

卒中单元模式下早期康复治疗对急性脑梗死疗效的影响*

温德树¹ 马莉琴¹ 吴志武¹

1 资料与方法

1.1 一般资料

2004 年 8 月—2006 年 2 月在我院神经内科卒中单元病房住院的急性脑梗死患者共 150 例, 均为首次发病, 起病 1 周以内, 意识障碍程度评分 >9 分, 临床神经功能缺损程度评分 >2 分, 以 1995 年第四届全国脑血管病学术会议制定的《各类脑血管病诊断要点》中有关脑梗死诊断标准为依据^[1], 所有病例均经头颅 CT 证实。将纳入病例随机分为早期康复治疗组(A 组)及常规治疗组(B 组)。其中 A 组 76 例, 男 49 例, 女 27 例, 平均年龄 62.16 岁; 伴发病平均积分 4.16 ± 1.26 , 既往史平均积分 4.39 ± 2.13 。B 组 74 例, 男 46 例, 女 28 例, 平均年龄 63.73 岁; 伴发病平均积分 4.39 ± 1.38 , 既往史平均积分 4.18 ± 2.07 。两组病例资料差异无显著性意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

B 组给予降颅压、调控血压、脑保护、对症支持、健康宣教, 二级预防治疗, 疗程 3—4 周。A 组在 B 组治疗的基础上, 给予早期康复治疗, 疗程 3—4 周。康复治疗采用 Bobath 疗法。根据卒中患者所处弛缓阶段、痉挛阶段及相对恢复阶段的不同, 采用相应的康复治疗方法。发病 3 天内病情稳定无进展, 即开始早期康复治疗, 每天 2 次, 每次 40min, 主要方法为: 弛缓阶段给予引发运动反应, 提高肌收缩力为主, 包括正确的良肢位摆放(仰卧位、健侧卧位、患侧卧位的抗痉挛体位); 早期翻身坐起拍背、关节被动活动、感觉性刺激, 轻快牵伸肌肉, 对患者相应皮肤进行扣击, 牵伸、压缩关节等, 利用不对称紧张性颈反射、腰反射诱发患肢的肌张力, 利用联合反应, 共同运动诱发肌张力等, 以防异常运动模式的产生。痉挛阶段输入正确的运动模式, 矫正错误的运动模式, 训练患者仰卧位到床边坐, 坐位平衡、站起坐下及站位平衡、协调运动训练、平衡训练等, 促进肢体运动从共同运动中分离出来。恢复阶段在步行训练的同时配合日常生活活动训练。

1.3 疗效评定标准

①临床神经功能缺损程度评分: 采用美国国立卫生研究院卒中量表(the NIH Stroke Scale, NIHSS)评分标准进行评定; ②日常生活活动(activities of daily living, ADL)能力: 采用 Barthel 指数进行评定; ③临床疗效评定标准: 按第四届全国脑血管病学术会议制定的标准进行评定^[1]。

1.4 统计学分析

所有数据以均数 $\pm$ 标准差表示, 各种数据资料采用 SPSS12.0 统计分析软件进行分析, 以 t 检验及 χ^2 检验对数据进行统计学分析。

2 结果

2.1 临床神经功能缺损程度评分

临床神经功能缺损程度评分 A 组显著好于 B 组 ($t=5.7$,

$P<0.01$); Barthel 指数 A 组亦优于 B 组 ($t=4.83$, $P<0.01$), 见表 1。

2.2 临床疗效比较

A 组基本治愈率及有效率明显高于 B 组 (χ^2 值分别为 10.65、5.99, $P<0.01$ 、 $P<0.05$, 见表 2)。

表 1 两组治疗前后 NIHSS、Barthel 指数比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	NIHSS 评分		Barthel 指数	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	76	9.26 $\pm$ 6.08 ^①	2.62 $\pm$ 3.13 ^②	52.04 $\pm$ 30.28 ^①	87.26 $\pm$ 18.56 ^②
B 组	74	9.12 $\pm$ 7.26	7.64 $\pm$ 6.89	53.16 $\pm$ 36.12	64.20 $\pm$ 36.68

①与 B 组治疗前比较 $P>0.05$; ②与 B 组治疗后比较 $P<0.01$

表 2 两组临床疗效比较 (例)

组别	例数	基本治愈	显著进步	进步	无变化	恶化	治愈率 (%)	有效率 (%)
A 组	76	49	22	4	1	0	64.47 ^①	98.68 ^②
B 组	74	28	18	20	6	2	37.84	89.19

与对照组治疗后比较: ① $P<0.01$, ② $P<0.05$

3 讨论

循证医学的研究已经证明, 目前对脑卒中最为有效的治疗方法是卒中单元(stroke unit, SU)^[2]。Nikolaus 等^[3]对 20 项试验 3864 例患者的随机和半随机卒中单元治疗和一般治疗对照试验的结果进行 Meta 分析, 结果显示卒中单元比对照组病死率减少(OR 0.83, 95% CI 0.71—0.97), 死亡或需专业看护率降低(OR 0.76, 95% CI 0.65—0.90), 生活不能自理率降低(OR 0.75, 95% CI 0.65—0.87)。另一卒中单元试验协作结果表明, 与普通内科病房相比, 在卒中单元内治疗的患者死亡的相对危险性降低了 18%, 死亡或生活依赖以及死亡或需要进入护理机构的比例也有所下降^[4]。

李绍英等^[5]认为, 从内涵运行方式和目标上, 卒中单元, 即从多角度综合全面处理卒中问题, 突出“以病人为中心”和“以健康为中心”理念, 使卒中管理模式向生物、心理、社会、健康为重点的模式转变, 卒中单元重点不在于引进新技术或药物, 而在于如何用哲学思想, 以循证医学和科学观察为基础, 对现有技术方法, 合理组合和系统运用, 重视对影响卒中后果各种因素的控制。我们认为, 卒中单元之所以提高了卒中的疗效, 其重要的一点就是对患者进行早期康复治疗。

