

## ·短篇论著·

## 脑卒中早期与晚期康复训练对老年患者ADL能力的影响\*

梁连锦<sup>1</sup> 潘卫萍<sup>1</sup> 甘 俭<sup>1</sup>

脑卒中是危害中老年人身体健康最常见的疾病之一,发病率高达109.7—217/10万,是当今社会第三大死因<sup>[1]</sup>,同时也是第一大致残原因。脑卒中产生的严重后果给患者、家庭和社会带来了沉重的负担。本文旨在探讨不同时期的综合康复干预,对患者日常生活活动(ADL)能力恢复的影响。

## 1 资料与方法

## 1.1 一般资料

选取2006年3月—2010年12月在我院诊断罹患脑卒中的偏瘫患者120例;年龄65—86岁,平均(75±9.4)岁;其中脑梗死69例,脑出血51例。入选标准:①符合第四届全国脑血管病会议通过的诊断标准<sup>[2]</sup>;②均经头颅CT或MRI检查确诊;③年龄在65岁以上,有明显的运动功能障碍;④全部患者为首次发病的脑卒中患者;⑤患者生命体征稳定,无明显的认知障碍。排除条件:①既往有心肌梗死、心绞痛和严重心律失常者;②安装心脏起搏器者;③严重心功能不全;④存在其他限制活动的并发症。根据病后开始康复训练时间不同分为早期组(≤15d)和晚期组(>15d),每组60例。治疗前两组患者的年龄、性别、ADL、FIM评定差异无显著性( $P>0.05$ ),见表1—2。

表1 两组患者一般资料比较

| 组别  | 例数 | 性别(例) |    | 年龄(岁)    | 病变性质(例) |     | 偏瘫侧别(例) |    |
|-----|----|-------|----|----------|---------|-----|---------|----|
|     |    | 男     | 女  |          | 脑出血     | 脑梗死 | 左       | 右  |
| 早期组 | 60 | 34    | 26 | 77±8.41  | 23      | 37  | 29      | 31 |
| 晚期组 | 60 | 36    | 24 | 76±10.42 | 28      | 32  | 33      | 27 |

## 1.2 治疗方法

两组患者均在生命体征稳定后开始进行康复训练。康复内容有:①良肢位摆放;定时翻身,2h/次。②关节活动训练,包括全身各主要关节的抗阻训练、主动、助动、被动训练。上肢主要进行上举训练,康复医师沿着患者瘫痪水平方向适当挤压关节,即向前方和外上方轻推肩胛骨。然后进行上肢健侧抗阻训练,以引出患者发生耸肩动作。最后康复治疗师迅速扣击患者的肱三头肌诱发其伸肘,同时握持患者的

手指使其腕关节背伸运动。下肢部分主要有桥式运动,治疗时患者仰躺,屈髋、屈膝、做挺腹运动并维持5—10s。③使用易化促进技术诱发肌张力,分离运动,抑制痉挛及联带运动。④卧-坐-站三级平衡训练。⑤肩、髋、膝等关节控制训练。⑥中频脉冲电刺激,1次/d,30min/次,最大限度耐受量,10次/疗程。⑦日常生活活动训练,以实用为主,如穿脱衣服、吃饭、个人卫生、扫地、煮饭、使用电话等。⑧针对患者存在的心理障碍,进行个性化的心理康复治疗,使其正确对待疾病,增强患者的心理康复能力,调动患者主动配合训练的积极性,并指导家属协助患者训练。以上治疗1次/d,45min/次,10次为1个疗程,连续3个疗程。两组患者的治疗时间相同。

## 1.3 疗效评定

两组患者均在治疗前及治疗后进行疗效评定。采用Barthel指数(BI)<sup>[3]</sup>评定患者ADL。采用FIM表对患者的自我照料、括约肌控制、转移、行走、运动类评分、社会认知6个方面进行评定,满分为126分,最低分为18分,得分越高独立性越高。疗效标准:良好BI>60,中等BI 60—40,差BI <40。

## 1.4 统计学分析

采用SPSS 14.0软件包对数据进行统计学处理。计数资料用率表示,两组比较用 $t$ 检验, $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

## 2 结果

见表2—3。治疗前,两组患者BI、ADL、FIM评定差异无显著性意义( $P>0.05$ )。治疗后,两组患者BI、ADL、FIM均有不同程度的改善,但早期组的改善程度明显优于对照组( $P<0.05$ )。

表2 两组患者治疗前后 Barthel指数及FIM评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别  | 例数 | BI          |                           | FIM         |                           |
|-----|----|-------------|---------------------------|-------------|---------------------------|
|     |    | 治疗前         | 治疗后                       | 治疗前         | 治疗后                       |
| 早期组 | 60 | 27.85±14.07 | 68.70±20.33 <sup>①②</sup> | 40.35±23.96 | 94.55±37.46 <sup>①②</sup> |
| 晚期组 | 60 | 29.42±13.27 | 50.14±18.58 <sup>①</sup>  | 38.8±24.55  | 67.52±35.59 <sup>①</sup>  |

①与治疗前比较 $P<0.01$ ;②与晚期组比较 $P<0.01$

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2011.10.025

\*基金项目: 2005 年右江民族医学院科研课题[右医院字(2005)99]

