

脑卒中分期综合康复治疗方案*

严隽陶¹ 齐 瑞¹ 房 敏¹ 葛林宝¹ 徐 佳¹ 张中一¹ 张 宏¹ 朱 燕¹

脑卒中是临床常见病、多发病,其病死率和致残率均很高,与心脏病、恶性肿瘤构成多数国家的三大致死疾病。随着医疗技术的不断提高,脑卒中患者的死亡率已显著降低,然而其致残率在存活者中高达 80% 以上^[1]。因此,脑卒中后的康复治疗逐渐受到重视并被认为是脑血管病治疗体系中不可缺少的组成部分之一^[2],康复介入越早,患者的功能恢复和整体疗效就越好^[3-4]。传统的针灸、推拿对脑卒中具有很好的疗效,可以改善颅内血液供应、调节大脑皮层中枢生物电活动,有利于使半暗区神经细胞复活或休眠状态下的脑神经细胞觉醒;可对周围神经产生兴奋作用,加强传导反射^[5-6]。以 Bobath 技术为主的现代康复疗法是一种主动的运动再学习过程,能充分挖掘患者潜能,同时可以抑制异常运动模式^[7-8]。如果将传统的针灸、推拿治疗方法与现代康复医学的运动、作业治疗相结合,无疑会提高脑卒中患者的临床疗效。

本研究以 Bobath 关于偏瘫恢复过程的弛缓期、痉挛期和恢复期为依据,将传统的针灸、推拿治疗脑卒中的研究成果与现代康复医学相结合初步拟订了一套早期治疗脑卒中的综合康复方案。

1 弛缓期

此期相当于 Brunnstrom I—II 期,患者的偏瘫侧肢体主要表现为弛缓性麻痹,没有随意的肌肉收缩,或仅出现轻微的联合反应,在进行药物治疗的同时进行早期康复治疗。目的是防止出现并发症,如压疮、肿胀、肌肉挛缩、关节活动受限等,尽量抑制异常运动模式的出现。

1.1 针灸治疗^[9]

患者仰卧位,取顶颞前斜线、肩髃、曲池、内关、合谷、居髂、足三里、三阴交、太冲。电针肩髃、合谷、居髂、足三里两组穴。采用 G6805-2 型电针仪,频率 2Hz,连续波,强度 0.5mA。其余穴不电针。留针 20min,每周 5 次,15 次为 1 个疗程。

1.2 手法及运动疗法^[10-11]

1.2.1 头面部:仰卧位,按揉百会,抹前额(从中线向两侧),轻揉印堂、太阳。共 5min。

1.2.2 上肢:仰卧位,以功能障碍侧为主,共 15min。①施以滚法于肌肉丰厚处。施以拿揉法于整个上肢,在肩前、肩髃、极泉、臂臑、曲池、手三里、内关、合谷穴处做重点治疗。每天 1 次,每周 5 次。②进行肩胛胸廓关节的上提下降被动运动;肩关节缓慢、适度的屈伸、内收、外展及内、外旋转等被动关节活动;肘关节屈伸,腕关节屈伸、内收、外展及旋转等被动关节活动;掌指、手指关节的伸展和屈曲及拇指外展等被动活动。每天 1 次,每周 5 次。③Bobath 握手举上举训练:双手掌心相对,十指交叉(患手的拇指必须位于上方)握手以健手带动患手上举使肩关节充分前伸,肘关节伸展。再将双上肢放回腹部,再上举。反复 10 次,每天训练 2 次。

1.2.3 下肢:仰卧位,以功能障碍侧为主,共 15min。①施滚法于肌肉丰厚处。施拿揉法于整个下肢,在环跳、风市、委中、阳陵泉、足三里、三阴交等穴处做重点治疗。每天 1 次,每周 5 次。②进行髋关节、膝关节适度的屈伸活动,髋关节内收、外展及旋转活动,踝关节跖屈、背屈及旋转等被动关节活动。每天 1 次,每周 5 次。③桥式训练:患者仰卧,双下肢屈髋、屈膝,双足支撑于床面,双手十指交叉置于胸前。令患者进行抬臀训练,医者根据患者功能状况分别予以辅助,或协助患者控制患侧下肢,或协助骨盆上抬。动作要缓慢,臀部尽量抬高,使髋关节充分伸展,膝关节屈曲。当患肢能独立完成时,可将健侧下肢放于患肢上,患侧下肢独立支撑完成。反复 10 次,每天训练 2 次。

