

·临床研究·

早期康复治疗对急性脑梗死患者运动功能恢复的影响

廖亮华¹ 江兴妹¹ 罗伟良¹

摘要 目的:探讨早期康复治疗对急性脑梗死患者运动功能的影响。**方法:**将110例急性脑梗死患者随机分为康复组和对照组,每组各55例。康复组采用Bobath方法和运动再学习法进行康复训练。对照组只进行普通康复宣教。采用神经功能缺损程度评分(NDS)、改良巴氏指数(MBI)和简式Fugl-Meyer运动评分(FMA)进行评定。**结果:**康复组NDS、MBI和下肢FMA治疗后显著改善,与对照组相比差异有显著性意义($P<0.05$)。**结论:**早期康复治疗可促进运动功能恢复,对脑梗死患者功能预后有良好的影响。

关键词 脑梗死;早期康复;预后;运动功能

中图分类号:R493, R741 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2006)-02-0162-02

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择2004年1月—2005年9月在我院神经内科住院治疗的急性脑梗死患者110例,入选标准:①诊断符合1995年全国第四次脑血管会议制订诊断标准;②首次发病,属于颈内动脉系统供血区的梗死;③发病经头颅CT或MRI明确诊断;④无心肌梗死,无认知功能障碍。110例患者随机分为康复组和对照组,每组55例。两组患者年龄、性别、病程及病变部位比较差异无显著性意义($P>0.05$)(表1)。

表1 两组患者一般资料

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(天)	病变部位(例)	
		男	女			左侧	右侧
康复组	55	29	26	57.8±11.6	18.5±6.5	25	30
对照组	55	31	24	58.6±10.7	18.1±6.6	23	32

1.2 治疗方法

早期康复组在患者生命体征稳定,神经病学体征平稳48h后开始,两组患者均采用基本相同的药物治疗,包括解除脑水肿、抗凝、脑保护、扩容改善脑血液循环等治疗。康复组由专门康复医师进行康复治疗:①床上良肢位摆放;②定时变换体位;③患侧关节活动度维持训练;④采用Bobath方法,患侧肢体随意运动易化训练(双手交叉上举训练、髋关节控制训练、膝关节屈曲伸展训练、桥式训练);⑤坐位平衡训练;⑥站立平衡训练;⑦步行训练;⑧ADL训练。同时配合运动再学习相结合的方法进行训练,每次45min,1次/日,每周6次。对照组只进行普通康复宣教。

1.3 评测方法

临床神经功能缺损程度采用1995年全国第四届脑血管病会议制订评分方法评测^[1]。残损程度采用简式Fugl-Meyer运动功能评测^[2],其中上肢最高分66分,下肢最高分为34分。日常生活活动能力评测采用修订的Barthel(modified Barthel index, MBI)进行评测^[3],正常:100分;极严重功能缺陷:0—20分;严重功能缺陷:25—45分;中度功能缺陷:50—70分;轻度功能缺陷:75—95分。

1.4 统计学分析

所有计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,采用SPSS10.0软件完成。

2 结果

见表2—3,治疗前两组患者神经功能缺损(neurologic deficit score, NDS)、FMA、MBI比较差异无显著性意义($P>0.05$)。对照组治疗后在NDS、FMA、MBI积分有所进步,但治疗前后比较差异无显著性意义($P>0.05$)。而康复组在NDS、下肢FMA、MBI治疗前后有明显改善($P<0.05$),但上肢较治疗前无显著差异($P>0.05$)。

表2 两组患者治疗前后FMA、MBI、NDS评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别		治疗前	治疗后	P 值
FMA评分				
对照组	上肢	22.09±21.45	24.03±21.82	>0.05
	下肢	17.10±10.42	18.11±9.88	>0.05
康复组	上肢	20.31±21.08	25.29±21.04	>0.05
	下肢	16.13±10.10	24.42±9.98	<0.05
MBI评分				
对照组		30.01±27.10	34.23±28.76	>0.05
康复组		28.89±26.40	56.43±29.23	<0.05
NDS评分				
对照组		20.68±8.39	18.63±9.92	>0.05
康复组		21.66±8.91	12.98±9.04	<0.05

表3 两组患者治疗前后的功能改变值比较 ($\bar{x}\pm s$)

项目	对照组	康复组	P 值
临床神经功能缺损程度	-3.11±3.32	-6.69±4.23	<0.05
上肢FMA改变值	2.50±12.27	3.83±11.82	>0.05
下肢FMA改变值	1.68±5.70	8.39±10.82	<0.05
MBI改变值	5.40±18.19	24.42±21.13	<0.05

3 讨论

脑卒中后功能恢复机制是区域性脑功能重组,这是建立在脑的高度可塑性理论基础上的,脑的可塑性能通过不断的学习与训练得到强化和巩固^[4]。中枢神经系统损伤后,由于大脑皮质抑制功能丧失,引起躯体运动功能障碍,患者由于不良的姿势和动作刺激传入异常感觉。遵循Bobath治疗原则,按卧、坐、站、行走等人类正常个体发育顺序,利用正常感觉反馈输入,采用促进技术,诱发关节深、浅感受器的信息传入^[5],

