

# 综合康复治疗对脑卒中偏瘫康复疗效的影响

王桂碧, 金燕, 李燕玲, 曹羲, 陈爽

[摘要] 脑卒中具有发病率高、致残率高、死亡率高的特点,存活患者约 70%~80%留有不同程度的功能障碍,严重影响患者的生存质量,给患者家庭和社会带来了沉重的负担。脑卒中偏瘫康复治疗种类繁多,但目前主要采用综合性早期康复治疗、综合性早期康复护理干预、家庭康复训练及新技术运用等。临床研究表明,综合康复治疗疗效明显优于单一方法治疗,因此综合康复治疗方案发展前景广阔。

[关键词] 脑卒中;偏瘫;综合康复治疗;综合康复护理;家庭康复训练;综述

Effect of Multidisciplinary Rehabilitation on Stroke Patients with Hemiplegia (review) WANG Gui-bi, JIN Yan, LI Yan-ling, et al. The Department of Neurology, Xinqiao Hospital of Third Military Medical University, Chongqing 400037, China

**Abstract:** Stroke is a high attack rate, high mutilation rate and high death rate disease. More than 70 percent patients with stroke remain functional disturbance, which destroy their quality of life and bring them heavy burden. The early multidisciplinary rehabilitation treatment, rehabilitation care, family rehabilitation training and application of new technology are the major strategies in kinds of rehabilitation treatment on stroke patients. The clinical researches have showed that the effect of multidisciplinary rehabilitation treatment is obviously better than simple treatment. So these therapeutic regimens have wonderful prospect and valuable generalization.

**Key words:** stroke; hemiplegia; multidisciplinary rehabilitation treatment; general rehabilitation care; family rehabilitation training; review

[中图分类号] R743.3 [文献标识码] A [文章编号] 1006-9771(2008)02-0113-03

[本文著录格式] 王桂碧,金燕,李燕玲,等. 综合康复治疗对脑卒中偏瘫康复疗效的影响[J]. 中国康复理论与实践,2008,14(2):113-115.

脑卒中具有发病率高、致残率高、死亡率高的特点,存活患者中约 70%~80%留有不同程度的功能障碍,严重影响患者的生存质量,给患者家庭和社会带来了沉重的负担<sup>[1]</sup>。大量的基础和临床研究显示,康复治疗介入越早,患者的功能康复和整体疗效就越好<sup>[2]</sup>;脑的可塑性和功能重组是脑卒中偏瘫康复的主要机制<sup>[3]</sup>。现将综合康复治疗脑卒中偏瘫的进展综述如下:

## 1 针刺结合康复治疗

1.1 早期电针穴位刺激结合康复治疗 张仲锦采用电针穴位刺激与康复治疗结合治疗脑卒中患者 40 例,电针穴位刺激以调和气血、疏通经络为治疗原则;康复治疗主要是以 Bobath 手法为主,结果早期治疗组患者的日常生活活动(activities of daily living, ADL)能力和认知能力优于后期治疗组( $P < 0.05$ )<sup>[4]</sup>。胡永善等的研究显示,肢体功能训练对脑卒中患者肢体功能的恢复有一定促进作用,并且早期功能训练的效果优于后期功能训练<sup>[5]</sup>。

1.2 针刺结合功能训练 杨俊生等将 249 例脑卒中偏瘫患者分为治疗组 132 例和对照组 117 例,在内科常规药物治疗的基础上,治疗组予针刺结合功能训练(康复训练、按摩、被动运动,对肌张力高者采取小夹板固定),对照组予单纯针刺治疗,结果治疗组患者上肢、手、下肢 3 个部位的 Brunnstrom 评分提高幅度明显大于对照组( $P < 0.01$ )<sup>[6]</sup>。张利泰等采用分期巨刺、拮

