

双眼视力障碍偏瘫患者的康复治疗:个案分析

高强¹, 刘建华², 何成奇¹, 关敏¹

[摘要] 脑血管病常引起偏身运动功能障碍、偏身感觉障碍和同向性偏盲,但双侧脑梗死引起双眼视力下降至仅存光感的患者较为少见。作者描述了 1 例此类患者的康复评价和康复治疗的全过程。根据患者不能视物的特点,设计了与常规治疗不同的康复治疗方

[关键词] 偏瘫;双眼视力障碍;康复

Rehabilitation of Hemiplegic Patient with Bilateral Hemianopia: One Case Report GAO Qiang, LIU Jian-hua, HE Cheng-qi, et al. The Rehabilitation Center of Huaxi Hospital of Sichuan University, Chengdu 610041, Sichuan, China

Abstract: Cerebrovascular diseases can lead to hemiplegia, hemiparaesthesia and hemianopia. However, patients with poor eyesight resulting from bilateral cerebral infarction are rare. The authors reported here the rehabilitation assessment and treatment of one case with hemiplegia and poor eyesight resulting from bilateral cerebral infarction. According to the poor eyesight of the patient, a rehabilitation program which was different from common program was designed, and the patient can walk independently and achieve basic activities of daily living independence underlying the treatment of the new rehabilitation program. The attention should be paid on the variant rehabilitation treatment process depending on variant condition of patients.

Key words: hemiplegia; bilateral hemianopia; rehabilitation

[中图分类号] R743.3 [文献标识码] B [文章编号] 1006-9771(2008)02-0130-02

[本文著录格式] 高强,刘建华,何成奇,等. 双眼视力障碍偏瘫患者的康复治疗:个案分析[J]. 中国康复理论与实践,2008,14(2):130-131.

1 患者资料

患者 XXX,男,48 岁,于 2006 年 7 月 8 日来本院就诊,病案号:1025957。患者入院前 19 d 无明显诱因出现头痛、视物不清,4 d 后出现左侧肢体无力,当即入当地医院神经内科。颅脑 CT 示:①双侧基底节区、右顶叶及右额叶多发性腔隙性梗死;②左枕叶大片脑软化灶(左侧大脑后动脉供血区陈旧性梗死)及小脑梗死;③脑萎缩。整个病程中患者无意识障碍及四肢抽搐,无恶心呕吐,无吞咽障碍。临床诊断为:多发性腔隙性梗死伴左侧偏瘫。经神经内科常规治疗后,患者生命体征平稳,为进一步治疗入本院康复科。患者既往有高血压病史 2 年,糖尿病病史 1 年,1 年前左枕叶梗死,遗留左眼视力下降,仅存光感。个人史:吸烟史 20 年(20 支/d)、饮酒史 20 年(50 g/d),平素不喜体育活动,性情急躁。神经内科查体:高级神经功能正常;颅神经检查:双眼偏盲及双眼视力下降,仅存光感;双眼球向右凝视,不能转向左侧,左眼睑下垂;左侧鼻唇沟变浅,口角右歪;左侧肢体无力,深浅感觉减弱,腱反射减弱,病理征阴性。康复诊断:①致残性疾病:多发性腔隙性梗死;②残损:左侧偏瘫、平衡功能不足、双眼极严重视觉病损;③残疾:日常生活活动(activities of daily living, ADL)能力差、行走能力差、视觉失能;④残障:日常生活依赖、个体活动障碍、社会参与障碍。

2 康复治疗

2.1 入院康复评定(2006 年 7 月 10 日,入院第 3 天)

作者单位:1. 四川大学华西医院康复中心,四川成都市 610041;2. 首都医科大学康复医学院,中国康复研究中心北京博爱医院,北京市 100068。作者简介:高强(1982-),男,四川西充县人,助教,在职硕士研究生,主要研究方向:神经系统疾病康复。通讯作者:何成奇(1964-),男,四川射洪县人,主任医师,博士研究生导师,主要研究方向:骨关节病康复。

2.1.1 一般情况 左侧偏瘫,精神状态可,能积极配合康复治疗;经济情况较好,但只愿意进行 1 个月左右的康复治疗;家居 4 楼,无电梯,对上下楼梯和步行要求较高;家中无子女照顾,对 ADL 能力要求较高;病前职业:建筑工程设计师,对职业康复无特殊要求,“希望能够独立步行,出院后不愿再从事任何职业。”

