗管理临床实践指南 (执行简写版)

Barbara Bates, John Y. Choi, Pamela W. Duncan,

Jonathan J. Glasberg, Glenn D. Graham,

Richard C. Katz, Kerri Lamberty, Dean Reker, Richard Zorowitz

杨雅琴,王拥军,译

**[摘要]** 背景 专家委员会制定的卒中康复指南应用于退伍军人健康管理部门及国防部卫生保健系统。方法 根据以前发表的指南,委员会利用美国预防服务特别工作组制定的标准,评价了截至到 2002 年发表的文献。指南根据临床随机化实验、非对照性研究等证据提出建议(如缺乏确定的数据则根据专家组的建议)。结果 I 级水平的建议包括:在多学科康复环境中或卒中单元中传递卒中治疗,通过 NIHSS 对卒中患者进行评价,早期启动康复治疗,对吞咽困难患者进行吞咽功能筛查,积极进行二级预防,预防深静脉血栓等。推荐应用标准化的评价工具制定适合每个患者的全面的治疗计划。强烈建议进行抗抑郁及情感波动方面的治疗。语言治疗师应评价患者的交流及认知障碍,并在需要时提供治疗。患者、家属及护理者是康复小组的重要成员,应当介入康复的全部疗程。这些建议在以下网站可查询:<http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/36/9/e100>。并附有每项建议的全文证据表。结论 这些建议应平等地应用于所有临床环境中的所有卒中康复患者,而不是仅针对联邦医疗系统的临床问题或资源。

**[关键词]** AHA/ASA 发表的实践指南;卒中;康复;生活质量

中图分类号:R743.3 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2006)01-0002-03

**[本文著录格式]** Bates B, Choi JY, Duncan PW, et al. 杨雅琴,王拥军 译.美国退伍军人事务部/国防部成人脑卒中康复治疗管理临床实践指南(执行简写版)[J].中国康复理论与实践,2006,12(1):2-4.

“卒中康复指南”是在国防部、退伍军人健康委员会及学术界的临床专家共同努力下制定完成的。它是以卫生保健政策及研究机构(AHCPR)制定的急性期后卒中康复指南(1995)、皇家医师大学(RCP)制定的卒中临床指南(2000)、苏格兰校际指南网络(SIGN)制定的对卒中患者的管理等为基础制定的。

专家小组根据美国预防服务特别工作组提出的标准,评估了每个问题的循证医学证据。对于存在疑问或缺乏科学数据之处,多学科专家小组达成共识,形成推荐意见。推荐强度根据证据质量、实验总体质量、干预的净效益等形成。证据质量由实验类型来决定,最高等级为随机化对照实验,最低等级为经验性观点。总体质量根据证据质量及是否与健康结局有关分为“好”、“尚可”及“差”。最终分级意见分类如下:

- A:强烈推荐的干预,总是被证明有效且被广泛接受的;
- B:干预可能有效/可被执行;
- C:干预可被考虑;
- D:被认为无效/不可被执行的干预,或可能有有害的干预;
- I:证据不足以进行推荐或反对——临床医师根据临床判定决定。

指南全文可在以下网址检索到:<http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/36/9/e100>。

随着本执行版指南的发展会增加新的信息及额外的参考文献,这些信息将会以斜体字标明。

## 1 背景

在美国,卒中是可以导致残疾的疾病。40%的卒中患者遗留有中等程度的功能残疾,15%~30%的患者遗留有严重残疾。早期启动有效的康复干预可改善预后,将功能残疾减至最小。患者功能结局改善可提高满意度,减少长期治疗的潜在费用。有证据表明,急性期后卒中患者在组织良好的多学科小组管理下进步更大。Duncan 及其同事发现,依照卒中康复指南进行康复可改善患者结局,并认为对指南的依从性可看作评价新

的急性期后卒中康复的组织化程序及资金情况的质量标准。

卒中康复应在住院急性期就开始,一旦卒中诊断成立,并且威胁生命的问题得以控制后立即开始。早期阶段首要问题是防止卒中再发。治疗并存疾病及预防并发症(证据水平=C)。对患者进行全面的评价对于临床管理及评估结局非常必要。应用效度良好的标准化测量工具可确保对神经科状况、残疾水平、功能独立性、家庭支持、生活质量及进步情况进行详实的记录。

