

急性小脑炎性共济失调康复的1例报告

吕俊良¹ 田丽君¹ 王志强^{1,2}

急性小脑性共济失调是由多种原因引起的以急性小脑功能异常为主要特征的综合征^[1]。病变多以局限性小脑炎为主,临床上常以步行障碍、言语障碍、眼球震颤及意向性震颤为表现特点。表现出典型的小脑步态,即步基增宽,步行时双下肢跨前过多,躯干滞后而后向倾倒,或躯干向病变侧倾倒,由于肌张力失调及辨距不良,步行时出现躯干及下肢的粗大震颤^[2]。小脑炎性共济失调如确诊,临床上采取综合联合用药,预后较好,只有少数患者留下不同程度的功能障碍,目前关于小脑炎性共济失调的康复报道较少,现将我科收治的1例典型的小脑炎共济失调的患者康复情况报道如下:

1 病例资料

1.1 一般资料

患者李某,男,12岁,于2010年3月29日因受凉感冒出现头疼,未予特殊处置,3天后发热达38.7℃,给予退热药退热,热未退并出现头晕、呕吐,呕吐胃内容物为非喷射状。4月3日患儿发热加重达39.1℃,头晕头痛无缓解,呕吐好转,就诊于我院儿科,以“支原体肺部感染,颅内感染待查”收入病房。

入院查体:神清,查体合作,计算力、定向力正常。语言正常,无构音障碍,姿态及步态正常,无眼球震颤,肌力肌张力正常,指鼻试验准确,轮替试验灵活,跟膝胫试验准确。入院经抗炎降颅压治疗3天后,患儿病情突然加重,出现步态不稳,站立不稳,不能走直线,眩晕,并伴有眼球震颤,口齿不清,遂行病原学和头颅CT及MRI检查,确诊为“急性支原体小脑炎”。经临床对症治疗,于45天后炎症消除,病情平稳,但留有严重的肢体及言语运动障碍,遂于2010年5月15日转入我科进行功能康复。

1.2 初次评定结果

患者于2010年5月15日转入我康复科。入科时初次评定结果如下:

Berg平衡:5分,Barthel指数:35分,FIM指数:67分,Hof-fer步行:1级,徒手肌力评定:左上下肢均为5级,右侧上下肢均为4级。

1.3 初期康复治疗计划

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2013.05.023

1 中国医科大学附属盛京医院,沈阳,110004; 2 通讯作者

作者简介:吕俊良,男,技师; 收稿日期:2012-10-20

1.3.1 高压氧治疗:每日1次,1次2h,20天为1疗程,疗程间休息7—10天,坚持3—4个疗程。

1.3.2 运动疗法:每日2次,1次45min,其方法为:①患者仰卧位自然放松,嘱患者双手持平衡棒或篮球,缓慢的将其举起与身体垂直到末端坚持5—10s,然后再重复第2次,1组10次,起初训练可加以辅助。②患者仰卧位做“双桥运动”练习,要求躯干与大腿中线尽可能的成平角,刚开始练习的时候可以加以辅助,每次坚持30s,后期适当延长时间,每组5—10次。③患者仰卧位,上肢轮替训练,动作要缓慢,加强肩关节的控制;双下肢的交替屈髋屈膝训练,动作要求缓慢,注意膝关节和髋关节的控制能力,每次做10个动作,每组5—10次。④患者仰卧位,双下肢屈髋屈膝用双手尽可能触摸膝关节,动作要求缓慢,熟练后双手可交替触摸膝关节。⑤患者仰卧位交替练习先屈髋屈膝再屈髋伸膝用脚踢物的练习,最好固定踢同一个目标。同时也可以练习“仰卧起坐”。⑥练习从俯卧位到手膝跪位的训练,动作要求缓慢,注意上下肢的协调配合。⑦端坐位的状态下,练习头颈及腰腹的肌肉力量及控制能力的训练,要强调上肢的参与,如端坐位下肩关节屈曲或外展保持稳定,增加难度的方法为:臀下垫一软垫,左右前后慢慢摆动,前期双足触地,后期同样的动作下双足离地练习。⑧练习双膝及单膝跪位训练,强调上肢的参与,通过双手持物等以增加难度;俯卧位练习腰背肌力量及控制的训练。如练习“燕飞”等。

此外,还进行等速及手脚联动训练,以增加患者的上下肢肌肉的控制协调训练及肌肉的耐力性。

1.3.3 作业疗法:①仰卧位练习肩关节的控制训练,如肩关节屈曲,外展等。可随意停止练习肩关节周围的肌肉控制训练,同样也可以在侧卧位练习肩关节的控制训练。②端坐位下通过捏橡皮泥,魔方等游戏的方法以增加双上肢及双手的协调性和灵活性。③端坐位下穿脱上衣和穿脱五指手套,长坐位下练习穿脱裤子及袜子;端坐位下练习玻璃杯倒水,熟练后换纸杯练习倒水,拣小木丁训练,用筷子夹木丁等方法,提高患者的ADL功能。④同时加强头、腰腹部肌肉的力量和控制训练。

1.3.4 语言及吞咽功能的训练:每天1—2次,每次30—

40min,其方法为:①口唇:张嘴闭嘴10次。撅嘴咧嘴10次;舌体:前伸后缩5次,上举5次,两侧各5次。②一口气“a”发声训练,告知患者学会控制气流,最初一口气能“a”7s,训练一段时间后能“a”20s;气流的控制训练:吹蜡烛方法,深吸一口气慢慢地吹灭蜡烛的训练。③韵律的训练:用节拍器。让患者跟着节拍数数,设定不同的节律和速度,患者随节奏发音纠正节律。④语音训练:让患者吸一口气说10个“pa,la,la,la,da,da,da,ta,ta,ta”,音调训练:“a”的一声到四声的音调练习。唱音调“1,2,3,4,5,6,7”。读绕口令训练。

