

·短篇论著·

偏瘫肢体正压顺序循环疗法治疗急性脑梗死的康复疗效观察

王芳¹ 杜艳华^{1,2} 叶恒泰¹ 胡义奎¹

脑梗死是我国的常见病、多发病,其致死率及致残率极高,其中致残率高达75%^[1],严重影响患者的生存质量。尽早改善患者的肢体功能是患者及其家庭的迫切要求。而脑梗死患者生活能力的改善,在很大程度上取决于运动功能的恢复^[2],因此,对脑梗死患者早期进行及时、有效的康复治疗是保证患者早日恢复运动功能和最大限度回归社会的重要措施。正压顺序循环治疗是近年来康复治疗领域研究热点^[3]。本文旨在探讨正压顺序循环治疗对40例急性脑梗死患者的运动功能及日常生活能力恢复的影响。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取2009年2月—2010年3月武汉市普爱医院神经内科住院的急性脑梗死患者80例。入选标准:经头颅CT或头颅MRI确诊初发的急性脑梗死患者,符合全国第四届脑血管病学术会议诊断标准,年龄40—75岁,均存在肢体功能障碍,肌力≤4级,无严重的心肝肾等脏器病变,无严重的认知功能障碍^[4]。随机分为治疗组(正压顺序循环治疗组)和对照组各40例。两组资料统计学分析,差异无显著性($P>0.05$),见表1。

表1 两组临床特征比较

组别	例数	性别(例)		脑梗死类型(例)		病变部位(例)		年龄(岁)	住院时间(d)
		男	女	单灶	多灶	左侧	右侧		
对照组	40	28	12	10	30	25	15	63.3±6.8	30.5±4.5
治疗组	40	26	14	12	28	22	18	64.1±6.7	29.6±5.5

1.2 治疗方法

两组均在患者生命体征稳定24h后进行徒手功能训练,治疗组同时加用正压顺序循环治疗(通过空气压力波治疗仪完成,产地:北京;型号:POWER-Q6000)治疗,疗程4周。

徒手功能训练具体方法如下:活动顺序由近至远,即上肢由肩到颈至腕,再到指关节,下肢由髋到膝至踝关节,最后活动趾关节,1周后采取主动和被动运动相结合,但以主动运动为主。方法:①用健肢帮助患肢有规律的活动。②上下楼梯训练,每日2次,每次30min。③运动训练。患侧上肢的功能训练程序是被动运动—辅助主动运动。被动运动主要包括肩关节的屈伸、内外旋、内外展、直臂、臂上举前伸、肘关节的屈伸、腕指关节的活动及背屈;辅助主动运动主要包括协助患者做肩关节的内收与外展、肘关节的屈曲与伸直、前臂的旋前旋后功能、腕关节的旋前旋后、手指的屈伸及手指精细功能训练。双手掌心相对,十指交叉(患者的拇指必须位于上方)握手,在此基础上,叮嘱患者用健侧上肢带动患侧上肢举至头顶,使肩关节充分前伸,同时患侧的肘关节要保持伸直状,然后再将双侧上肢放置腹部,如此反复进行每日3—4次,每次15—20min。④下肢训练。分为卧床时康复训练、坐位、站立,平衡训练、步行及上下阶梯训练,每日2次,每次30min。当患侧下肢肌力在3级以上时练习站立。当下肢肌

力达到4级以上可训练行走。

空气压力波治疗仪主要为12个腔叠加起来的肢体套筒气囊,使用时将患侧上下肢体分别置于套筒气囊内,通过循环充气 and 放气完成治疗,治疗时压力为150—200mmHg,每次30min,每日2次。疗程4周。

1.3 评价方法

治疗前及治疗后第4周采用简式Fugl-Meyer(FMA)运动评分及改良的巴氏指数(MBI)进行评分。

1.4 统计学分析

运用SPSS11.0软件包分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验, $P<0.05$ 为有显著性意义。

2 结果与讨论

结果见表2—3。

脑血管疾病是由于脑血液循环障碍所导致的以局部神经功能缺损为特征的一组疾病,其中脑梗死是最常见的脑血管疾病。脑梗死起病急,致死率、致残率高,给家庭和社会带来沉重的经济负担和社会负担。大量研究表明,急性脑梗死患者脑功能的恢复如果在脑梗死发生后介入康复治疗越早,则效果越好^[5],康复治疗是目前有效的治疗手段。

本研究在患者生命体征稳定24h后即进行徒手功能训

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2011.03.017

1 武汉市普爱医院神经内科,430035; 2 通讯作者
作者简介:王芳,女,住院医师; 收稿日期:2010-11-12

表2 两组患者治疗前后FMA积分比较 $(\bar{x}\pm s)$

组别	治疗前	治疗后	t值	P值
治疗组				
上肢	20.45 ± 19.21 ^①	31.99 ± 20.13 ^{②③}	2.55	<0.01
下肢	13.91 ± 11.16 ^①	24.16 ± 11.23 ^{②③}	2.81	<0.01
对照组				
上肢	22.34 ± 20.16	27.98 ± 20.47	1.99	<0.01
下肢	15.25 ± 10.54	19.45 ± 10.67	1.81	<0.01

