

医药卫生

脑梗塞病人早期康复治疗病例观察研究

崔晓倩

(解放军 309 医院,北京 100091)

摘要 为研究脑梗塞偏瘫的早期康复,探讨早期康复开始的时间与运动功能和日常生活活动能力恢复的关系,为早期康复理论提供临床依据。将 48 例 45 岁~80 岁确诊为脑梗塞的患者分为三组;早期康复组(17 例)、非早期康复组(19 例)、对照组(12 例)。早期康复组在发病 14 天以内进行康复训练,非早期康复组在 14 天以后进行康复训练,对照组没有进行康复训练。采用 Fugl-Meyer 评定法(FMA)和改良巴氏量表 MBI(modified barthel index)评价三组的结果。经过一个月康复治疗后,早期康复组的各项积分增加明显高于其他两组,差异显著($P < 0.01$)。而非早期康复组各项指标的增值与对照组的增值相比没有明显差别($P > 0.05$)。说明早期康复组各项指标评分的增加明显优于非早期康复组,且高于对照组,早期康复确实有效,亦无明显的临床副作用。对照组的恢复情况与非早期康复组相比并没有明显差别。

关键词 脑梗塞 早期康复 运动能力 ADL

中图法分类号 R493; **文献标志码** B

脑梗塞属于脑血管病,系脑卒中的一种发病类型,是因脑部血管供血、供氧的情况突然中断,并引发一侧上、下肢体,上、下半身或全身无力,呈现麻痹的现象(偏瘫)。随着人口老龄化程度的加剧,脑梗塞已成为临床常见病、多发病,严重威胁人们的健康。急性脑梗塞的常规药物治疗可减轻脑水肿,避免缺血脑损害加重,降解纤维蛋白及溶解血栓,促进神经细胞轴突生长和功能重组,从而控制病情,恢复缺损脑功能。结合康复治疗能最大程度促进偏瘫患者的功能恢复,已成为我国现代临床康复医学重点问题。

1 研究对象与方法

本课题采用对照试验研究的方法,在系统的 1 个月脑梗塞规范康复治疗研究基础上,利用 Fugl-Meyer 运动评定量表、改良巴氏指数综合评定量表评定康复治疗效果,以探讨早期康复治疗对于急性

脑梗塞偏瘫患者功能恢复的影响。

1.1 研究对象

选择解放军 309 医院康复医学科收治的急性脑梗塞病人 48 例,其中男 27 例,女 21 例,入选条件为:(1)符合 1995 年全国脑血管病会议诊断标准^[1],并经 CT 或 MRI 明确诊断为脑梗塞;(2)系第一次发病;(3)入院时 ADL 评分在 40 分~60 分之间。(4)生命体征稳定在 48 h 以上。

采用选择分组的办法,将入选病人分为早期康复组、非早期康复组、对照组。早期康复组在 14 d 以内进行康复训练;非早期康复组在 15 d~60 d 进行康复训练;对照组由病史中找到只接受过日常治疗及护理而没有做过康复训练的评分患者。其他治疗方法相同。

表 1 受试者一般资料

组别	性别(例)		年龄(岁) $\bar{X} \pm s$	康复时间(天) $\bar{X} \pm s$
	男	女		
早期康复组	9	8	66.27 ± 8.46	30.35 ± 3.58
对照组	7	5	63.88 ± 9.63	31.14 ± 3.98
非早期康复组	11	8	65.19 ± 10.44	29.89 ± 4.43

三组性别、年龄、康复时间见表 1。各组的性别($\chi^2 = 0.096$)、年龄($F = 0.40$)、康复时间($F = 2.87$)经统计学检验差别无显著性意义($P > 0.05$)。

1.2 研究方法

1.2.1 治疗方法

运动功能障碍康复方法：

美国心脏协会提出卒中康复的主要内容为^[2]：

- (1)诊断、治疗和预防并发症；(2)最大独立性训练；(3)心理应对和适应；(4)社会的再适应，防止继发残疾；(5)利用残留的功能提高生活质量；(6)防止卒中复发和其他血管性疾病，如心肌梗死。