实验证明, 康复治疗对脑卒中患者的功能恢复是确实有效的。Yang 等^[6]对大鼠大脑中动脉结扎后进行踏车训练, 发现早期康复训练有显著减小脑梗死容积、改善神经功能的效果。脑卒中神经功能康复主要是基于神经系统的可塑性和功

* 基金项目: 南宁市科学研究与技术开发项目资助课题(20040170C)

1 广西南宁市第三人民医院神经内科, 530003

作者简介: 温德树, 男, 副主任医师

收稿日期: 2006-03-28

能重组原理,但是,自然发生的大脑皮质功能重组是有限的,要提高功能恢复程度并使患者能够适应环境与独立生活,功能训练极为重要,而早期康复治疗可加速脑侧支循环的建立,促进病灶周围组织或健侧脑细胞的重组与代偿,更好地发挥脑的可塑性^[7]。国家“九五”课题等急性脑卒中早期康复的研究资料表明^[8-10],康复的早期介入,患者功能恢复的疗效明显高于对照组或延迟康复组。

本文主要研究卒中单元模式下早期康复治疗对急性脑梗死的影响,结果提示,无论是神经功能缺损程度评分还是ADL能力评分,卒中单元治疗组均显著好于对照组($P<0.01$);在临床疗效方面,卒中单元组的基本治愈率明显高于对照组($P<0.01$),有效率亦高于对照组($P<0.05$),与国内外文献报道结果一致^[11],证明在卒中单元规范的早期康复治疗措施不仅能促进急性缺血性脑卒中患者瘫痪肢体的神经功能恢复,提高患者的ADL能力,还明显提高了近期疗效。

参考文献

[1] 陈清棠.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379—381.
[2] Treib J,Grauer MT,Woessner R,et al.Treatment of stroke on an

intensive stroke unit:a novel concept [J].Intensive Care Med, 2000,26:1598—1611.
[3] Nikolaus T,Jamou M. Effectiveness of special stroke units in treatment of acute stroke[J].Z Gerontol Geriatr,2000,33:96.
[4] Stroke Unit Trialists' Collaboration:Organised inpatient(stroke unit)care for stroke[M]. in Cochrane Library Lssue 1,2002.
[5] 李绍英,刘萍.卒中单元:离临床还有多远[J]? 中国实用内科杂志,2005,25(5):473.
[6] Yang YR,Wang RY,Wang PS.Early and late treadmill training after focal brain ischemia in rats [J]. Neurosci Lett,2003,339(2):91.
[7] Traversa R,Cieinelli P,Bassi A,et al. Mapping of motor cortical reorganization after stroke [J].Stroke,1997,28:110—117.
[8] 方定华,王茂斌,胡大萌,等.急性脑卒中早期康复的研究[J].中国康复医学杂志,2001,16(5):300—306.
[9] 周敬华,梁华忠.脑卒中早期康复对运动功能及肩手综合征的影响[J].中国康复医学杂志,2005,20(10):750—752.
[10] 潘大津,杨苏骏,朱满莲,等.早期康复对急性脑卒中患者预后的研究[J].中国康复医学杂志,2006,21(1):79.
[11] 王少石,杨建道,朱鑫璞.综合性卒中单元对急性脑卒中患者近期预后的影响 [J]. 中国康复医学杂志,2005,20(11):827—829.

·短篇论著·

伸肘伸腕位矫形器在治疗脑卒中后期偏瘫患者上肢痉挛中的应用

翁 浩¹ 郭雪梅¹ 刘 旸¹ 刘先虎¹ 邵天民¹

目前,我国脑卒中的发生率呈不断增多的趋势,其中90%以上都留有不同的后遗症,上肢屈肌痉挛是最为常见且不易治疗的临床体征,缓解痉挛的常用方法有药物、运动疗法、理疗、局部神经阻滞术以及外科手术等^[1]。我院根据肌肉牵张可使亢进的牵张反射活动降低的原理,自行设计伸肘伸腕位矫形器,用于脑卒中后期偏瘫上肢痉挛患者,获得了较好的治疗效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

38例脑卒中患者均系我院2001年11月—2004年3月住院及门诊治疗患者,其诊断符合1995年我国第四届脑血管病学术会议标准^[2],病程均在6个月以上;上肢均有不同程度的痉挛;修订的Ashworth痉挛评定法^[3]评定均为I+级以上;除运动功能障碍外无明显认知功能障碍,随机分为两组,实验组和对照组各19例(见表1)。

表1 两组患者一般资料 (例)

组别	性别		年龄					病因			患侧	
	男	女	39岁以下	40—49岁	49—50岁	59—60岁	60岁以上	脑出血	脑梗死	其他	左侧	右侧
实验组	10	9	1	1	3	8	6	9	9	1	12	9
对照组	7	12	1	2	4	8	4	7	10	2	11	10

1.2 方法

1.2.1 矫形器的设计与制作:实验组使用的伸肘伸腕位矫形器由我院根据Bobath理论自行设计。用ABS高温塑性板,皮革和铝合金配件制成,上至腋下4cm,用环带固定。由专业技师,采用Bobath坐姿撑手位姿势下进行取模、灌注石膏模型、高温塑型板的成型,并进行3次裁切,均在行3h的使用训练

后对矫形器进行修改(见图1)。

1.2.2 康复方法:两组均进行常规综合康复治疗,包括易化

1 航天中心医院康复医学科,北京,100049

作者简介:翁浩,男,主治医师

收稿日期:2006-04-12