

脑卒中膝关节反张康复治疗分析

赵军

[关键词] 脑卒中;膝关节反张;康复

中图分类号:R743.3 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2004)05-0319-03

[本文著录格式] 赵军.脑卒中膝关节反张康复治疗的分析[J].中国康复理论与实践,2004,10(5):319.

膝关节的稳定性在脑卒中的康复中有重要意义。我们分析了2000年1月—2003年3月间352例首次发病的脑卒中患者中伴膝关节反张者107例,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有107例患者均为住院患者,符合1995年全国第四届脑卒中学术会议的脑卒中诊断标准^[1],其中男性69例,女性38例。45-55岁18例,56-65岁32例,66-75岁48例,76岁以上9例。脑梗死74例,脑出血33例。左膝关节52例,右膝关节55例。发病时间10天以内者72例,10天—1个月者29例,1—3个月者6例。应用溶栓(尿激酶)治疗者5例,其余均以脑保护剂及中药治疗1-3个疗程(每个疗程10天)。患侧下肢按Brunnstrom评定Ⅰ级38例,Ⅱ级56例,Ⅲ级13例。

1.2 临床表现^[2] 急性期脑卒中患者早期下地活动,因患侧下肢肌张力低,不得不取膝关节反张(膝关节过伸展)位负重或行走,以求患侧下肢暂时的稳定;过早站立负重会激活下肢伸肌张力增高,出现膝关节过伸展,同时会出现踝跖屈。长期行走使膝关节周围软组织及关节囊受损,造成患侧膝关节痛疼甚至僵直。

1.3 治疗方法 常规治疗:患者入院后给予甘露醇脱水及清除自由基、脑保护剂,缺血性脑卒中早期(3-6h)可给溶栓或降纤等治疗。应避免患侧下肢无张力站立及行走。提高患侧下肢肌力及肌张力,主要是膝关节及髌关节的训练:患者取俯卧位,在无臀部代偿活动下做膝关节屈曲;患者仰卧位,膝关节屈曲,髌关节内收、外展的控制训练;髌关节伸展的控制训练(如搭桥训练);待患者患侧下肢张力改善后,再进行患者膝关节屈曲约5°左右下站立训练^[3-4],患者可控制下肢后,让患者保持膝屈曲约5°左右下行走,开始时行走要缓慢,以避免膝关节反张。在控制膝关节的同时,还应注意髌关节及踝关节的协调,纠正异常步态。

2 结果

全部患者观察2个月。康复介入后15d、30d、60d各按Brunnstrom评定1次,结果见表1。

作者单位:250022 山东济南市,济南市第五人民医院神经内科。作者简介:赵军(1962-),男,山东济南市人,主治医师,主要从事脑血管病及老年病临床工作。

表1 患者Brunnstrom评分变化

	入院时	15 d	30 d	60 d
Ⅰ级	38	21	12	6
Ⅱ级	56	53	45	14
Ⅲ级及以上	13	33	50	87

通过系统康复训练后,101例患者能较好或完全控制患侧膝关节,均未出现异常步态。另6例患者2例为77岁以上患者,4例为软瘫患者,康复效果不好。

3 讨论

膝关节是完成步态周期的关键点^[5],股四头肌及腓绳肌良好的协调运动十分必要;此外半膜肌、缝匠肌及胫侧副韧带、腓侧副韧带等对膝关节也有辅助运动、固定作用^[6]。脑卒中膝关节反张(膝关节过伸展)是临床上是很常见的并发症。医生为使患者能早日下地活动而采取这种膝关节反张步态也很常见。

早期、及时、系统的康复训练是提高患侧膝关节稳定性的良好手段。肢体肌张力是维持身体各种姿势及正常运动的基础^[7],但张力过高又限制肢体的正常活动。脑卒中后肌张力下降,下肢无法完成站立姿势,下肢在伸展状态下“拖”行会造成下肢僵直及膝关节损伤,并促进下肢伸肌张力增高,从而影响患者的生存质量。所以对于软瘫的患者过早行走及负重是不可取的。由此造成的异常步态应引起广泛重视。

[参考文献]

[1]中华医学会.脑卒中患者神经功能缺损程度评分标准[J].中华神经病杂志,1996,29(6):381.
[2]赵军,陈巍.基层医院中脑卒中常见并症的康复治疗[J].中国康复理论与实践,2003,9(6):342-343.
[3]石中嫒,常冬梅,陈立嘉.脑卒中偏瘫下肢的康复训练[J].中国康复理论与实践,8(2):83.
[4]张皓,陈立嘉,常冬梅.脑卒中偏瘫的体位与体位改变[J].中国康复理论与实践,8(2):74-77.
[5]燕铁斌,襄祖林.实用瘫痪康复[M].北京:人民卫生出版社,1999.92-93.
[6]朱镛连.神经康复学[A].见:王新德.神经病学[M].北京:人民军医出版社,2001.331-332.
[7]史玉泉.实用神经病学[M].第2版.上海:上海科学技术出版社,1994.39-40.

(收稿日期:2004-03-26)