## 2 启动二级预防

卒中后患者再发脑血管病事件的危险性增加。对危险因素的控制成为卒中康复及恢复的不可缺失的一部分。卒中的二级预防是终生的,并且是康复的重要因素。其中,关于高血压的治疗、华法令治疗房颤以及抗血小板药物治疗缺血性脑血管病均有明确的报道(证据水平=A)。

美国心脏协会及美国卒中协会(AHA/ASA)以前曾发表关于二级预防的循证医学建议。最近 AHA/ASA 常务委员会对此指南进行了更新。表 1 为指南的关键词。

表 1 关键词

- 康复的首要目标是预防并发症,将残损减至最小,最大限度地恢复功能
- 二级预防是防止卒中复发的基础
- 早期评价和干预是获得最佳康复的关键
- 标准化评价及应用效度良好的评价工具是制定综合性治疗计划的关键性因素
- 功能性目标应以循证医学干预为基础
- 患者患病早期应由经验丰富组织良好的康复小组管理以获得最佳结局
- 患者及家属/护理者是康复小组的重要成员
- 对患者及家属进行教育可帮助进行正确的治疗决策,增强社会适应性,保持康复获益
- 康复小组应利用社区资源进行社区资源重组
- 对危险因素及并存疾病的长期治疗及管理是确保生存的关键因素

## 3 预防并发症

译者单位:首都医科大学附属北京天坛医院神经内科,北京市 100050。译者简介:杨雅琴(1973-),女,山西太原市人,硕士,医师,主要研究方向:脑血管病的治疗及康复。

### 3.1 深静脉血栓 见表 2。

表 2 预防深静脉血栓

#### 缺血性卒中

应坚持早期进行运动,每日至少步行 50 m

可考虑皮下给予小剂量大分子肝素(low-dose unfractionated heparin, LDUH)(5000 U, BID)

根据有限的随机实验,低分子肝素(low-molecular weight heparin)及肝素样药物(heparinoid products)效果比 LDUH 为佳,可作为 LDUH 的替代

间歇性给予空气压缩泵(pneumatic compression devices)及弹力袜可结合以上干预应用于临床

对于肝素诱导的血小板减少症患者可给予其他抗凝剂,如阿加曲班(argatroban)或水蛭素(lepirudin)

#### 出血性卒中

目前还未进行任何实验。事实上,应避免使用抗凝剂,而应给予非药物性治疗

当形成深静脉血栓时应给予机械过滤装置

**3.2 压疮** 压疮的危险因素包括移动受限、糖尿病、周围血管疾病、尿失禁、体重指数过低等。患者入院后应进行彻底的皮肤完整性评价,并应每日进行(证据水平 = C)。建议正确地进行体位摆放、翻身、转移等,慎重地应用屏蔽喷雾剂、润滑油、特殊床垫,填充保护材料以减轻因摩擦造成的皮肤破损(证据水平 = C)。

**3.3 膀胱直肠功能** 约 50% 的卒中患者入院后有大小便失禁,6 个月后减至 20%。患者大小便失禁对护理者是个沉重的负担,膀胱直肠功能的管理因此尤为重要。留置导尿管可便于管理,防止尿潴留,减少皮肤破溃。但是,应用 Foley 导管超过 48 h 可增加尿路感染的危险性,因此除非无其他方法时才宜使用(证据水平 = B)。

卒中后便秘较大便失禁更常见。管理目标是保证摄入足够的流质饮食、块状食物、长纤维食物等,并且帮助患者建立良好的排便习惯及排便时间表。如果排便时间与患者以前的排便习惯相一致,则排便训练更有效。应用通便药物可能有帮助(证据水平 = I)。

**3.4 吞咽困难** 吞咽可能发生于约 45% 的住院卒中患者,可导致结局恶化,包括吸入性肺炎,并可导致死亡。患者入院后约 15% 可发生营养不良,这一比例在卒中后 1 周可翻番。在经口进食前应进行床边的吞咽功能筛查(证据水平 = B)。如果患者吞咽筛查结果异常,应进行详尽的床边吞咽功能检查(证据水平 = I)。