抗肌取穴结合促进技术治疗脑卒中偏瘫,结果疗效优于常规取穴及促进技术<sup>[7]</sup>。林景琳等对急性脑梗死患者采用针刺结合运动疗法,效果优于神经内科常规处理结合运动疗法的对照组<sup>[8]</sup>。石云琼等采用针刺结合康复训练治疗脑卒中,效果优于常规治疗<sup>[9]</sup>。张金星等将 120 例脑卒中患者分为 4 组,每组 30 例,Ⅰ组应用针刺和促进技术治疗,Ⅱ组应用针刺治疗,Ⅲ组应用促进技术治疗,Ⅳ组应用单纯药物治疗,结果治疗 10 周后,Ⅰ组患者的下肢功能及 ADL 能力明显优于其他 3 组患者( $P < 0.01$ )<sup>[10]</sup>。徐应乐等将 80 例病程 < 2 周的脑卒中患者随机分为 A、B 两组各 40 例,按急性期常规处理的同时均进行以促进技术为主的治疗,A 组增加分期针刺疗法,治疗 2 个月后两组患者的运动功能均有明显提高( $P < 0.01$ ),但 A 组的疗效明显优于 B 组( $P < 0.01$ )<sup>[11]</sup>。

1.3 电针结合改良上肢功能康复器训练 何希俊等将 86 例脑卒中偏瘫患者分为治疗组和对照组各 43 例,治疗组采用电针结合改良上肢功能康复器训练,对照组采用单纯电针治疗,结果治疗后治疗组患者的 Fugl-Meyer 运动功能评定(Fugl-Meyer Assessment, FMA)评分提高的幅度明显大于对照组( $P < 0.01$ )<sup>[12]</sup>。

## 2 点穴配合常规康复治疗

点穴疗法以经络理论为指导,根据患者的机能状态,结合功能障碍的不同时期,选择适当的穴位给予一定的刺激,可使患者的机能状态得到改善。

张健将 58 例脑卒中偏瘫患者分为治疗组(30 例)和对照组(28 例),均给予神经内科药物治疗,并于生命体征平稳后即开

作者单位:第三军医大学新桥医院神经内科,重庆市 400037。作者简介:王桂碧(1968-),女,四川遂宁市人,护师,主要从事临床康复护理工作。

始常规康复训练,治疗组主要采用本体感神经肌肉促进疗法、Bobath 技术、运动再学习、心理治疗等,并配合点穴治疗;对照组仅给予常规康复治疗;采用 FMA 评定患者的肢体运动功能,采用改良巴氏指数( Modified Brathel Index, MBI) 评定 ADL,结果治疗组患者的 FMA 积分明显优于对照组(  $P < 0.01$  ), MBI 评分高于对照组(  $P < 0.05$  )<sup>[13]</sup>。田贤先等随机将 126 例脑卒中偏瘫患者分为观察组 64 例和对照组 62 例,对照组仅给予运动疗法;观察组给予点穴及运动疗法治疗,治疗 4 周后,观察组患者的 Brunnstrom 评分、FMA 积分、神经功能缺损评分均优于对照组(  $P < 0.05$  )<sup>[14]</sup>。采取此方法治疗具有协同作用,疗效优于单一运动疗法,能使偏瘫肢体的功能得到更大程度的恢复。

### 3 物理疗法结合康复治疗

3.1 物理治疗结合康复治疗 利用电疗进行神经肌电刺激和肌电生物反馈电刺激可增加肌肉的收缩能力,协调主动肌群和拮抗肌群,有利于恢复肢体的随意运动,对抑制偏瘫后肢体出现的异常模式具有较好的作用<sup>[12]</sup>。

章国伟等将 52 例脑卒中患者随机分为治疗组 27 例和对照组 25 例,均给予神经内科药物治疗、运动疗法和作业疗法治疗,治疗组在此基础上接受肌电触发电刺激治疗,结果治疗组患者的 FMA 评分和腕背屈时的主动关节活动范围( range of motion, ROM) 均优于对照组(  $P < 0.05$  )<sup>[15]</sup>。