1 右江民族医学院附属医院中医康复科,广西百色市右江区中山二路18号,533000

作者简介:梁连锦,女,副教授,副主任医师;收稿日期:2011-08-03

表3 两组患者治疗前后疗效比较 (例)

| 组别        | 良(>60分) | 中(60分—40分) | 差(<40分) |
|-----------|---------|------------|---------|
| 早期组(n=60) |         |            |         |
| 治疗前       | 3       | 10         | 47      |
| 治疗后       | 24      | 22         | 14      |
| 晚期组(n=60) |         |            |         |
| 治疗前       | 5       | 10         | 45      |
| 治疗后       | 9       | 23         | 28      |

注:治疗前两组比较  $P>0.05$ , 治疗后两组比较  $P<0.05$ , 早期组治疗前后比较  $P<0.05$

3 讨论

近年来康复医学致力于减少患者的住院天数和提高康复效益。所以采取早期康复或超早期康复治疗方

案已经成为脑卒中康复发展方向<sup>[4]</sup>。高速发展的脑功能成像技术,其中以BOLD-fMRI为代表的脑功能成像技术,为脑功能区的重组提供了直观的影像学的依据<sup>[5]</sup>;康复介入越早,患者的功能恢复和整体效果就越好,早期组和晚期组分别经过1个月的康复治疗,两组治疗前后的BI,FIM评分比较,差异有显著性意义,说明早期组和晚期组采用的治疗方法均有效果;但是早期组的自理程度要好于晚期组,这表明两组之间不同的康复训练介入时间所产生的结果不同,且早期组的疗效更加显著( $P<0.01$ )。早期规律的康复训练是创造神经修复或代偿的条件,能使遭到破坏的反射弧在良好的条件刺激下重新建立起来,提高肢体的运动功能和ADL能力<sup>[6]</sup>。

运动训练对脑损伤患者运动功能的恢复有显著影响。通过运动训练可以使新生神经或神经轴突和树突发芽。Frahm等发现脑卒中后一段时间,患者脑内的氨基丁酸(aminobutyric acid,GABA)受体的成分会发生一定改变,使得患者大脑兴奋性增强,大脑受损区域的某些功能则被临近区域的神经接管,其结果是患者脑细胞之间建立起新的联系。由此可知发病后早期是脑卒中患者大脑功能恢复的重要时期,因为GABA受体成分的改变,使受损大脑在这段时间内具备了特别的自我恢复能力,在这段时间内进行康复训练,则有可能使偏瘫肢体恢复运动功能。运用低中频脉冲电流刺激中枢性瘫痪的肌肉,使患者肌肉产生收缩,向中枢输入信息

冲动,使脑的血流加快,脑细胞含氧量增加,脑细胞的能量代谢加强,从而将使得邻近完好的神经元功能重建,或发生各种代偿性改变,最终促进潜伏神经通路的启用及神经联系效率的增强,重建患者的正常运动<sup>[7]</sup>。在脑卒中早期,即向患者提供多种积极的康复措施,通过各种可能的感觉刺激较好地调动患者神经损伤的修复潜力<sup>[6]</sup>。该治疗方案对患者的神经细胞功能有很好的促进作用,能明显改善偏瘫肢体功能,提高患者的ADL能力。中频脉冲电刺激能促进神经细胞存活和轴突的生成<sup>[8]</sup>,促使末端突触再生<sup>[9-10]</sup>。本研究发现,早期康复训练,患者的ADL恢复更好,缩短住院时间,减轻经济负担,获得更好的康复效应,使患者更早的融入家庭和社会。

参考文献

[1] 朱廷彦,崔延东,蒋雷,等. 早期康复训练对急性脑卒中神经功能的影响[J]. 中华全科医学, 2010, 1(8):66—67.

[2] 史玉泉,主编. 实用神经病学[M]. 第2版. 上海科学技术出版社,1994.626.

[3] 闵瑜,吴媛媛,燕铁斌.改良Barthel指数(简体中文版)量表评定脑卒中患者日常生活活动能力的效度和信度研究[J].中华物理医学与康复杂志,2008,30(3):120—122.

[4] 路微波,胡永善,吴毅,等. 康复训练改善脑卒中患者认知障碍的临床观察[J]. 中国康复医学杂志,2008,23(6): 622—624.

[5] 张瑞,陈增爱,沈加林,等. 脑卒中后运动功能重组的功能影像学分析[J]. 中国康复医学杂志,2010,25(3):281—285.

[6] 李华,王玉珍,王玉龙,等. 经颅超声治疗对脑出血患者神经功能及日常生活活动能力的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(7): 618—619.

[7] 倪朝民.脑卒中不同恢复时期的康复治疗[J].安徽医学, 2009, 30(12) :1377.

[8] 游国清,燕铁斌. 低频电刺激改善早期脑卒中偏瘫患者日常生活活动能力的随机对照研究[J]. 中华物理与康复杂志,2010, 32(9): 678—681.

[9] 郭英杰,程杨,丁华,等. 表面肌电生物反馈训练在脑卒中足下垂患者功能训练中的应用[J]. 中国康复医学杂志, 2010, 25(10): 981—983.

[10] 胡晓刚,工人成,贾晓红,等. 表面肌电信号生物反馈治疗系统的研究[J]. 中国康复医学杂志,2009, 24(3):252—254.