2.1.2 专科评定:①感觉:痛温触觉减弱,关节位置觉减弱(3/5);②关节活动度:正常;③肌张力:上、下肢肌张力低下;④运动功能:Brunnstrom 分级上肢 I 期,下肢 II 期;下肢 Fugl-Meyer 运动功能评分 16 分;⑤平衡功能:能维持坐位自动动态平衡;⑥ADL 评定:改良 Barthel 指数(Modified Brathel Index, MBI)55 分;⑦步行能力:能在大辅助量下步行 5 m。结合患者的康复评定结果,制定以下康复目标,解决患者迫切需要解决的主要问题。

2.1.3 康复目标:①近期目标(2 周内):运动功能达到下肢 Brunnstrom V 期;平衡功能达到双腿站立自动动态平衡;ADL 提高到 MBI 60 分以上,达到基本生活自理;②远期目标:ADL 自理,步行能力达到独立步行 50 m 以上,回归家庭,回归社会。

2.1.4 患者主要问题:①下肢运动功能差;②ADL 不能自理;③步行能力不足。

2.1.5 康复治疗方案:①康复宣教,加强护理,定时翻身,保护左侧肢体,注意患者心理变化;②加强躯干动作训练,提高躯干控制能力;③运用整体动作诱发下肢提高肌张力,提高下肢屈伸控制能力;④坐起训练和站立训练;⑤ADL 能力训练。

在训练过程中,治疗师先让患者健侧做设计的训练动作,熟练以后,再由患侧完成,逐步提高患者对肢体和空间位置的感觉。经过系统训练,患者下肢运动功能情况改善,符合近期康复目标。

2.2 中期康复评定(2006 年 7 月 24 日,在入院康复评定后第 14 天进行)

2.2.1 患者功能改善情况:①下肢运动功能达到 Brunnstrom V 期,下肢 Fugl-Meyer 运动功能评分 26 分;②平衡功能达到双腿站立自动动态平衡;③ADL 评定为 MBI 65 分,达到基本生活自理^[1];④能在小量辅助下步行 50 m。

2.2.2 存在的问题:①上肢运动功能差;②左下肢单腿站立平衡差;③ADL 自理能力不足;④步行的稳定性与速度不足,不能独立步行;⑤不能独立上下 4 层楼梯。

2.2.3 康复治疗方:①通过整体运动提高上肢运动功能;②单腿动态负重训练及迈步训练;③ADL 能力训练;④纠正步行姿势训练;⑤上下楼梯训练;⑥室外步行训练。

2.3 出院康复评定(2006 年 8 月 7 日,在中期康复评定后第 14 天进行)

2.3.1 患者功能情况:①上肢运动功能 Brunnstrom II 期,下肢运动功能 Brunnstrom VI 期,下肢 Fugl-Meyer 运动功能评分 32 分;②左下肢单腿站立平衡达到自动动态平衡;③ADL 评定为 MBI 85 分,属于轻度功能障碍^[2];④能在比较安全和满意的姿势下独立步行 50 m 以上;⑤能独立上下 4 层楼梯。

2.3.2 出院建议:①控制饮食,控制血压、血糖、血脂,加强运动训练,防止再次卒中;②注意安全,防止跌倒;③部分家庭设施改造;④进行适量娱乐活动,注意保持健康的心理状态。

3 讨论

脑卒中是导致偏盲的最主要的原因^[3],但双眼视力下降至仅存光感的患者较为少见。我们从患者基本情况和功能障碍的角度出发,针对患者不能视物的特点,设计与常规治疗不同的康复目标和治疗方案,利用有限的治疗时间,最大限度地实现患者回归家庭和社会。治疗此类视力障碍偏瘫患者的难度较大,因其常不能按治疗师的要求进行规范的动作训练,所以制定的康复目标应偏低些。但患者正处于中年,必须最大限度地提高其生活质量。由于患者个人的原因,要在 1 个月内达到上下楼梯和独立步行要求,须舍弃上肢的部分功能而让下肢功能得到更多的训练。脑卒中患者发病后的 2~4 周内大脑的重塑功能最强^[4],早期评价患者不能完全按照影像学的表现评价预后^[5]。我们发现,患者在肌张力不高的情况下,下肢有部分髌膝踝运动,因此判断患者下肢预后较好^[6],所以对下肢进行集中训练,达到了既定目标,说明正确的预后判断也是制订康复治疗的基础。

