

参考文献

- [1] 李自强, 苏佳灿, 张春才. 人工全髋关节置换术后早期康复训练及功能评价[J]. 中国临床康复, 2004, 8(17): 3238—3239.
- [2] 方汉萍, 汪晖, 杜杏利. 三度空间护理模型在髋关节置换术后康复护理中的应用[J]. 护理学杂志, 2003, 18(7): 495—496.
- [3] 焦秀萍. 全髋关节置换术后防止脱位的护理[J]. 实用临床医药杂志(护理版), 2006, 2(3): 50—52.
- [4] 宋玉莹, 刘清华, 李玉华. 全髋关节置换术后病人早期康复训练效果观察[J]. 护理学杂志, 2004, 19(6): 15—16.
- [5] 金丽霞, 周望京. 全髋关节置换术病人术后防脱位护理及康复指导[J]. 天津护理, 2004, 12(3): 177—178.
- [6] 朱红英. 人工关节置换术后的康复及护理 84 例[J]. 中国实用护理杂志, 2004, 20(1): 17.
- [7] 宋海燕, 刘素芳. 人工全髋关节置换术后功能训练指导[J]. 中国临床康复, 2004, 8(5): 925.
- [8] Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures; treatment by mold arthroplasty. an end-result study using a new method of result evaluation [J]. J Bone Joint Surg Am, 1969, 51(4): 737—755.
- [9] 吕厚山. 人工关节外科学[M]. 北京: 科学出版社, 1998: 182.
- [10] 吴永德, 陈文斌, 曾伟涛. 髋关节置换术后康复治疗体会[J]. 临床护理杂志, 2001, 2: 251—252.
- [11] 曲凤娥, 赵宪华, 杨中珍. 骨科卧床患者易发生的几种畸形及其预防[J]. 现代中西医结合杂志, 2002, 11(18): 1818—1819.
- [12] 张桂华, 孙美华, 邵顺秀, 等. 人工全髋关节置换术后家庭康复指导[J]. 中国矫形外科杂志, 2004, 12(19): 1513.

· 短篇论著 ·

早期康复治疗对老年脑卒中患者功能恢复的疗效观察

勾丽洁¹ 刘旭东¹ 柴叶红¹ 朱振丽¹ 李艳双¹

随着经济的发展和人们生活水平的提高, 伴随而来的是人口的平均寿命延长, 老年人的数量急剧增多。而老年人是脑卒中的易患人群。近年来, 随着医疗技术水平的提高, 脑卒中的死亡率逐渐下降, 但是生存下来的患者多留有不同程度的残疾, 严重影响患者的生存质量^[1]。因此, 脑卒中的康复治疗日益受到重视。本研究通过对不同时期的老年脑卒中患者康复疗效的比较, 探讨康复治疗的早期介入对老年脑卒中患者功能恢复的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2004 年 1 月—2007 年 1 月间在我院住院接受治疗的脑卒中患者。纳入标准: ①符合 1995 年全国第四次脑血管病学术会议制定的脑血管病的诊断标准^[2]。②有 CT 或 MRI 的影像学诊断。③年龄 ≥ 60 岁。④入院前未接受过系统康复训练。⑤发病至开始接受康复治疗的时间在 2 周内和 3 个月以上者。排除标准: ①既往有脑器质性病变。②有严重认知障碍与失语。③入院前曾接受过正规康复治疗。④入院后康复治疗不足 2 个月。

符合以上标准的患者 84 例, 根据开始接受康复治疗的时间进行分组, 发病后 2 周内开始康复介入者纳入治疗组, 共 36 例; 病程超过 3 个月开始康复治疗者纳入对照组, 共 48 例。两组病例的年龄、性别、病变性质、病变部位比较差异无显著性 ($P > 0.05$), 具有可比性 (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)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病变性质 (例)		病变部位 (例)	
		男	女		出血	梗死	左半球	右半球
治疗组	36	22	14	66 ± 5	10	26	20	16
对照组	48	28	20	68 ± 6	14	34	26	22

康复治疗为期 2 个月, 在常规内科基本治疗的前提下, 根据患者不同临床阶段采用不同的康复训练方法^[3], 1 次/d, 同时配合心理治疗、针灸治疗及其他物理因子治疗。

