

·临床研究·

健侧代偿在老年重症偏瘫患者康复进程中的作用

关晨霞¹ 郭钢花¹ 乐琳¹

摘要 目的:探讨健侧代偿训练对老年重症偏瘫患者肢体功能、ADL能力的影响及对缩短患者住院时间的意义。方法:将入选的40例老年重症偏瘫患者随机分为治疗组和对照组,每组20例,两组患者均接受常规的康复训练,应用Bobath技术等神经生理学疗法和运动再学习疗法,在以上训练基础上治疗组强化健侧下肢负重,利用健侧上肢代偿进行ADL能力训练,对照组则针对患侧肢体训练,诱发主动运动及分离运动,不允许健侧代偿。以上两组患者每次训练45min,每周训练11次。结果:在治疗后1个月、2个月、3个月各阶段,治疗组与对照组相比其FMA评分差异无显著性意义($P>0.05$),但在治疗后1个月及2个月时,治疗组Barthel指数要高于对照组,差异有显著性意义(P 值分别为 <0.01 、 <0.05),到治疗后3个月时两组间差异无显著性意义($P>0.05$)。结论:对老年重症偏瘫患者采用健侧代偿的训练方法可在较短的时间内有效提高ADL能力,而且对于其患侧肢体功能的影响不大,并因此缩短了住院时间。

关键词 脑卒中;健侧代偿;偏瘫;FMA评分;Barthel指数;住院天数

中图分类号:R493,R741 **文献标识码**:B **文章编号**:1001-1242(2007)-09-0828-02

脑卒中是老年人的常见病,其致死率高,许多患者经抢救后留下严重的后遗症,影响患者的生存质量。目前常规采用的康复方案是应用Bobath技术、Brunnstrom技术等神经生理学疗法和运动再学习疗法,诱发患者患侧肢体主动运动及分离运动的出现,从而提高其肢体功能及日常生活活动(activities of daily living,ADL)能力,但对于一些老年重症偏瘫患者,应用上述方法针对其患侧肢体的训练往往事倍功半,对其患侧肢体功能及实用能力的改善不甚明显。因此我们对于经过系统康复治疗后确认其患侧肢体恢复潜力不大的老年重症偏瘫患者采用了健侧代偿的训练。本研究旨在探讨健侧代偿训练对老年重症偏瘫患者肢体功能、ADL能力的影响,以及对缩短患者住院时间的意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2004年9月—2006年9月在我科住院治疗的患者40例。入选标准:①符合1995年全国第四届脑血管病会议诊断标准^[1],经头颅CT或MRI确诊;②年龄在70—80岁之间,无严重心、肝、肾等脏器疾病;③经正规康复训练1个月以上且总病程超过3个月,患侧肢体Brunnstrom分期仍达不到Ⅲ期,无站位平衡。所有入选患者均已签署《知情同意书》。符合上述标准的病例按入院先后顺序随机分为治疗组和对照组,每组20例,两组患者年龄、性别、发病类型、病程、既往病史、并发症等一般资料比较差异无显著性意义($P>0.05$),见表1。

1.2 治疗方法

表1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		发病类型(例)		病变部位(例)		年龄 (岁)	病程 (天)	并发症(例)		既往病史(例)	
		男	女	脑梗死	脑出血	左	右			肺部感染	吞咽障碍	高血压	糖尿病
治疗组	20	15	5	14	6	8	12	75.3±4.2	92.21±12.15	9	12	16	8
对照组	20	12	8	16	4	7	13	74.7±5.1	91.05±11.76	7	11	17	6
P 值								>0.05	>0.05				

两组患者均接受常规的康复训练,应用Bobath技术、Brunnstrom技术等神经生理学疗法和运动再学习疗法,训练内容主要包括患侧肢体关节活动度训练、床上翻身与移动、起床、坐位、站位平衡训练、步行训练。在以上训练基础上治疗组强化健侧下肢负重,利用健侧上肢代偿进行ADL能力训练;对照组则针对患侧肢体训练,诱发主动运动及分离运动,不允许健侧代偿。以上两组患者每次训练45min,每周训练11次,周六下午及周日全天休息。