此期,还进行正确的床上卧位、体位变换,体位性低血压的适应性训练^[12]。为防止肩关节半脱位,应禁止牵拉肩关节。保持坐位时可以用三角巾吊带固定患侧上肢。

2 痉挛期

此期患者可明显的表现出上肢屈肌和下肢伸肌的痉挛,相当于 Brunnstrom II—III 期。康复的目的是抑制协同运动模式,训练随意的运动,提高各关节的协调性和灵活性,帮助患者逐渐恢复分离运动。

2.1 针灸治疗^[9,12-13]

患者健侧卧位,头面部取顶颞前斜线、百会。瘫痪侧上肢选肩髃、肩贞、曲池、手三里、外关、合谷等穴。下肢选用环跳、承扶、足三里、解溪等穴。电针取肩贞、外关、环跳、解溪两组穴。采用 G6805-2 型电针仪,频率 2Hz,连续波,强度 0.5mA。其余穴不电针。留针 20min,每周 5 次,15 次为 1 个疗程。

2.2 手法及运动疗法^[11,14-15]

2.2.1 上肢:治疗以功能障碍侧为主,取仰卧位,共 15min。每天 1 次,每周 5 次。①医者施滚法于痉挛优势侧(屈侧)肌腹部;轻拍上肢伸肌,用掌擦法于痉挛劣势侧(伸侧)至该侧皮肤温热感为度。②医者将患肢缓慢伸肘、伸腕和伸指关节后较快速屈肘、屈腕和屈指关节。缓慢充分地做前臂的旋前、旋后运动。③患者仰卧,医者一手握住患手四指,另一手控制患手指,并将五个手指及腕关节均置于伸展位,辅助患者上举、外展、内收及旋转上肢,活动范围由小到大。④患者仰卧,医者一手握患者手,另一手控制肘关节,让患者执行“摸嘴”、“摸头”、“摸对侧肩”的口令,同时辅助患者完成上述的随意运动,随着患者运动感觉的改善逐渐减少辅助量。

2.2.2 躯干:①患者仰卧,将双下肢屈曲,医者双手固定患

* 基金项目:上海市科委重大项目(03DZ19705)

1 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院,200437

作者简介:严隽陶,男,主任医师,博士生导师

收稿日期:2005-10-25

者的膝关节,让患者头肩向左,下肢向右反方向运动,反之亦然。②患者健侧卧位,医者一手置于患者患侧肩部,另一手置于患者患侧髋关节处,两手做反方向运动,重复数次。③患者仰卧,屈膝屈髋,双手抱膝。医者将患者身体向左、右方向轻轻摇动。共 5min,每天 1 次,每周 5 次。

2.2.3 下肢:治疗以功能障碍侧为主,共 15min,每天 1 次,每周 5 次。①施滚法于痉挛优势侧(大腿伸侧)肌腹部;用掌擦法于痉挛劣势侧(大腿屈侧)至皮肤温热感为度;②缓慢屈髋、屈膝和踝关节背屈后较快速伸髋、伸膝和跖屈踝关节。③患者仰卧,在膝关节保持伸展位的状态下练习髋关节屈曲。开始时由健侧带动,或医者予以辅助。④患者仰卧,双下肢屈髋、屈膝,双足全脚掌支撑于床面,进行髋关节内收内旋、外展外旋的控制训练。⑤医者一手控制住患足,保持足背屈、外翻,另一手控制膝部,让患者执行“弯腿”的口令后,辅助患者髋、膝关节屈曲、伸展,逐渐加大自主运动范围,训练下肢的控制能力。最后达到可在不同角度停留。⑥患者取仰卧位,患脚支撑在床上,医者一手固定患侧踝关节,另一手辅助患者做背屈、外翻踝关节动作。⑦患者仰卧位,患侧下肢伸展,支托于医者手掌,医者用前臂力量沿患者纵轴方向将足底向踝关节背屈、外翻方向施加压力。⑧患者取仰卧位,患腿屈膝并垂于床边,在髋伸展状态下,由医者一手拖住患足辅助患者将患脚抬至床上。反复练习,随着患者运动感觉的改善逐渐减少辅助量。⑨患者在俯卧位或站立位,在保持髋关节伸展状态下进行屈曲膝关节训练,反复训练至掌握;站立位,髋关节伸展、膝关节伸直状态下的踝关节背屈训练。

此期还进行卧位到坐位训练、上肢负重训练、坐位平衡训练、坐-立位训练。上述训练,每天 2 次^[6]。

3 相对恢复期

此期患者出现分离运动,相当于 Brunnstrom IV—V 期。治疗的目的在于使遗留的症状得到改善,让患者充分地使用患肢,通过治疗和训练更好地掌握和提高日常生活活动能力。

3.1 针灸、手法及运动疗法^[7]