#### 3.2 电疗结合康复治疗

3.2.1 电刺激结合运动疗法( physical therapy, PT) 研究显示,神经电刺激配合 PT 治疗脑卒中偏瘫可获得较好的效果<sup>[16]</sup>。谭娟等将 121 例脑卒中患者随机分为康复组(59 例)和对照组(62 例),两组患者急性期均接受神经内科常规药物治疗,生命体征平稳后,康复组采用 PT 治疗(主要采用运动再学习方法结合 Bobath 疗法)和电疗(低频脉冲电刺激和生物反馈电刺激等),对照组采用一般康复治疗(如针灸、理疗),结果两组患者的临床神经功能、FMA 和 MBI 评分均较治疗前明显改善(  $P < 0.01$  ),但康复组改善的幅度大于对照组(  $P < 0.05$  )<sup>[21]</sup>。刘惠宇等将 128 例脑梗死偏瘫患者按早期是否接受电针治疗分为治疗组(57 例)和对照组(71 例),两组均常规进行神经内科药物治疗和运动再学习康复治疗,治疗组患者在脑梗死早期接受 10~14 d 电针治疗,结果治疗组患者的运动功能恢复明显优于对照组(  $P < 0.01$  )<sup>[17]</sup>。陈九斤等采用低频电刺激结合康复训练治疗脑卒中偏瘫,结果效果优于常规药物治疗结合 Bobath 疗法(  $P < 0.01$  )<sup>[18]</sup>。田慧芳将 154 例急性脑卒中患者随机分为观察组和对照组各 77 例,观察组采用电针配合功能训练,对照组采用神经内科常规治疗,结果观察组的疗效优于对照组(  $P < 0.05$  )<sup>[19]</sup>。

3.2.2 电刺激结合药物治疗 谢财忠等将 90 例脑卒中患者随机分为治疗组和对照组各 45 例,对照组采用单纯常规药物治疗,治疗组在此基础上给予 PT 和电刺激疗法,结果两组患者的肢体 FMA 积分、MBI、临床神经功能缺损程度评分均有改善,但治疗组的疗效优于对照组(  $P < 0.05$  )<sup>[20]</sup>。牛陵川等将 140 例脑梗死偏瘫患随机分为治疗组和对照组,各 70 例,均接受常规药物治疗,治疗组患者同时接受脑循环功能治疗仪电刺激小脑顶核治疗,结果两组患者的 FMA 评分和 MBI 评分差异有非常显著性意义(  $P < 0.01$  ),治疗组患者的肢体运动功能及 ADL

明显优于对照组(  $P < 0.01$  )<sup>[21]</sup>。使用脑循环功能治疗仪电刺激小脑顶核是治疗脑梗死偏瘫的一种新方法,可明显增加脑血流量 200% 以上,并缩小梗死体积,减轻脑水肿(不伴有脑代谢改变)<sup>[22]</sup>。

### 4 药物结合综合康复训练

闫和美等将 48 例脑卒中患者随机分为康复组和对照组各 24 例,对照组给予脱水降颅压、扩张脑血管、改善脑代谢、稳定血压、降脂、降血黏度、防治并发症等神经内科常规药物治疗,康复组在上述治疗基础上实施一系列综合康复措施,如良肢位摆放、关节活动度维持训练、平衡训练、步行训练、ADL 训练、心理治疗等,结果康复组的总有效率为 95.83%,对照组为 66.67%,两组间的差异有显著性意义(  $P < 0.05$  )<sup>[23]</sup>。罗国辉等将 192 例急性脑梗死患者分为治疗组(96 例,男性 60 例、女性 36 例,病程 1~5 d)和对照组(96 例,男性 58 例、女性 38 例,病程 12 h~6 d),对照组行常规内科治疗,治疗组在内科常规治疗的同时进行早期康复(包括心理康复),结果治疗组患者的 MBI 和 FMA 评分明显好于对照组(  $P < 0.01$  )<sup>[24]</sup>。朱丽芳等将 102 例脑卒中偏瘫患者分为观察组(52 例)和对照组(50 例),两组均予常规内科药物及早期康复治疗,观察组同时加以益气养阴扶正的中药注射液,偏气虚者予参芪扶正注射液静脉滴注,偏阴虚者予生脉注射液静脉滴注,结果观察组的疗效优于对照组(  $P < 0.01$  )<sup>[25]</sup>。孙洪海等将 100 例脑卒中患者随机分为康复组和对照组各 50 例,对照组仅给予药物治疗,康复组在此基础上进行综合康复治疗,包括神经肌肉促进技术、功能性电刺激、经络导平针灸等,结果康复组患者治疗后的 FMA 评分和 MBI 评分明显提高,与对照组的差异有非常显著性意义(  $P < 0.01$  )<sup>[26]</sup>。