1.3 评价内容及标准

两组患者分别于治疗前、治疗后1个月、2个月、3个月由经过专业训练的医师(未参与本研究)进行患侧肢体功能和ADL能力的评定,在观察过程中治疗组有12例,对照组有8例因生活自理达到治疗目标出院,出院患者分别于治疗后1个月、2个月、3个月来院复查,参加评定。其中肢体功能评定采用简式Fugl-Meyer评定法(FMA)^[2],满分100分,ADL评定采用Barthel指数评分^[2],满分100分;并比较两组患者的平

均住院天数。

1.4 统计学分析

所有计量资料以均数±标准差表示,应用SPSS10.0统计软件分析,两组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对 t 检验。

2 结果

见表2。结果表明两组患者在治疗1个月后FMA评分有提高趋势,但与治疗前相比差异无显著性($P>0.05$),从治疗后2个月开始FMA评分提高,与治疗前相比差异有极显著性意义($P<0.001$)。在治疗后1个月、2个月、3个月各阶段,治疗组与对照组相比其FMA评分差异无显著性意义($P>0.05$)。

1 郑州大学第五附属医院康复医学科,450052

作者简介:关晨霞,女,硕士,主治医师

收稿日期:2007-03-20

表 2 两组治疗前及治疗后 1 个月、2 个月、3 个月 FMA 评分及 Barthel 指数的变化 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FMA 评分				Barthel 指数			
		治疗前	治疗 1 月后	治疗 2 月后	治疗 3 月后	治疗前	治疗 1 月后	治疗 2 月后	治疗 3 月后
治疗组	20	18.75±5.24	21.85±5.81 ^①	24.55±6.48 ^②	25.00±6.82 ^②	24.00±4.94	53.50±6.09	68.25±10.17	72.25±8.19
对照组	20	18.90±4.96	21.80±7.68 ^①	24.40±5.92 ^②	24.95±6.38 ^②	23.25±4.67	44.00±6.61	59.00±8.21	68.00±8.80
组间 <i>t</i> 值		0.09	0.02	0.05	0.02	0.48	4.73	2.96	1.56
组间 <i>P</i> 值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.01	<0.05	>0.05

组内比较^① $P>0.05$, ^② $P<0.001$

两组患者从治疗后 1 个月开始各阶段 Barthel 指数均提高,与治疗前相比均有非常显著性差异($P<0.001$),但在治疗后 1 个月及 2 个月时,治疗组 Barthel 指数要高于对照组,比较差异有显著性意义(P 值分别为 <0.01 , <0.05),到治疗后 3 个月时两组间比较差异无显著性意义($P>0.05$)。

治疗组住院天数平均 109.85±19.14 天,少于对照组 124.65±11.70 天,差异有非常显著性意义($t=2.92$, $P<0.01$)。

3 讨论

健侧代偿训练在国内康复医学起步早期因其能帮助患者尽可能早的达到生活自理的目标,在偏瘫患者的康复中曾有非常重要的地位,但随着神经促进技术在国内各医院康复科的推广,这种方法遭到质疑,因为健侧代偿虽然在短期内可快速提高患者的生活自理能力,但会造成患者患侧肢体的习惯性弃用,从而不利于患者肢体功能的最终恢复。目前我们广为应用的是 Bobath 技术、Brunnstrom 技术等神经生理学疗法和运动再学习疗法,近年来还兴起了患侧强制性训练,利用多种方法促进其患侧肢体主动运动及分离运动的出现。但是我们在长期的康复工作中发现对于一些患侧肢体恢复潜力不大的高龄患者,采用这些方法往往事倍功半,对于其患侧肢体功能改善不明显,而且因为不允许健侧代偿延缓了其生活自理能力的提高,这一发现促使我们对这部分患者的治疗方案进行反思,单纯训练其患侧肢体,不允许健侧代偿是否合适,下面我们从老年人的身体及恢复特点,健侧强化的作用等方面进行探讨。