应针对某些后遗症状而采取相应的个体化治疗。具体方法如下:

半身不遂:参照痉挛期方法。针灸治疗以患侧上、下肢穴位为主,根据个体情况加减应用,留针 20min;手法及运动疗法以患侧肢体为主,进一步缓解痉挛,改善患肢功能。治疗 30min。

言语不利:针刺哑门、廉泉、通里、头针顶颞前斜线下 2/5 等。留针 20min。

口角歪斜:取下关、地仓、颊车、水沟、合谷等。针刺与手法按揉交替治疗。

肩手综合征:针刺选用肩井、肩髃、曲池、手三里、外关、腕骨、八邪等穴。推拿肩关节周围,采用拿法、揉法、捏法;远端从手指向肩部做向心性推法,动作轻柔。

尿失禁或潴留:针刺中极、水道、三阴交、中膻俞、次髎。

便秘:针刺天枢、大横、支沟、大肠俞。并在脐周顺时针按摩 5min。上述治疗均每天 1 次,每周 5 次。

此期还进行立位平衡训练和步行训练,每天 2 次。

3.2 日常生活活动训练

脑卒中偏瘫患者日常生活活动受到不同程度的限制。因此,对其进行日常生活活动能力训练,可以促进患侧受损功能的恢复,促进健侧功能的代偿,训练辅助器具的使用,预防患侧肢体的失用性改变,防治并发症,提高患者功能独立水平^[8]。具体方法有:①更衣:包括穿脱上衣、裤子方法。②进食:如为利手瘫痪,根据患者的具体情况进行利手交换训练或使用自助具。③洗浴:对洗浴环境适当改造,利于健手单手操作。④转移:包括从床到轮椅的转移和从轮椅到床的转移训练。

参考文献

- [1] 戴红,王威,于石成,等.北京市城区居民脑卒中致残状况及对社区康复的需求[J].中国康复医学杂志,2000,15(6):344.
- [2] 方定华.脑血管病早期康复与流程[J].新医学,1997,28(1):11.
- [3] Fish DJ,Grussemeyer JA,Kosta CS.Lower extremity orthosis and applications for rehabilitation populations [J]. Foot Ankle Clin, 2001,6(2):341.
- [4] Hayes SH,Carroll SR.Early intervention care in the acute stroke patient[J].Arch Phys Med Rehabil,1986,67(5):319.
- [5] 魏鹏绪.针刺治疗卒中后偏瘫的机理分析[J].中国康复理论与实践,2003,9(5):300.
- [6] 齐瑞,严雋陶.推拿治疗脑卒中研究述评(下)[J].按摩与导引, 2004,20(4):58.
- [7] 周贤丽,刘宏亮,汪琴,等.Bobath 技术在脑卒中偏瘫康复治疗中的应用[J].中国康复医学杂志,2002,17(6):354.
- [8] 毛玉,黄东峰,张毅,等.早期物理治疗对急性脑卒中患者功能预后的影响[J].中国康复医学杂志,2000,15 (2) :83.
- [9] 刘悦,凌方明,章小平,等.分期针刺配合康复训练对急性脑卒中中的早期康复[J].中国康复理论与实践,2002,8(11):689.
- [10] 牟善芳.脑卒中早期偏瘫的手法康复[J].山东中医杂志,1996,16 (7):309.
- [11] 于兑生,恽晓平编.运动疗法与作业疗法[M].北京:华夏出版社, 2002.491.
- [12] 杨娟娟,李常度.脑卒中后偏瘫痉挛状态的针灸治疗研究进展 [J]. 江苏中医药,2004,25(2):60.
- [13] 陈莉.对中枢性瘫痪患者抗痉挛针灸处方的设计[J].中国针灸, 2004,24(9):659.
- [14] 陆维娜,曹晓岚.脑卒中病恢复期的针灸推拿疗法-陆永昌临床经验简介[J].北京中医杂志,1994,(1):44.
- [15] 王拥军主编.卒中单元 [M]. 北京:科学文献技术出版社, 2004.231.
- [16] 许治强,周伯荣,梁燕玲,等.早期综合康复治疗对急性脑卒中患者功能预后的影响[J].中国康复医学杂志,2002,17(4):224.
- [17] 周建伟,张凡.针刺配合运动疗法在脑卒中患者肢体功能恢复中的应用[J].中国康复医学杂志,1994,9(2):67.
- [18] Ballinger L,Ashburn A,Low J,et al.Unpacking the black box of therapy a pilot study to describe occupational therapy and physiotherapy interventions for people with stroke [J].Clin Rehabil, 1999,13(4):301.