### 5 健肢功能活动配合常规康复训练

有研究显示,大脑皮质存在着同侧支配,即存在未交叉的运动神经旁路,此旁路在脑卒中的恢复中发挥着作用。健肢功能锻炼能够加速同侧大脑侧支循环的建立,促进病灶周围组织重建,进一步促进患侧肢体功能恢复。早期健侧肢体活动可诱发联合反应,缩短疗程,而且健肢功能维持的训练可提高患者的活动能力,帮助患肢尽快建立随意和协调的正常运动模式。张辉等将 160 例脑卒中患者分为对照组和观察组,各 80 例,给予药物治疗后再进行常规康复训练,观察组同时进行健肢针对性运动训练,结果治疗后观察组患者的 Brunnstrom 评分、MBI 评分均明显均优于对照组(  $P < 0.01$  )<sup>[27]</sup>。

### 6 药物结合综合康复护理

解庆凡等将 140 例急性脑卒中偏瘫患者随机分为康复护理组和对照组,各 70 例,对照组仅给予药物治疗和常规护理,康复护理组在药物治疗的同时进行正规的早期综合康复护理,包括心理护理、康复教育、强化基础护理、康复护理(良肢位摆放、定时翻身、被动活动关节、肌肉按摩、早期床上活动、床边座位独自坐起指导、站立及平衡训练、步行及上下楼梯训练、ADL 指导),结果康复护理组患者的 MBI 评分明显优于对照组(  $P < 0.01$  )<sup>[28]</sup>。

### 7 健康指导结合家庭康复训练

吴延林等将 89 例亚急性期脑卒中患者分为对照组 43 例和康复组 46 例,均给予神经内科专家门诊常规药物治疗及保健指导,此外,对康复组患者,由康复治疗师首先对患者家属进行

康复知识教育,然后根据患者的病情特点(弛缓期、痉挛期或恢复期)制定训练计划,基本内容包括维持关节活动度训练、床上动作训练、行走训练、站立与站立平衡功能训练、ADL 训练等,结果康复组患者的 FMA 和 MBI 评分明显提高,与对照组的差异有非常显著性意义( $P < 0.01$ )<sup>[29]</sup>。

## 8 减重平板步行训练

减重平板训练是一种新的脑卒中偏瘫患者下肢运动功能康复训练方法。孙丽将 30 例脑卒中偏瘫患者随机分为观察组和对照组,各 15 例,观察组采用在个体最大平板速度上加速,维持一段时间后再减慢平板速度训练;对照组采用逐渐有限增加平板速度训练,结果显示,减重平板步行训练优于传统步行训练,早期脑卒中偏瘫患者的步行能力和步速有明显提高<sup>[30]</sup>。