随着年龄的增加,老年人会因老化逐渐出现一些生理和心理的改变,包括器官系统的储备能力下降;内环境调节能力下降;外环境适应能力下降;应激能力下降;产生消极的心理,记忆力下降,注意力不集中,甚至出现认知障碍^[1]。在脑卒中偏瘫的老年患者中,除了上述这些正常的老化表现外,很多患者既往还有高血压、糖尿病、心脏病等慢性病史;相当一部分患者合并吞咽障碍,存在误咽的风险,加上偏瘫后长期卧床,活动减少,心肺功能减退,这样就容易合并肺部感染,而且反复发生,难以彻底控制;另外,老年人还因增龄老化引起脑皮质和白质萎缩,神经元减少等导致年龄相关的认知损害^[2],再加上脑卒中病灶本身也会加重这种认知损害,表现为相当一部分老年偏瘫患者合并有不同程度的认知障碍。以上这些年龄、既往慢性病史、并发症、认知障碍等都是影响老年偏瘫患者功能恢复的重要因素^[3-7],这些因素使得老年偏瘫患者在康复过程中表现出病情易反复、体力差、情绪不稳定、积极主动性差等特点,这些特点决定了老年康复的目标,其基本点只能是获得足够的独立,避免依赖^[8]。

对于患侧肢体预后不佳的老年患者应尽早采用健侧强

化、代偿的训练方法,而且,我们在长期的康复工作中发现许多脑卒中偏瘫患者,尤其是老年患者其健侧肢体也出现一些运动障碍,这使得健侧强化、代偿训练更有必要。近年来已有大量的研究证据表明脑卒中后单侧脑损伤的同侧也受累及,特别是会出现健侧上肢的运动控制障碍^[8-9],健侧上肢训练其功能独立性改善较单纯训练患侧上肢更显著,对患者的生活态度、康复信心有很大帮助^[10]。除了健侧上肢的功能减退,老年偏瘫患者由于活动减少,增龄改变,健侧下肢也出现肌力减退,甚至出现废用性肌肉萎缩^[11],这成为影响患者站立和行走的重要因素。因此针对健侧肢体的强化、代偿训练可使患者在较短时间内提高生活自理能力,增加主动活动量,提高康复信心,促进患者积极主动参与康复训练。

本研究表明对于经过正规康复训练后患侧肢体功能恢复潜力还是很小的老年患者采用健侧代偿的训练方法可在较短的时间内有效提高 ADL 能力,而且对于其患侧肢体功能的影响不大,其 FMA 评分与不允许健侧代偿的对照组相比差异无显著性($P>0.05$),并因此缩短了住院时间,与对照组相比差异有显著性意义($P<0.01$)。对于每一位经过系统康复训练的老年患者均应认真分析其患侧肢体的恢复潜力,确认其恢复潜力不大时应尽早应用健侧代偿训练,尽快提高其生活自理能力,使之早日回归家庭,回归社会,缩短住院时间。

参考文献

- [1] 全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,12(6):379.
- [2] 缪鸿石,朱镛连主编.脑卒中的康复评定和治疗[M].北京:华夏出版社,1996.10-12,22-23.
- [3] 缪鸿石主编.康复医学理论与实践[M].上海:上海科学技术出版社,2000.1802,1807.
- [4] 黄流清,邵福源.年龄相关的认知损害[J].中国临床心理学杂志,2002,10(4):317-319.
- [5] 陈莉,沐榕,李菁.影响偏瘫患者肢体功能恢复的相关因素分析[J].中国针灸,2006,26(11):780.
- [6] 梁志,赵超男,董云英,等.不同年龄脑卒中患者康复结局的比较[J].中国临床康复,2003,7(19):2709.
- [7] 范小华,宫艺,刘俊兰.脑卒中患者功能恢复的影响因素[J].中国康复,2004,19(3):150.
- [8] 瓮长水,高怀民,徐军,等.脑卒中偏瘫患者健侧上肢运动控制障碍的研究[J].中国康复医学杂志,2003,18(2):85-87.
- [9] 尹科.中风偏瘫后非瘫痪侧手功能状况分析[J].吉林医学,2005,26(12):1277.
- [10] 罗治安,易亮,敖丽娟,等.健侧上肢训练对早期脑卒中患者功能恢复的影响[J].湖南师范大学学报(医学版),2006,3(1):17-19.
- [11] 纪树荣主编.运动疗法技术学[M].北京:华夏出版社,2004.101-102.