

急性脑卒中早期综合康复疗效观察

薛迎红, 金鑫, 吴小未, 黄碧波, 李卫东, 王伟, 韩金凤

[摘要] 目的 观察早期综合康复对急性脑卒中患者的疗效。方法 80 例急性脑卒中患者随机分为康复组和对照组各 40 例, 给予神经内科常规治疗, 康复组在此基础上进行早期综合康复治疗; 治疗前和治疗 1 个月后, 采用美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS)、Fugl-Meyer 评定量表 (FMA) 和 Barthel 指数 (BI), 评定两组患者的神经功能、肢体运动功能与日常生活活动能力。结果 治疗前, 两组患者的 NIHSS、FMA 及 BI 评分差异无显著性意义 ($P > 0.05$); 治疗 1 个月后, 康复组患者的各项评分均明显高于对照组 ($P < 0.01$)。结论 早期综合康复治疗能促进急性脑卒中患者神经功能的恢复, 提高其生活质量。

[关键词] 脑卒中; 综合康复; 运动功能; 日常生活活动能力

Effect of Early Multidisciplinary Rehabilitation Therapy on Stroke Patients XUE Ying-hong, JIN Xin, WU Xiao-wei, et al. The Department of Neurology, Fuxing Hospital Affiliated to Capital University of Medical Sciences, Beijing 100038, China

Abstract: Objective To observe the effect of early multidisciplinary rehabilitation therapy on stroke patients. **Methods** 80 cases of acute stroke were randomly divided into the rehabilitation group ($n=40$) and control group ($n=40$). All patients of two groups were treated with routine treatment, and those of the rehabilitation group were added with early multidisciplinary rehabilitation therapy. The degrees of clinical neural function defect, motor function and activities of daily living (ADL) of all patients in two groups were assessed by the clinical neural function defect assessment (NIHSS), Fugl-Meyer Assessment (FMA) and Barthel Index (BI) before and one month after treatment. **Results** The scores of NIHSS, FMA and BI of patients in two groups were not different before treatment ($P > 0.05$). After treatment, the scores of patients of the rehabilitation group were significantly higher than that of the control group ($P < 0.01$). **Conclusion** Early multidisciplinary rehabilitation therapy can improve the neural function, ADL and raise the quality of life of post stroke patients.

Key words: stroke; comprehensive rehabilitation; motor function; activities of daily living

[中图分类号] R743.3 [文献标识码] A [文章编号] 1006-9771(2006)12-1086-02

[本文著录格式] 薛迎红, 金鑫, 吴小未, 等. 急性脑卒中早期综合康复疗效观察[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(12): 1086-1087.

随着现代诊疗技术的不断发展, 急性脑卒中的抢救成功率明显提高, 但其致残率仍可高达 80% 以上^[1]。我们对 80 例急性脑卒中患者给予早期康复治疗, 探讨对患者神经功能缺损、偏瘫肢体运动功能和日常生活活动能力 (activities of daily living, ADL) 的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2003 年 10 月 ~ 2005 年 12 月在我科入住院治疗的脑卒中患者 80 例, 均符合 1995 年全国第四届脑血管疾病会议制定的诊断标准^[2]。入选标准: 首次发生脑梗死或脑出血; 有一侧肢体瘫痪; 格拉斯哥昏迷量表 (Glasgow Coma Scale, GCS) 评分 > 8 分; 病程在 2 周内; 头颅 CT 或 MRI 检查证实为脑卒中。排除标准: 伴有严重的心、肝、肾、肺等内科系统疾病; 有痴呆病史或感觉性失语; 蛛网膜下腔出血; 脑干及小脑卒中。

将患者随机分为康复组和对照组各 40 例。康复组中, 男性 26 例、女性 14 例, 平均年龄 (62.34 ± 8.7) 岁; 脑梗死 30 例、脑出血 10 例; 左侧偏瘫 24 例、右侧

偏瘫 16 例。对照组中, 男性 30 例、女性 10 例, 年龄 (60.1 ± 9.1) 岁; 脑梗死 29 例、脑出血 11 例; 左侧偏瘫 20 例、右侧偏瘫 20 例。两组患者的年龄、性别、瘫痪侧、病情等差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法 两组患者急性期均给予神经内科常规治疗, 同时对患者进行心理治疗、饮食指导和生活护理指导。康复组患者除上述治疗外, 还接受系统的、规范的、个体化综合康复治疗, 于入院后 2 ~ 10 d, 患者生命体征平稳后开始。康复治疗均由专业康复治疗师进行, 内容包括维持正常卧姿、良肢位摆放和康复训练, 运动疗法以 Bobath、Brunnstrom 疗法为主, 主要是改善关节活动范围, 逐步给予患侧肢体关节被动及主动运动, 进行抗痉挛、随意性改善训练、手指精细活动训练、肢体耐力训练、坐位和立位平衡训练、步行训练、拐杖及轮椅使用训练等, 每次 45 min, 每天 1 ~ 2 次, 30 d 为 1 个疗程。同时辅以语言功能训练、认知功能训练、心理疗法、营养指导、整体护理、康复治疗仪综合治疗等, 并按计划进行 ADL 训练, 如穿衣、吃饭、解系衣扣、上下楼梯、如厕等。