1.3.5 心理疗法:通过心理支持疗法,以增加患者及家属的信心和配合,并鼓励和教会患者家属训练方法,坚持为患者业余时间训练,并告知家属在日常生活中应该认可和理解患者的情绪变化,同时增加患者及家属的信念。

1.4 训练3个月时的康复评定结果

通过3个月的综合康复训练,于2010年8月15日由同一位医生对患者进行了综合评定;Berg平衡:14分,FIM指数:75分,Barthel指数:60分,Hoffer步行:2级。

1.5 训练3个月后的康复治疗计划

与初期评定相比较,各项指标均有不同程度提高,ADL能力方面提高明显,但平衡、站立及步行能力方面较差,随即调整训练方案,患者体能及肌力的恢复即加强训练强度。

1.5.1 高压氧治疗:启动高压氧的第3个疗程继续治疗。

1.5.2 运动疗法:除初期阶段的训练方法继续训练外,重点加强站立位的平衡控制训练,先静态平衡后动态平衡训练。

①站立位、双手传递物品训练、双上肢的前伸、外展训练、骨盆的左右旋转训练。②蹲起训练。蹲起加双手捡球训练,如患者体能允许尽可能多的训练。③患者坐于巴氏球上,练习骨盆及腰腹的肌肉控制训练。④患者俯卧位,加强训练腰背部的肌肉力量及控制训练。⑤利用双下肢生物反馈系统训练双下肢的协调控制能力。⑥诱发及训练跨步反应和保护反应,同时练习双下肢交替抬脚训练。

1.5.3 作业疗法:除前面的训练外,重点加强手功能灵活性的训练,如拣豆粒、写字、打电脑游戏等,利用上肢生物反馈系统训练上肢和手的控制能力和灵活性。

1.5.4 悬吊运动系统(set)训练:利用悬吊运动系统,加强患者腰腹骨盆及髋关节周围的深层肌肉的控制能力训练,每日1次,每次30—40min,重点练习躯干的核心稳定性^[3]。使用以悬吊运动为核心的运动训练可以有效提高脊柱稳定性,改善深层多裂肌的功能^[4]。此方法的运用,对患者整体平衡和控制能力的提高有很大的帮助,效果明显。

1.6 训练6个月及出院时的康复评定结果

经过6个月的综合系统训练治疗,于2010年11月20号由同一位医生进行了后期评定:Berg平衡:41分,Barthel指数:75分,FIM指数:93分,Hoffer步行:3级。通过此次评定,

训练效果显著坚持运动疗法、作业疗法、悬吊系统训练、生物反馈系统训练;重点目标是步行能力方面,停止高压氧治疗。

患者于2011年1月31日出院,由同一位医生进行了末期评定:Berg平衡:46分,FIM:111分,Barthel指数:85分,Hoffer步行:3级。

2 讨论

小脑炎性共济失调是一种多病因的综合征,目前具体机制尚不明确,多认为与感染有关,病因复杂,常突然起病,临床检查以躯干和下肢共济失调表现最为明显,表现为宽基底步态,行走不稳,站立不稳,指鼻试验,轮替试验,跟膝胫试验为阳性。并伴有不同程度的眼球震颤、意向震颤、口齿不清、吞咽及构音功能障碍等。一般在确诊的情况下及时用药预后较好,但也有一部分留有不同程度的功能障碍。

通过此例患者的康复训练,可以得出:小脑炎性共济失调的训练是一个比较漫长的过程,在训练的始末注意要把“躯干核心区域训练作为康复的出发点和关键点”,加强躯干训练可促使躯干功能的恢复,为肢体提供良好的稳定基础^[5]:其躯干核心区域指:头颈、腰腹、骨盆及髋关节周围。同时多小组协调配合训练也很关键,不可单一训练,以免耽搁患者的恢复潜力,其中利用电子生物反馈方法训练,如视觉反馈等速肌力训练系统能够让患者看到每天的运动功能的变化和进步,功能康复的希望,从而提高患者主动参与的积极性,树立康复的信心^[6]。悬吊系统的运用,能够激活和强化躯干深层肌的功能,对于平衡稳定性的提高有较大的帮助。高压氧治疗可以减轻血管内皮细胞的损害,修复毛细血管结构,改善毛细血管功能,减轻受损脑组织的水肿,减少组织的瘢痕形成,有利于受损组织的修复。高压氧对于眩晕、头痛、头晕有极大的好处,如条件允许可进行三到四个疗程。

急性小脑炎共济失调的后遗症,经过长时间综合协调的康复训练,功能恢复良好,但要始终关注患者和家属的情绪心理变化,给予最大程度的心理支持,最终患者可达到自理,甚至可以回归家庭,回归社会。

参考文献

- [1] 吴希如.小儿神经系统疾病基础与临床[M].北京:人民卫生出版社,2000.506—507.
- [2] 王新德.神经病学·神经康复学[M].第1版.北京:人民军医出版社,2003.162
- [3] 郭树涛,王卫星,齐光涛,等.核心稳定性——释义及形成机制[J].北京体育大学学报,2010,33(8):120.
- [4] 郭险峰,元帅霄.悬吊运动训练对成人特发性脊柱侧弯慢性腰背疼痛的康复效果[J].中国康复理论与实践,2010,16(8):717.
- [5] 王俊华,李群英,赖芳玲.躯干强化训练对脑卒中偏瘫患者运动功能的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2004,26(9):542.
- [6] 张艳.强化抗痉挛治疗对脑卒中偏瘫患者ADL能力的影响[J].中国康复医学杂志,2009,24(3):259—260.