

综合康复治疗对脑卒中患者运动功能的影响

马连萍

[关键词] 脑卒中;运动功能;康复
中图分类号:R743.3,R493 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2003)09-0573-01

1 一般资料

2000 年 11 月 - 2002 年 10 月我科住院脑卒中患者 121 例,均符合全国第四届脑血管病会议的诊断标准^[1],并经头颅 CT 或 MRI 确诊为初发脑卒中,均存在肢体功能障碍,无严重心、肝、肾等脏器疾病,无严重智力障碍,病情无恶化,未出现新的梗死和出血。分为康复组 59 例,男 36 例,女 23 例;年龄 40—74 岁,平均(57.3±10.5)岁;左侧偏瘫 31 例,右侧偏瘫 28 例;脑出血 29 例,脑梗死 30 例。对照组 62 例,男 28 例,女 34 例;年龄 41—76 岁,平均(56.5±11.2)岁;左侧偏瘫 30 例,右侧偏瘫 32 例;脑出血 32 例,脑梗死 30 例。两组在年龄、性别、病变程度上均无显著性差异($P>0.05$)。

2 方法

2.1 治疗方法 两组均采用常规药物治疗。康复组脑梗死患者在发病后病情稳定,无明显进展后第 2—4 天,脑出血患者神志恢复(GCS≥8 分),生命体征稳定后 72h 开始康复^[2]。综合康复治疗采用 Bobath 法和运动再学习相结合,偏瘫侧肢体的腕或踝背伸肌肌肉无明显收缩者配合以低频脉冲电刺激,有主动收缩时

可用肌电生物反馈电刺激。心理治疗贯穿整个康复治疗过程中。对照组患者在发病后平均 8—13d 开始自行活动和锻炼。治疗组患者出院后,继续在门诊治疗或治疗师家访和电话监督下由家属协助患者完成每日的治疗量,每周至少 3 次,对照组出院后仅作定期跟踪功能评定。

2.2 评定方法 治疗前及治疗 3 个月后进行临床神经功能缺损程度评分^[3]、Fugl-Meyer 运动功能评分(FMA)^[4]、修订的巴氏指数(MBI)评定^[4]。统计学处理计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验。

3 结果

两组治疗前神经功能各项评分无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。治疗后神经功能缺损评分减少程度康复组与对照组相比有显著性差异($P<0.05$);FMA 提高程度康复组与治疗组相比有高度显著性差异($P<0.01$);ADL 评分提高分数两组相比有高度显著性差异($P<0.01$)。见表 1。康复组出现肩手综合征、肩关节半脱位及疼痛、偏瘫步态等并发症的患者数明显少于对照组($P<0.01$)。见表 2。

表 1 两组治疗前后评分比较

组别	临床神经功能缺损评分		FMA		MBI	
	治疗前	治疗后减少分值	治疗前	治疗后提高分值	治疗前	治疗后提高分值
康复组	24.35±6.87	18.32±4.25	38.87±28.72	30.27±4.82	31.78±15.36	50.32±12.14
对照组	25.32±6.13	9.31±2.65	40.12±26.56	6.31±1.25	32.65±13.76	27.15±3.64
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.01	>0.05	<0.01

表 2 两组并发症比较

组别	n	肩手综合征	肩关节半脱位及疼痛	偏瘫步态
康复组	59	0	4	6
对照组	62	15	34	45
P 值		<0.01	<0.01	<0.01

利于提高整体医疗效果。

随访部分出院后仍坚持康复治疗的患者,发现随着治疗时间延长,两组间差异更显著,提示脑卒中患者的康复过程应延续到出院后。

[参考文献]

[1] 全国脑血管病会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
[2] 倪朝民. 脑血管病的临床康复[M]. 合肥: 安徽大学出版社, 1998. 138—139.
[3] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381.
[4] 缪鸿石, 朱镰连. 脑卒中的康复评定的治疗[M]. 北京: 华夏出版社, 1996. 24.

(收稿日期: 2002-12-09 修回日期: 2003-02-10)

4 讨论

脑卒中患者的运动功能的恢复单靠药物治疗是不够的。本研究显示, 积极进行康复治疗, 能有效提高运动功能, 改善生活能力, 减少并发症的发生。神经内科临床医师对脑卒中偏瘫患者进行治疗期间也是康复的最佳时间, 综合性医院神经内科若能早期开展康复将有

作者单位: 453000 河南新乡市, 新乡市中心医院神经内科。作者简介: 马连萍(1964-), 女, 河南新乡市人, 主治医师, 主要研究方向: 脑血管病急性期的治疗与康复。