1.2.1 神经肌肉促进技术: 以 Bobath 方法为主, 综合 Rood、PNF、Brunnstrom 等技术^[4]。训练内容包括: 良肢位的摆放, 坐位训练, 垫上活动, 床与轮椅之间的转移, 患侧下肢负重的立位练习, 患侧下肢负重时的选择性活动, 坐位和立位的平衡反应再练习, 步行功能再练习等。治疗时间每次 40min—1h, 每日 1 次。由物理治疗师给患者进行一对一的训练。

1.2.2 作业治疗: 根据患者的功能障碍情况, 从日常生活、工作或生产劳动中针对性地选择一些作业活动, 对患者进行训练, 以恢复其独立生活能力, 如磨砂板、拼图、木钉作业、编织作业等。作业治疗师在康复护士及患者家属的配合下对患者进行日常生活活动能力的训练, 如穿脱衣服、个人修饰、独立进食、淋浴、用厕等。每次 40min—1h, 每日 1 次。

1.2.3 理疗: 应用感应电、中频脉冲电刺激患侧上肢伸肌, 下肢屈肌, 以对抗上肢屈肌、下肢伸肌痉挛; 足下垂的患者, 用感应电刺激胫前肌, 以产生踝背伸动作; 伴有脊柱或关节退行性疾患引起疼痛影响康复训练者采用中药熏洗、磁疗、中低频电疗进行治疗。每次 20min, 每日 1—2 次。

1.2.4 针刺治疗: 以手阳明大肠经, 足阳明胃经, 足少阴肾经为主, 针刺曲池、合谷、足三里、外关等穴, 根据患者具体情况加减, 可配合电针, 每次 20min, 每日 1 次。

1.2.5 心理治疗: 康复医师针对患者的病情进行心理治疗。包括主动与患者沟通, 有针对性的与其交流, 减轻心理负担,

1 承德医学院附属医院康复科, 河北承德, 067000

作者简介: 勾丽洁, 女, 硕士, 副主任医师

收稿日期: 2008-05-13

并积极讲解原发病的相关知识,避免无依据的猜疑,解除患者的恐惧感,使之能尽快认识到通过治疗和自己的努力,可以恢复健康或基本恢复健康,从而树立战胜疾病的信心,积极配合治疗。

1.2.6 药物治疗:根据患者病情,选用降压、降脂、营养脑细胞、改善脑循环、抑制血小板聚集等药物。

1.3 评定方法

采用 Barthel 指数^[5] 评定患者日常生活活动能力, Fugl-Meyer 评定^[6]患者肢体功能。分别于治疗前及治疗后 2 个月进行。

1.4 统计学分析

应用 SPSS10.0 统计软件包进行统计分析,采用 *t* 检验。

2 结果

治疗前, 两组患者的 Barthel 指数和 Fugl-Meyer 评分比较差异无显著性意义 ($P>0.05$)。治疗后, 两组 Barthel 指数和 Fugl-Meyer 评分均较治疗前有明显改善 ($P<0.01$); 通过治疗前后改变值的比较显示治疗组较对照组改善更加明显 ($P<0.01$)。见表 2—3。

表 2 两组 Barthel 指数治疗前后比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	改变值
治疗组	36	37.16±10.11 ^①	77.32±8.24 ^②	40.16±6.27 ^③
对照组	48	38.98±12.46	59.53±8.79 ^②	20.55±7.72

①与对照组相比 $P>0.05$; ②与治疗前相比 $P<0.01$; ③与对照组相比 $P<0.01$

表 3 两组 Fugl-Meyer 评分治疗前后比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	改变值
治疗组	36	48.16±8.54 ^①	85.52±6.71 ^②	37.36±6.63 ^③
对照组	48	49.87±10.31	71.08±7.43 ^②	21.21±7.85

①与对照组相比 $P>0.05$; ②与治疗前相比 $P<0.01$; ③与对照组相比 $P<0.01$

3 讨论

脑卒中是一种发病率、致残率很高的疾病,是当今危害人类健康的主要疾病之一。其特点是会发生不同程度的运动、言语、认知、心理等方面的功能障碍,以及该病的病程长、慢性化,故易产生一系列继发障碍,如肌萎缩、关节挛缩、足下垂内翻等^[6]。脑卒中具有自然恢复过程的特点,针对偏瘫的恢复过程,Brunnstrom 提出了 6 阶段恢复理论,即弛缓阶段、痉挛阶段、联带运动阶段、部分分离运动阶段、分离运动阶段、正常阶段的 6 个阶段^[7]。脑卒中康复的目的是减轻原发的功能障碍,尽最大可能预防继发障碍的发生。对于不同阶段的患者,应采取不同的康复治疗措施^[8]。