治疗结合中枢性运动障碍的特点，恢复的过程(弛缓期→痉挛期→恢复期)有步骤地进行^[3-5]。具体操作按 Brunnstrom 分期^[6]，应用 Brunnstrom 技术、Rood 技术、Bobath 技术相结合。

心理康复：分析和掌握患者的心理活动，给予耐心合理的心理疏导，消除患者的心理障碍。加强疾病知识的宣传，使其对疾病有正确的认识，使其主动配合康复治疗。激发其对生活的信心，从而有利于康复。

1.2.2 评定标准

运动功能评定用 Fugl-Meyer 运动评定量表，日常生活活动能力(Activities of daily living, ADL)用改良巴氏指数评定量表(Modified Barthel Index, MBI)。

1.2.3 统计学分析

评定数据用统计软件 SPSS 13.0 处理。记量资料采用 t 检验和 F 检验，以均数、标准差描述($\bar{x} \pm S$)，计数资料用卡方检验，用 F 检验和卡方检验处理两组患者的一般资料。以 $P < 0.05$ 被认为有显著性差异， $P < 0.01$ 有高度显著性差异。

2 结果

2.1 运动功能评定(FMA)

早期康复组与对照组相比，入组时 FMA 没有显著差异($P > 0.05$)，经过一个月康复治疗后，早期康复组恢复水平明显高于对照组($P < 0.05$)。另外，早期康复组治疗效果明显好于非早期康复组($P < 0.05$)。

表 2 运动功能的恢复($\bar{x} \pm S$)

组别	康复前	康复后	组内 P 值
早期康复组	32.75 ± 17.52	56.84 ± 19.35	$P < 0.05$
对照组	33.56 ± 21.69	45.24 ± 24.85	$P < 0.05$
非早期康复组	42.88 ± 18.54	51.46 ± 20.88	$P < 0.05$

2.2 日常生活活动能力评定 MBI

表 3 日常生活能力的恢复($\bar{x} \pm S$)

组别	康复前	康复后	组内 P 值
早期康复组	37.24 ± 16.33	67.66 ± 14.10	$P < 0.05$
对照组	34.68 ± 17.08	56.54 ± 13.79	$P < 0.05$
非早期康复组	48.38 ± 11.98	63.84 ± 17.48	$P < 0.05$

早期康复组与对照组相比，入组时 MBI 没有显著差异($P > 0.05$)，经过一个月康复治疗后，早期康复组恢复水平明显高于对照组($P < 0.05$)。另外，早期康复组治疗效果明显好于非早期康复组($P < 0.05$)。

3 分析与讨论

国内一般认为^[7-9]患者发病后 1 个月内进行康复训练都属于早期康复，目前早期康复时机的选择尚无统一的标准，一般来说患者的 GCS 应 > 8 分，病灶表现已有了肯定的逆转，生命体征平稳(体温、呼吸、脉搏和血压正常)24 h 以上(有人将其定为 48 h)，即可进行康复训练。脑梗死患者早期康复开始较早(病后三五天)，而脑出血患者则相对较晚(病后两三周)^[10]。

从表 2 结果可以看出，入组时早期康复组与对照组评分统计学上无显著性差异，尽管一个月后再测两组评分，对照组也有较明显改善，但这种自发的功能改善是有限的，与康复组相比具有显著性差异($P < 0.05$)，康复组治疗效果明显优于对照组。

从表 3 究结果还可以看出，入组时早期康复组与对照组评分统计学上无显著性差异($p > 0.05$)，30 天后再测两组评分具显著性差异($p < 0.05$)，早期康复组的值明显优于对照组，可能与康复治疗加速了新的神经通路的建立、病灶周围组织或健侧脑细胞的重组或代偿、极大地促进了脑的可塑性有关。