①与对照组相比 $P>0.05$; ②与同组治疗前相比 $P<0.05$; ③与对照组治疗后相比 $P<0.05$

表3 两组患者治疗前后MBI积分比较 $(\bar{x}\pm s)$

组别	治疗前	治疗后	t值	P值
治疗组	29.13 ± 26.12 ^①	56.2 ± 29.58 ^{②③}	5.38	<0.01
对照组	29.57 ± 27.35	43.96 ± 29.75	4.33	<0.01

①与对照组相比 $P>0.05$; ②与同组治疗前相比 $P<0.05$; ③与对照组相比 $P<0.05$

练,治疗组同时加用正压顺序循环治疗,治疗后治疗组与对照组上肢与上肢、下肢与下肢FMA积分有显著差异。治疗组与对照组MBI积分有显著差异($P<0.05$);而且治疗组优于对照组($P<0.05$)。我们也发现,脑卒中偏瘫患者在临床治疗阶段或限于医疗条件,或限于对康复的认识,往往得不到早期康复治疗,导致其功能很多没有恢复到实际可以达到的水平^[6]。因此,建立正确的运动模式,持之以恒地进行有意义的肢体训练,可以调整神经反射环路及运动神经的兴奋性,最终实现大脑皮质的“功能重组”。

虽然目前康复手段很多,但正压顺序循环治疗也是比较有效的手段,本文通过对40例急性脑梗死患者运用正压顺序循环治疗的疗效观察后发现:治疗后FMA、MBI较治疗前

明显提高($P<0.05$);且治疗组优于使用徒手功能训练的对照组($P<0.05$)。正压顺序循环疗法主要依靠正压顺序循环治疗仪来完成。正压顺序循环治疗仪是12个腔叠加起来的肢体套筒气囊,每个腔压力可达250mmHg,每个腔充气达到设定压力标准后持续加压达6s后放气,间隔19s后再充气,使肢体受到间歇性、持续性的气动压迫刺激,当患者肢体受到空气压力时(收缩时)可加速静脉血液回流,而正压顺序循环治疗仪放压时(舒张时),可协助增加动脉血流灌注。通过生理性机械引流效应,还可以加快肢体血液流速,提高皮肤表面温度,达到扩张、活化血管的效果,可有效预防下肢深静脉血栓形成。脑血管发病后康复措施从24h就开始,特别要防止并发症,超早期适当的感受输入可通过皮肤感受器、肌肉和关节本体感受器刺激大脑感知功能,从而改善肌力和肌张力,促进康复,提高患者的生存质量。

参考文献

[1] 南登昆.康复医学[M].第3版.北京:人民卫生出版社,2004.202.

[2] 贾秀萍,王瑞香,黄定玉,等.早期康复训练配合心理干预对急性脑梗死患者运动功能恢复的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2010,7(7):876.

[3] 姜贵云,杨晓莲,王文清,等.强制性运动疗法对脑卒中患者步行能力及平衡功能的影响[J].中国康复医学杂志,2009,8:723—726.

[4] 全国第四届脑血管病学术会议组.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中华神经内科学杂志,1996,12(6):37.

[5] 成祥林,向明清,熊勋波,等.早期康复治疗对脑梗死偏瘫患者脑血流的影响[J].中国康复,2008,23(5):319.

[6] 沈光宇,成彬,蔡俊燕,等.社区康复对脑卒中后遗症患者生存质量的影响[J].中国康复医学杂志,2010,25(2):156—157.

·短篇论著·

不同定位方式下靶肌肉注射肉毒素治疗脑瘫的临床观察

彭桂兰¹ 黄种钦¹ 王央丹¹ 黄彩虹¹

小儿脑性瘫痪我国发病率为1.8%—4%^[1],痉挛型脑瘫是脑瘫的常见类型,约占60%—70%^[2]。痉挛不仅阻碍儿童正常运动的发育,还可以引起挛缩、畸形、疼痛等并发症。所以,如何缓解痉挛一直是脑瘫康复治疗的重要课题。近年来,临床应用肉毒素治疗中选用了不同定位方式,剂量大小不统一,临床疗效不一。本研究在康复训练的基础上选用肌电引导下定位及传统反向徒手牵拉定位下靶肌肉注射肉毒素治疗小儿痉挛型脑瘫,观察不同定位方式下相同剂量靶肌肉注射肉毒素治疗效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以2007年1月—2009年12月在我院小儿神经专科确诊并接收治疗的45例痉挛性脑瘫病例为研究对象,诊断及分类参考国内统一标准^[3],以下肢小腿三头肌为靶肌。随机分为2组,单号为肌电定位组,双号为反向徒手牵拉定位组。肌电图引导下定位组25例为治疗组,男19例,女6例;年龄1—2岁15例,3—5岁7例,6—8岁3例;单瘫2例,偏瘫4例,四肢瘫7例,痉挛性双瘫12例。反向徒手牵拉定位治疗20例

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2011.03.018

1 厦门市妇幼保健院小儿神经康复科,361003

作者简介:彭桂兰,女,主任医师;收稿日期:2010-03-18