**3.5 详尽的康复评估** 对患者进行早期全面的评估,包括认知、交流、生理功能、心理病史及资源等各方面的评估,对于判定患者目前的能力、设定理想化目标以及指导制定治疗计划和干预措施等是非常必要的(证据水平 = B)。

#### 4 提供康复服务

虽然文献报道组织化服务是卒中康复的决定性因素,但为患者制定所需的特异性服务类型及特异性标准却不太可能。总体来说,证据表明,当急性期后患者接受协调的多学科评价及干预时可获得更好的临床结局(证据水平 = A)。多学科治疗小组可由医师、护士、物理治疗师、作业治疗师、运动治疗师、语言治疗师、心理治疗师、文体治疗师、患者、家属/护理者等组成。如果无组织化康复小组,中等程度及严重卒中患者应转到具有这种条件的服务机构中(证据水平 = I)。

最常见的康复服务环境是住院康复服务、护理之家、出院治疗诊所及家庭治疗等。没有实验证明哪一种类型的康复环境较其他模式更优越。住院患者进行康复,无论在普通病房、康复单元或长期住院单元等,都是以患者的需要及可获得的康复资源为基础的。患者、家属及康复小组共同制定康复目标,并以此目标为基础制定康复计划。患者家属/护理者应参与决

定康复程序以及疗程,并经训练在必要时帮助患者进行功能性活动(证据水平 = I)。

#### 5 治疗强度/疗程

实验结果提示,急性期卒中患者应进行早期运动以防止并发症。随着临床耐受力增强,应逐渐增加训练活动(证据水平 = A)。

有 2 项 meta 分析提示,更大强度的训练可获得更好结局。Langhorne 等总结,“更大的训练强度确实可减少死亡或病情加重等较差结局,提高恢复率”。Kwakkel 曾报道了一项小型但具有统计学差异的卒中康复强度相关的报道。Cifu 和 Stewart 等指出,“较大强度的训练与较好的功能结局之间存在弱的相关性”。但是,因为这些实验存在差异,所以不能由此得出有关训练强度及疗程方面的特异性建议(证据水平 = B)。

#### 6 患者及家属/护理者教育

对患者及家属/护理者应采用互动及书面的形式进行教育(证据水平 = B)。临床医师应任命一个小组来为卒中患者及家属/护理者提供关于卒中特点、康复管理、结局预测,以及家属/护理者在康复过程中所发挥的作用等信息(证据水平 = C)。医师应与患者及家属/护理者对患者 24 h 管理、家庭环境的安全性及所需设备、开车安全性需求等方面进行讨论。相对年轻的患者应将职业需求作为康复程序的一部分。对性功能也应给予更多的关注,因为很多卒中后药物治疗可损害性功能,影响生活质量,但是目前很少有研究可对此给出确信的结论。有些临床医师把心肌缺血患者重获性功能的治疗方案建议给卒中患者。

#### 7 特殊康复干预

**7.1 吞咽困难** 吞咽训练很有效,包括代偿性措施(如进食姿势改变)、强化感觉输入、吞咽练习、积极的训练计划、食物性状变更等。吞咽管理包括非口进食及心理支持。目前,关于急性期后卒中患者如何进食尚不明确。文献建议,对于不能经口进食而需维持足够热量或摄入流食保证营养的患者应给予胃管进食。有限的证据建议,给予患者经皮内镜下胃造瘘术较胃管进食为佳(证据水平 = B)。

**7.2 交流** 大约 40% 的卒中后患者合并认知及交流障碍。卒中后最常见的交流障碍为失语及构音障碍。急性期患者进行失语治疗可获得最佳的目标结局,慢性期患者可发展代偿性措施(包括改变环境)。因病理学改变及病变部位不同,有些患者构音障碍可获戏剧性恢复,而有些患者则长期存在,须采取构音器官的训练(发音清晰度、共振、发声、呼吸或韵律训练等),进行代偿训练,或训练使用代偿性交流工具。如果所给干预是确定的,可帮助患者最大程度地恢复交流能力,防止出现无效或不正确的代偿行为(证据水平 = A, B)。