随着我国经济、医疗水平的发展,人口老龄化的问题也越来越严重。而老年人是脑卒中的易患人群。老年卒中患者往往同时伴有其他器官和系统的疾患,更易出现压疮、感染等并发症。身体耐力、可塑性均较差。这些都是影响老年卒中患者预后的因素^[9]。因此,对于老年卒中患者,更应该加强康复治疗力度,尽可能的恢复其功能。

近年来,学术界越来越重视脑卒中的早期康复治疗,认为患者只要生命体征平稳,神经学症状不再进展 48h,意识障

碍在 Glasgow 昏迷量表 <8 就应该开始正规的康复治疗^[10]。脑卒中神经功能康复主要是基于神经系统的可塑性和功能重组原理^[7],而功能训练是影响脑可塑性的极重要因素。很多研究证实,早期康复治疗可以加速脑侧支循环的建立,更好的发挥脑的可塑性^[11],改善患者肢体运动功能及日常生活活动能力^[12-13]。

本研究中对于两组老年卒中患者治疗前后 Barthel 指数和 Fugl-Meyer 评分的比较结果显示, 经过系统的康复治疗, 两组患者的日常生活活动能力和偏瘫肢体的运动功能均得到明显改善。而治疗组即发病 2 周内接受康复治疗的患者, 改善程度明显高于发病 3 个月后才接受康复治疗的患者。说明康复治疗早期介入更有利于老年卒中患者功能的恢复。

在临床工作中我们发现, 对照组的患者由于卧床时间长、早期没有接受正确的康复治疗和指导,往往存在较多的并发症和误用,比如压疮、肩关节半脱位、肩手综合征、严重的痉挛、足下垂内翻等。这些并发症严重影响患者的康复进程。而早期注意良肢位的摆放、体位变换及关节活动度的维持训练,按照正确的规程进行康复治疗,有效的防治了并发症的发生,使得功能的恢复沿着正确的轨道进行^[14]。

脑卒中患者的功能重建是一个复杂而艰巨的工作,尤其是老年卒中患者的康复治疗更加复杂。我们认为,进行康复治疗的时间越早,其治疗效果就会越好,患者功能恢复就越理想。因此,康复医师应该加强与临床科室的合作,使得更多的老年脑卒中患者在内科接受临床治疗的同时就能尽早的接受康复治疗和指导,以便最大限度的恢复功能,提高生存质量。

参考文献

- [1] 励建安,王彤.康复医学[M].北京:科技出版社,2002.207—217.
- [2] 中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379—380.
- [3] 脑血管病三级康复治疗研究课题组(A组).三级康复治疗改善脑卒中偏瘫患者综合功能的临床研究[J].中国康复医学杂志,2007,22(1):3—8.
- [4] 于兑生,恽晓平.运动疗法与作业疗法[M].北京:华夏出版社,2006.313—374.
- [5] 周维金,孙启良.瘫痪康复评定手册[M].北京:人民卫生出版社,2006.46—50,120—121.
- [6] 戴红.康复医学[M].北京:北京大学医学出版社,2004.163.
- [7] 南登昆.康复医学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2004.165,35—37.
- [8] 张惠,吴毅,胡永善.影响脑卒中患者日常生活活动能力预后的相关因素分析[J].中国康复医学杂志,2008,23(2):130—131.
- [9] Neu I, Schrader A. Clinical picture and therapy of cerebral apoplexy[J]. Fortschr Med,1997,95(14):904—906.
- [10] Dietrichs E. Brain plasticity after stroke: implications for post-stroke rehabilitation [J]. Tidsskr Nor Lægeforen,2007,127 (9): 1228—1231.
- [11] 李宏伟,罗兴华,黄东峰,等.运动再学习对脑卒中患者早期运动功能的影响[J].中国康复医学杂志,2008,23(2):155—157.
- [12] 郭瑞友,马小维,毛德军,等.早期康复对脑卒中患者日常功能和生存质量的长期影响 [J]. 中国康复医学杂志,2008,23(3):264—266.
- [13] 杨俊生,宋允章,杨军,等.针刺结合功能训练治疗脑卒中偏瘫的疗效分析[J].中国康复医学杂志,2007,22(1):80—81.
- [14] 刘罡,吴毅,吴军发.脑卒中后大脑可塑性的研究进展[J].中国康复医学杂志,2008,23(1):87—90.