综上所述,早期临床综合性康复治疗、综合康复护理、家庭康复训练可提高脑卒中偏瘫患者的生存质量,减少家庭和社会的负担。

## [参考文献]

- [1] 周敬华,梁华忠. 脑卒中早期康复对运动功能及肩手综合征的影响[J]. 中国康复医学杂志,2005,20(10):750—751.
- [2] 谭娟,邓景贵,周文胜. 综合康复治疗对脑卒中患者运动功能障碍的疗效[J]. 中国康复理论与实践,2005,11(8):607—608.
- [3] 朱镛连. 脑卒中康复与神经康复机制[J]. 中国康复理论与实践,2003,9(3):129—132.
- [4] 张仲锦. 康复治疗结合电针穴位刺激对脑卒中患者的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志,2005,20(10):779.
- [5] 胡永善,朱玉莲,杨佩君,等. 早期康复治疗对急性脑卒中偏瘫患者日常生活能力的影响[J]. 中国康复医学杂志,2002,17(4):215—217.
- [6] 杨俊生,杨军,郭民霞,等. 针刺结合功能训练治疗脑卒中偏瘫的疗效分析[J]. 中国康复医学杂志,2007,22(1):80.
- [7] 张利泰,冯文丽,张红文,等. 分期巨刺结合促进技术对脑卒中患者运动功能的疗效观察[J]. 中国康复理论与实践,2007,13(2):137—138.
- [8] 林景琳,吴桂昌,杨锦玲,等. 急性脑梗死针刺与运动疗法对上肢运动功能的影响[J]. 中国康复,2006,21(2):85—86.
- [9] 石云琼,陈雯,郑午林. 针刺结合康复训练对脑卒中神经功能缺损程度的影响[J]. 中国康复,2006,21(2):113.
- [10] 张金星,崔贵祥,朱士文,等. 针刺配合神经促进技术对脑卒中患者下肢功能及日常生活活动能力的影响[J]. 中国康复理论与实践,2007,13(7):653—654.
- [11] 徐应乐,彭力,王晓南,等. 分期针刺配合康复治疗技术对急性期脑卒中患者运动功能的影响[J]. 中国康复,2006,21(5):306—307.
- [12] 何希俊,谭吉林,黄永禧,等. 针刺结合康复器训练改善缺血性脑卒中患者上肢运动功能[J]. 中国康复理论与实践,2004,10(2):86—87.
- [13] 张健. 点穴配合常规康复治疗脑卒中偏瘫疗效观察[J]. 中国康复理论与实践,2007,13(2):135—136.
- [14] 田贤先,赵仲和,林正豪. 早期点穴结合运动疗法治疗脑卒中偏瘫疗效观察[J]. 中国康复理论与实践,2005,11(8):609—610.
- [15] 章国伟,吴红专,陈炳,等. 肌电触发电刺激对偏瘫上肢功能的影响[J]. 中国康复理论与实践,2007,13(6):544—545.
- [16] 杨杰华,彭小文,何静,等. 促通技术配合神经肌肉电刺激疗法与脑卒中康复[J]. 中国康复医学杂志,1997,12(4):173.
- [17] 刘惠宇,朱丽芳,谢冬玲,等. 早期电针对脑梗死患者肢体功能恢复的对照研究[J]. 中国康复理论与实践,2006,12(1):26—27.
- [18] 陈九斤,杨朝辉,梅元武. 低频电刺激与康复训练对脑卒中患者运动功能恢复的影响[J]. 中国康复理论与实践,2006,12(1):28—29.
- [19] 田慧芳. 电针配合功能训练治疗急性期脑卒中偏瘫[J]. 中国康复,2007,22(3):165—166.
- [20] 谢财忠,唐军凯,刘新峰. 早期康复结合电刺激疗法对急性脑卒中患者运动功能的影响[J]. 中国康复理论与实践,2007,13(2):128—130.
- [21] 牛陵川,李涛,雷靖安,等. 电刺激小脑顶核治疗脑梗死 70 例[J]. 中国康复理论与实践,2005,11(10):795—796.
- [22] 齐力,董为伟. 电刺激小脑顶核改善脑损害的研究进展[J]. 国外医学:脑血管病分册,1996,4(1):33—35.
- [23] 闫和美,矫仁娟. 脑梗死偏瘫患者综合康复疗效观察[J]. 中国康复理论与实践,2005,11(7):542.
- [24] 罗国辉,钟秀华. 急性脑梗死的早期康复和防治的临床研究[J]. 中国康复医学杂志,2005,20(7):525—526.
- [25] 朱丽芳,刘惠宇,杜碧青,等. 益气养阴扶正法对脑卒中偏瘫患者康复的影响[J]. 中国康复理论与实践,2006,12(1):31—32.
- [26] 孙洪海,徐艳杰,曾艳. 综合康复治疗对脑卒中偏瘫患者的影响[J]. 中国康复理论与实践,2007,13(2):133—134.
- [27] 张辉,刘建华,李立. 健肢功能活动对脑卒中偏瘫康复疗效的影响[J]. 中国康复理论与实践,2007,13(9):886—887.
- [28] 解庆凡,史艳. 综合康复护理对急性期脑卒中患者 ADL 的影响[J]. 中国康复医学杂志,2005,20(7):545—546.
- [29] 吴延林,高萍. 家庭康复训练对亚急性期脑卒中患者运动功能和日常生活活动能力的影响[J]. 中国康复理论与实践,2007,13(9):866—867.
- [30] 孙丽. 早期脑卒中偏瘫患者减重平板步行训练中的平板速度调节[J]. 中国康复医学杂志,2005,20(10):756—757.

(收稿日期:2007-08-30)