对照组不给予康复治疗, 仅给予患者主动及随意被动运动。

1.3 康复评定 两组患者入院 24 h 内和治疗 1 个月

后, 分别采用美国国立卫生研究院卒中量表 (National

作者单位: 首都医科大学附属复兴医院神经内科, 北京市 100038。

作者简介: 薛迎红 (1963-), 女, 安徽合肥市人, 主任医师, 主要研究方向: 脑血管病及神经康复。

Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)、Fugl-Mayer 评分(Fugl-Mayer Assessment, FMA)及 Barthel 指数(Barthel Index, BI)评定患者的神经功能缺损程度、偏瘫肢体运动功能和 ADL。

1.4 统计学处理 所得数据以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 SPSS 10.0 统计软件进行 *t* 检验。

2 结果

治疗前,两组患者的 NIHSS、FMA 及 BI 评分差异均无显著性意义($P > 0.05$);康复治疗 1 个月后,两组患者的上述评分均有改善,但康复组提高的幅度明显大于对照组($P < 0.01$),见表 1。

表 1 两组患者康复治疗前后的 NIHSS、FMA、BI 评分比较
($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 时间 | NIHSS | FMA | | BI |
|-----|-----|-------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|
| | | | 上肢 | 下肢 | |
| 康复组 | 治疗前 | 15.72 ± 9.25 | 9.10 ± 3.24 | 8.38 ± 3.5 | 38.25 ± 14.24 |
| | 治疗后 | 9.1 ± 8.45 ^a | 36.20 ± 8.33 ^a | 25.25 ± 8.67 ^a | 73.45 ± 18.53 ^a |
| 对照组 | 治疗前 | 16.20 ± 9.43 | 9.05 ± 3.42 | 8.45 ± 3.6 | 36.25 ± 15.42 |
| | 治疗后 | 12.20 ± 8.45 | 19.30 ± 8.01 | 15.01 ± 6.35 | 52.16 ± 16.27 |

注:a.与对照组比较, $P < 0.01$ 。

3 讨论

脑卒中是老年人的常见病、多发病。在急性脑卒中的治疗中,临床医生往往注重急性期的药物治疗,有时甚至错误地认为早期康复治疗会导致病情加重或复发,使许多患者错过最佳康复时期,导致患者日后生活质量下降。早期综合康复能明显改善患者的各种功能及预后^[3-6],综合康复治疗的主要目的是减轻患者的神经功能缺损程度,最大程度恢复偏瘫肢体的运动功能,提高患者的 ADL。本研究结果显示,急性脑卒中患者早期综合康复治疗的干预,可使患者的 NIHSS 评分明显降低,FMA 评分及 BI 评分均明显提高。我们认为,早期运动康复治疗,不会导致患者病情加重,关键在于掌握康复的时机,并对危险因子进行严密监控。康复治疗时机的选择非常重要,急性脑卒中后只要生命体征稳定,神经系统症状体征不再进展,即可进行。脑卒中后的神经可塑性理论和大脑功能重组理论,是康复

治疗的基础^[7,8]。早期运动康复治疗有利于促进肢体运动功能的恢复,可有效调动脑组织残存细胞的功能,诱发大脑皮质运动区动作类型的完成和协调性的训练。肌肉关节的运动,又反过来向中枢神经系统提供大量的本体及皮肤感觉冲动输入,从而发挥异化作用,同时也可有效避免肢体的痉挛和肌肉萎缩,防止废用综合征的发生。

值得注意的是,康复治疗应根据患者的病情及评分情况制定系统的、规范的、个性化的康复治疗方案。在康复过程中,患者及家属的配合程度与预后密切相关,应根据患者病后出现的不同心理反应,给予支持性心理疗法、行为疗法、心理疏导,并配合相应的药物治疗,充分取得患者的信任与合作,使其积极主动参与康复治疗,最终获得从身体到精神上的全面康复。

总之,早期综合康复治疗可促进急性脑卒中患者神经功能及偏瘫肢体运动功能的恢复,提高患者的 ADL 和生存质量,有利于降低医疗费用,缩短住院时间,使患者以最佳状态回归家庭和社会。

[参考文献]

[1]戴红,王威,于石成,等.北京市城区居民脑卒中致残状况及对社区康复的要求[J].中国康复医学杂志,2000,15:344.
[2]全国第四届脑血管病会议.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
[3]郑舒畅,朱士文,李义召,等.早期减重平板步行训练对脑卒中偏瘫患者的影响[J].中国康复理论与实践,2005,11(6):463-464.
[4]刘翠华,张盘德,彭小文,等.早期减重训练对脑卒中偏瘫患者下肢功能的影响[J].中国康复理论与实践,2005,11(7):518-519.
[5]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.
[6]刘洪涛,黄宗青,李爱东,等.点穴疗法与运动疗法早期治疗脑梗死疗效观察[J].中国康复理论与实践,2005,11(12):983-984.
[7]周士枋.脑卒中后大脑可塑性研究及进展[J].中华物理医学与康复杂志,2002,24(7):437-438.
[8]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. (收稿日期:2006-06-09)