**7.3 运动功能** 卒中后肌力弱非常常见,而下肢肌力与步行速度有关。此外,入院时下肢肌力是出院时功能预测的一个指标,并与老年人摔倒的危险性成负相关。卒中急性期肌力弱患者应进行强化训练(证据水平 = I)。

多数急性期存活卒中患者不能行走,需要进行一段时间的康复来达到功能性步行的水平。最近提出的步行训练包括下肢减重步行训练。随后进行的一项实验发现,强制性支具及辅助步行也可获得相同的疗效。建议对于中等-重度步态残疾的患者,减重步行训练可作为常规治疗的一种附加治疗方法(证据水平 = B)。

在卒中后运动功能缺损的患者中,上肢功能障碍非常常见。强制性治疗是一种训练上肢功能的方法,主要是强迫使用患侧上肢,限制健侧上肢使用。有一项关于强制性使用治疗上肢功能的实验,但是,因样本较小及人口统计学差异而无法得出确定结论。强制性使用的入选标准为:腕关节背伸达 20°,手指伸展达 10°,无感觉及认知缺陷(证据水平 = C)。

功能性电刺激(FES)已作为一种卒中后治疗方法,但还不是一种常规标准化治疗。证据显示,短期内可提高肌力及运动

控制能力,减少残损严重性,但没有证据表明可提高患者功能水平。建议 FES 应用于踝/膝/腕关节运动障碍的患者,肩关节半脱位及卒中后步行训练的患者(证据水平 = B)。

7.4 痉挛 合并肢体瘫痪及肌肉痉挛的卒中患者发生肢体挛缩、限制活动、疼痛、皮肤表面卫生状况恶化等的危险性很高。早期治疗的关键是防止残疾性并发症发生。痉挛的经典治疗方案是给予阶梯式治疗,先给予非侵入式方法,再逐渐给予侵入式干预。体位摆放、被动牵拉以及关节活动度练习等可减轻疼痛,应每天进行数次。治疗挛缩的方法包括夹板、矫形器以及外科手术纠正等(证据水平 = C)。

口服药物如替扎尼定(tizanidine)、丹曲林(dantrolene)以及口服巴氯酚(baclofen)可用于治疗痉挛。替扎尼定可应用于慢性卒中患者(证据水平 = B)。

药物治疗痉挛有何功能性获益尚缺乏证据,而且这些药物可引起严重的认知障碍及其他副作用。安定(Diazepam)及其他苯二氮卓类药物(benzodiazepines)因其潜在的副作用而不推荐用于卒中恢复期患者(证据水平 = D)。

伴有功能残疾或合并疼痛的痉挛患者经严格筛选后可给予肉毒素(botulinum toxin)、苯酚/酒精(phenol/alcohol)等药物治疗,或鞘内注射巴氯酚。神经外科治疗——如选择性背根神经切断术或背根神经区毁损术,可用于治疗痉挛,但是尚缺乏临床实验证据,并且对患者可带来明显损伤,如脊髓损伤(证据水平 = I)。

7.5 肩痛 肩痛是卒中后的常见合并症。约 72% 卒中患者在卒中后第 1 年内会经历至少 1 次肩痛。卒中后肩痛的原因很多,包括鞘膜粘连、神经受牵拉/压迫、肩周炎、肩部损伤、关节囊炎、腱鞘炎、关节韧带撕裂以及退行性关节病等。肩痛可阻碍运动功能恢复,从而影响康复进程。肩痛的发生率在运动、感觉及视觉缺陷的患者中高达 67%。有很多方法可用于治疗卒中后肩痛,包括避免过度使用滑轮、对医护人员进行教育防止患侧肩损伤、关节内注射皮质激素、肩带、牵拉及活动技巧、冰疗、热疗、软组织按摩、功能性电刺激(FES)及肩带牵拉等(证据水平 = B、C)。

7.6 心理 卒中后认知缺陷非常常见。虽然有很多个案报道及大宗病例研究均支持认知治疗的疗效,但是仍缺乏循证医学的证据,而且大多数研究是针对脑外伤患者的。现有的研究数据提示应对患者的认知功能进行彻底评价,对合并多部位认知损害的患者进行多学科治疗,尤其是教给患者记忆的代偿方法可能使患者受益(证据水平 = B)。