我们考虑到,患者重新学习动作的难度较大,在设计动作时尽量以整体和粗大动作为主,并使用双侧一起运动加强患侧运动的感觉。躯干是四肢功能的基础^[7],因此躯干动作训练对此患者也非常重要。躯干的力量和运动觉与平衡功能有明显相关关系^[8],躯干力量可影响患者的平衡和稳定性甚至功能残疾状况^[9]。在设计具体治疗动作时,我们将躯干控制训练融合到坐位和立位平衡训练中,并嘱患者不断体会躯干位置的变化。此外,利用双侧动作使患者感觉肢体运动的位置并不断强化,可提高关节的运动觉和位置觉。训练时,在同一设计动作中,尽量保持同一速度让患者将肢体置于身体旁的同一空间位置,以便最大限度地让患者用运动觉对肢体进行空间定位^[10]。在训练过程中,每个动作完成 8~10 次后,立即休息放松,防止疲劳或协同收缩引起运动感觉下降^[11],同时,设计的动作尽量以任务为导向^[12],提高患者的控制能力。另外,虽然不将上肢功能作为重点问题进行训练,但为了预防发生肩痛和肩-手综合

征,我们使用功能性电刺激^[13]和经皮神经肌肉电刺激^[14]治疗患侧肩部,治疗剂量为患者能承受的最大剂量,每日各 1 次,共治疗 15 d。按照常规的康复治疗,不能过于强调某一功能,但必须突出康复的个体化方案和个体化治疗。

在此患者的康复治疗中仍然存在不少问题。第一,患者视力障碍,严重影响其生活质量和 ADL 能力,但目前的康复治疗手段尚难以解决此问题。对于此类患者,应该怎样评价其运动功能和 ADL 间的关系尚无确切定论。第二,虽然该患者对职业康复要求较低,但此类患者的职业康复问题很难解决,加上此类患者通常只有一只手能正常使用,且年龄较大,难以找到适合的工作。因此,此类患者职业康复的问题是较大的难题,需要更深入的研究,以解决此类患者回归社会的问题。

致谢:本文在写作过程中得到四川大学华西医院神经内科商慧芳副教授的大力帮助,特此感谢!

[参考文献]

- [1]于兑生,恽晓平.运动疗法与作业疗法[M].北京:华夏出版社,2002:183—184.
- [2]范振华,周士枋.实用康复医学[M].南京:东南大学出版社,1998:230—231.
- [3]Zhang X, Kedar S, Lynn MJ, et al. Homonymous Hemianopia in Stroke[J]. J Neuro Ophthalmol, 2006, 26(3):180—183.
- [4]Traversa R, Cicinelli P, Bassi A, et al. Mapping of motor cortical reorganization after stroke. A brain stimulation study with focal magnetic pulses[J]. Stroke, 1997, 28(1):110—117.
- [5]Schiemanck SK, Kwakkel G, Post MW, et al. Predicting long-term independency in activities of daily living after middle cerebral artery stroke: does information from MRI have added predictive value compared with clinical information? [J]. Stroke, 2006, 37(4):1050—1054.
- [6]Kwakkel G, Kollen BJ, van der Grond J, et al. Probability of regaining dexterity in the flaccid upper limb: impact of severity of paresis and time since onset in acute stroke[J]. Stroke, 2003, 34(9):2181—2186.
- [7]Kibler WB, Press J, Sciascia A. The role of core stability in athletic function[J]. Sports Med, 2006, 36(3):189—198.
- [8]Goldberg A, Hernandez ME, Alexander NB. Relationships between trunk strength, trunk proprioceptive acuity, and clinical measures of balance in older adult fallers and non-fallers[J]. Med Sci Sports Exerc, 2004, 36(5 Suppl):S235.
- [9]Karatas M, Cetin N, Bayramoglu M, et al. Trunk muscle strength in relation to balance and functional disability in uni-hemispheric stroke patients[J]. Am J Phys Med Rehabil, 2004, 83(2):81—87.
- [10]Chieffi S, Conson M, Carlomagno S. Movement velocity effects on kinaesthetic localisation of spatial positions [J]. Exp Brain Res, 2004, 158(4):421—426.
- [11]Wise AK, Fallon JB. The effect of muscle contraction on kinaesthesia[J]. Adv Exp Med Biol, 2002, 508:87—94.
- [12]Bayouk JF, Boucher JP, Leroux A. Balance training following stroke: effects of task-oriented exercises with and without altered sensory input [J]. Int J Rehabil Res, 2006, 29(1):51—55.
- [13]Wang RY, Chan RC, Tsai MW. Functional electrical stimulation on chronic and acute hemiplegic shoulder subluxation[J]. Am J Phys Med Rehabil, 2000, 79(4):385—390.
- [14]Yu DT, Chae J, Walker ME, et al. Comparing stimulation-induced pain during percutaneous (intramuscular) and transcutaneous neuromuscular electric stimulation for treating shoulder subluxation in hemiplegia[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2001, 82(6):756—760.

(收稿日期:2007-05-21 修回日期:2007-09-05)