中枢神经系统损伤后功能重组是功能恢复的重要因素，但自然发生的大脑皮质功能重组是有限的，要提高患者功能恢复的程度，功能训练是极为重要的因素。

之一。及时地进行以运动疗法为主的康复治疗,有利于诱发来自皮肤、关节处深、浅感受器的大量信息的传入性活动以及来自大脑中枢的大量运动冲动信息的传出性活动,因此能促进脑皮层功能的重组,最终促进运动功能的重新恢复^[11—13]。

4 结论

早期康复是安全可行的,而且比非早期康复及自然康复更明显改善患者的运动功能和提高日常生活自理能力,预防和减少偏瘫并发症的出现,最大限度地减轻患者的残疾,更好地回归社会。

进一步证实早期康复的效果并非由于早期自然恢复所致。

参 考 文 献

- 1 中华神经科学会,中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点. 中华神经科杂志,1996;29(6):379—380
- 2 Gresham G E, Alexander D, Bishop D S, et al. American heart association prevention conference. IV. Prevention and Rehabilitation of Stroke. Rehabilitation Stroke,1997;28(7):1522—1526

- 3 史长青,沈晓莲. 脑卒中偏瘫的早期康复治疗. 中国康复医学杂志,1998;13(2):79—81
- 4 朱镛连. 神经康复学. 北京:人民军医出版社,2001;214—241
- 5 福井彦. 脑血管障害急性期. リハビリテーション. 総合リハビリテーション,1998;20(2):102—109
- 6 Brunnstrom. Movement therapy in hemiplegia. a neurophysiological approach. New York: Evanstrom and London. Harper and Row Publishers. 1970
- 7 杨志香,吕秀东,等. 早期康复对脑卒中偏瘫患者预后的影响. 中国康复医学杂志,1997;6(2):83—85
- 8 王鸿祥,王左生. 脑梗塞患者急性期的康复治疗观察. 中国康复医学杂志,1996;2(8):75—76
- 9 赵丽丽,陈秉炬,毕淑珍. 早期活动对脑出血患者预后的影响. 中国康复医学杂志,1996;2(10):78—79
- 10 倪朝民. 急性脑卒中的早期康复及其功能训练时间. 中国临床康复 2002;3(3):109—111
- 11 倪朝民. 脑卒中康复与脑功能重组. 中国康复理论与实践,2002;8(9):53—55
- 12 周士杨. 脑卒中后大脑可塑性研究及康复进展. 中华物理医学与康复杂志,2002;24(7):437—439
- 13 朱镛连. 脑卒中康复与神经康复机制. 中国康复理论与实践. 中国康复理论与实践,2003;9(3):129—132

Study on the Early Rehabilitation on Patients with Cerebral Infarction

CUI Xiao-qian

(Department of Physical Therapy of 309 Hospital, Beijing 100091, P. R. China)

[Abstract] To determine time window of rehabilitation after acute cerebral infarction and value the effects of early rehabilitation on motor function and ADL, 48 patients with cerebral infarction were divided into three groups, early rehabilitation (17), no early rehabilitation (19), and control groups (12). Early rehabilitation group were treated with systematic rehabilitation training within 14 days, no early rehabilitation group was treated 14 days latter, and control group was treated with no rehabilitation training. The three groups were assessed by the Fugl-Meyer assessment (FMA) and modified barthel index (MBI). Comparisons between the three groups found no significant difference in age, sex. The evaluation scores of FMA, MBI demonstrate that there wasn't significant difference between early rehabilitation group and control group before treatment ($P > 0.05$), but after treatment, the gain of scores in the early rehabilitation group were obviously higher than those in the control group ($P < 0.01$) and the no early rehabilitation group ($P < 0.01$), however, there was no significant difference between the increased scores of the control group and the no early rehabilitation ($P > 0.05$). It is concluded that recovery of function after acute cerebral infarction don't derive from improvement of neurological function alone, The early rehabilitation training is effective and safe on the patient, could improve motor function and ADL (activities of daily living).

[Key words] cerebral infarction early rehabilitation motor function ADL