视觉及空间忽视可发生于非优势侧半球病变的卒中患者。它可影响患者在某一环境中的安全保护性功能,因此可严重影响预后。虽然有多方面的教育因素可帮助患者适应这一缺陷,但文献并未建议对于忽视给予任何单一的干预治疗(证据水平 = B)。

卒中后可遗留很多神经心理的后遗症,尤其是抑郁很常见,而且常常未被发现。焦虑症也很常见。因患者常合并失语、韵律失常以及缺乏标准化调查工具等原因而使患者的情感评价非常困难。因此,医师通过对患者行为的观察、来自家人及医护人员的信息可帮助诊断神经心理缺陷。很多情况下,需要由心理学家或精神病学家来对患者进行认知及交流障碍的评价。

抑郁及其他情感障碍的诊断一旦成立,给予干预可明显提高康复结局(证据水平 = A)。精神心理疗法(证据水平 = C)及/

或药物疗法(证据水平 = A)可稳定患者心境,提高其参与治疗的积极性。选择性 5-羟色胺(5-HT)再摄取抑制剂及三环类抗抑郁药物已被证明治疗抑郁有效。考虑到三环类抗抑郁药对老年人有抗副交感活性作用,5-HT 再摄取抑制剂应作为首选。7.7 药物应用 卒中患者在康复过程中,通常会接受各种药物治疗以治疗合并症及其他慢性相关疾病。根据安非他明(amphetamine)卒中临床实验的阴性结果及缺乏确定的长期疗效,我们不推荐使用安非他明治疗运动功能。有限的证据支持使用其他神经递质释放药物以提高卒中恢复,包括利他林(methylphenidate)、左旋多巴(levodopa)、L-苏氨酸左旋多巴丝氨酸(L-threo-3,4-dihydroxyphenyl serine, L-DOPS)。百优解(Fluoxetine)应用于非抑郁患者似乎对于运动功能恢复略有帮助,但不是因其抗抑郁作用。莫达非尼(Modafinil),一种新型中枢兴奋药物,可选择性应用于卒中患者,但是未证明其安全性及有效性。目前的数据尚不足以判定这些药物应用于卒中治疗的最佳剂量、治疗时机等(证据水平 = B)。

有限的证据表明,中枢神经系统抑制药物如安定类药物、巴比妥类药物、苯二氮卓类药物与患者较差的结局有关。中枢性激动剂肾上腺能  $\alpha_2$  受体激动剂和  $\alpha_1$  受体拮抗剂如可乐宁(clonidine)和哌唑嗪(prazosin)在动物实验中可影响恢复。注意:苯二氮卓类药物已被证明可引起 TIA 患者卒中再发。临床医师应尽量避免将这类药物应用于卒中恢复期患者(证据水平 = D)。非典型的安定类药物当用于对患者进行行为控制时相对较安全,但只能用于口服给药(证据水平 = C)。

7.8 后期阶段 大多数卒中患者早期都会住院治疗。出院回家(或回到长期居留的医疗场所或护理之家等)是个重要的分水岭。遗留残疾而生存对卒中患者来说是个长期的挑战,因此患者会继续努力寻求方法或途径以代偿或适应持续存在的神经缺损。对大多数患者来说,只有在结束正式的康复训练,脱离康复环境及康复小组的帮助,开始利用新学习的技能的时候才开始真正的恢复。患者可从家庭及护理者获得足够的辅助对于获得成功的结局非常关键。此外,还应保证患者能够获得康复所需的所有设备和装置(证据水平 = I)。具体内容见表 3。

表 3 后期所需的评价

1. 对卒中危险因素及并存疾病的长期管理
2. 参与规律的锻炼项目
3. 日常活动的适应性设备
4. 下肢矫形器和助行器
5. 轮椅
6. 职业评估及回归工作
7. 开车
8. 性行为

## 8 总结

“临床实践指南”描述了对需要康复的卒中患者循证医学的治疗建议,此建议来自退伍军人事务部及美国国防部的特别工作组所作的大量努力。除了为临床医师提供了方向外,指南还可帮助研究者确定进一步研究的领域。反过来,这一研究可促进更有效的治疗方法及技术出现。

(原文见:Stroke, 2005, 36:2049-2056.)

(收稿日期:2005-12-19)