1 广东医学院附属医院惠州市中心人民医院神经内科,516001

作者简介:廖亮华,男,主治医师

收稿日期:2005-09-24

诱发患侧肢体正常的运动反应,采用自发性姿势反射和平衡反应来调节肌张力,采用抑制技术减少不对称性姿势及连带运动,输入正常运动模式,使患者重新体验和学习正常运动的感觉。运用运动再学习方法,重点训练缺失的功能,先学习基本的姿势与运动功能组合,然后逐渐转变为日常生活活动动作,从而促进功能恢复。

康复治疗后,神经功能缺损评分和日常生活能力评分康复组和对照组比较差异有显著性意义($P<0.05$),说明早期康复治疗促进脑功能重组,显著改善肢体运动功能及日常生活活动,减轻残疾程度,提高生存质量。康复治疗后上肢FMA评分康复组与对照组比较差异无显著性意义,而下肢FMA评分比较差异有显著性意义,说明短期的、早期康复治疗下肢运动功能改善比上肢明显^[6]。

结合我科成立“卒中单元”^[7],早期对患者进行系统、规范的康复治疗同时,应该加强对患者家属或陪护人员进行康复

知识培训,充分发挥患者家属或陪护人员协助康复治疗的作用,把康复治疗贯穿于患者日常生活的全部,患者出院后,定期复诊,让康复治疗继续,最大限度恢复患者功能,提高生存质量。

参考文献

- [1] 全国第四次脑血管病学术会议. 脑卒中患者神经功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381.
- [2] 赵钰主编. 现代偏瘫治疗学[M]. 第1版, 北京: 人民军医出版社, 1996: 168—169.
- [3] 周士枋, 范振华主编. 实用康复医学[M]. 南京: 东南大学出版社, 1998: 230—231.
- [4] Teasell R. Stroke recovery and rehabilitation [J]. Stroke, 2003, 34: 355—356.
- [5] 吴毅, 安华, 施桂珍, 等. 常规康复治疗结合神经肌肉电刺激对脑卒中患者疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2004, 19(1): 25—27.
- [6] 徐本华, 干汝文, 于文, 等. 早期康复治疗对急性脑卒中运动功能恢复的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2004, 19(8): 584—587.
- [7] 王拥军. 建立卒中单元, 完成卒中医疗模式的转变[J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(4): 243.

·临床研究·

综合疗法治疗急性腰椎间盘突出症的疗效观察

徐国崇¹ 李俐俐¹ 张文来¹

摘要 **目的:**探讨综合疗法治疗急性腰椎间盘突出症的疗效。**方法:**采用随机方法将90例急性LDH患者分为1个观察组(A组)和2个对照组(B组—药物脱水组;C组—理疗运动组),每组30例。A组采用卧床休息、抗炎消水肿、抑制粘连及运动训练综合治疗方案。**结果:**2个疗程后A组与B、C组间总治愈率的差异有显著性意义($P<0.05$, $P<0.01$)。第1个疗程A组与B组治愈率的差异无显著性意义($P>0.05$);A、B组与C组治愈率的差异有显著性意义($P<0.05$)。第2个疗程A组与B组、C组间治愈率比较差异有显著意义($P<0.05$)。**结论:**卧床休息、抗炎消水肿、抑制粘连及运动训练综合治疗方案对急性腰椎间盘突出症有一定的疗效。

关键词 腰椎间盘突出症; 物理疗法; 运动训练

中图分类号: R493, R681.5 文献标识码: B 文章编号: 1001-1242(2006)-02-0163-02

1 资料与方法

1.1 一般资料

2001年5月—2003年3月收治的急性腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)患者90例,男63例,女27例;年龄25—51岁,平均年龄38.5岁;全部患者均经CT或MRI

确诊为LDH(除外椎管狭窄及黄韧带肥厚等并发症)。采用随机方法将90例急性LDH患者分为1个观察组(A组)和2个对照组(B组—药物脱水组;C组—理疗运动组),每组30例。患者一般资料见表1。各组患者在性别、年龄、发病诱因、病程等方面比较差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

表1 三组患者一般资料

(例)

组别	性别		平均年龄 (岁)	发病诱因			病程 (天)	突出类型			突出节段			腰腿痛			直腿抬高 试验阳性
	男	女		扭伤	不良姿势	慢性腰痛		侧方	中央	过渡 ^①	L3—4	L4—5	L5—S1	腰痛	腿痛	腿腿痛	
A组	21	9	39.1	18	10	2	5—35	17	2	11	4	21	12	3	5	22	29
B组	19	11	38.6	15	12	3	3—30	14	4	12	3	19	11	6	4	20	27
C组	20	10	37.8	16	9	5	7—27	15	3	12	6	22	9	5	6	19	26

①介于典型的侧方型与中央型之间

1.2 治疗方法

A组采用卧床休息、抗炎消水肿、抑制粘连及运动训练综合治疗方案(为了强调其意义及叙述方便,故将此综合治疗方案采用英文字头表示:Rest; Anti—inflammation and edema; Inhibit adhesion; Motion。即“RAIM”方案)。治疗:(1)卧床

休息:7—10d;(2)抗炎消水肿:①脱水疗法:20%甘露醇125—250ml, 20—30min内输入, bid, 连用3—5d;②抑制渗出:七叶

1 辽宁省人民医院康复医学科, 沈阳, 110016

作者简介:徐国崇,男,主任医师

收稿日期:2005-07-25