

从轻到重,分值由 0 分~5 分),将 10 个项目的相应得分累加后,计算其占满分的百分比,即为 CODI 指数。本研究采用 CODI 法对 CCS 致下背痛患者术后疗效进行评定,发现 CODI 优良率为 92.68%,CRMDQ 优良率为 92.68%,CODI 和 CRMDQ 评分结果术前、术后差异均有统计学意义($P < 0.05$),进一步证实了 CODI 评定具有稳定、可靠性,可作为评价 CCS 致下背痛患者手术疗效的重要参考指标,较单一疼痛评定更全面,并且其作为一项主观指标,它具有简便易推广、能准确评定病情、疗效及预后等重要特性。

参 考 文 献

- [1] 白跃宏,张龙海,史桂秋,等.慢性骨筋膜室综合征动物模型的建立及骨骼肌病理变化的实验研究.中国临床康复杂志,2002,6:1122-1123.
- [2] 杨惠林,唐天驷.腰椎不稳与椎管狭窄专题研讨会纪要.中华骨科杂志,1994,14:60-63.
- [3] 王福根,王诚宏,高谦.Oswestry 和 Roland-Morris 失能问卷:测量慢性下背痛患者生存质量实用性评价.中国临床康复,2002,6:2420.
- [4] Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry disability index. Spine, 2000, 25:2940-2952.
- [5] Fritz JM, Irrgang JJ. A comparison of a modified Oswestry low back pain disability questionnaire and the quebec back pain disability scale. Phys Ther, 2001, 81:776-788.
- [6] 郑光新,赵晓鸥,刘广林,等. Oswestry 功能障碍指数评定腰痛患者的可信性.中国脊柱脊髓杂志,2002,12:13-15.
- [7] 张松涛,刘永才,张颖.等. CODI 评定青年战士腰椎间盘突出症的康复疗效.颈肩腰腿痛杂志,2003,24:21-23.
- [7] 白跃宏,孙天胜,欧阳颀.慢性骨筋膜间隔综合征所致慢性腰痛的诊断与治疗.中国矫形外科杂志,2003,11:300-302.
- [8] 白跃宏,欧阳颀,杨远滨,等.慢性骨筋膜间隔综合征所致慢性腰痛的临床诊断、治疗与康复.中华物理医学与康复杂志,2003,25:538-540.
- [9] 杨占辉,孙建华,丁浩.腰椎间盘突出症的评分法疗效评定标准.颈腰痛杂志,1999,20:20-21.
- [10] 杨连发,李子荣,岳德波,等.腰椎间盘突出症手术疗效预测因素.中国脊柱脊髓杂志,2000,10:18-22.
- [11] Gregor AH, Hughes SP. The evaluation of the surgical management of the nerve root compression in patients with low back pain. Spine, 2002, 27:1465-1470.
- [12] Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry disability index. Spine, 2002, 25:2940-2952.
- [13] 何高.中文版 RMDQ 下背痛量表的研制.合肥:中国安徽医科大学出版社,2005:4.
- [14] 刘学勇,王海一,王欢.腰椎后路手术治疗腰椎间盘突出症远期疗效分析-定量评定及术后查体的综合评价.中国矫形外科杂志,2001,8:959-961.

(修回日期:2008-04-20)

(本文编辑:易 浩)

综合康复干预治疗脑卒中偏瘫患者的疗效

钟杰 鲁凤琴

【摘要】 目的 研究综合康复干预对脑卒中偏瘫患者运动功能及日常生活活动能力(ADL)的影响。**方法** 共选取 90 例脑卒中患者,将其随机分为康复组及对照组。对照组患者主要给予神经内科常规药物治疗;康复组患者在此基础上给予综合康复干预,主要包括神经促通技术、ADL 训练及心理康复等。于治疗前、后采用 Brunnstrom 运动功能分级及 Barthel 指数评分对 2 组患者进行疗效评定。**结果** 治疗后 2 组患者 Brunnstrom 运动功能分级与 Barthel 指数评分均较治疗前明显提高,且康复组患者的改善幅度明显优于对照组,组间差异具有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 早期综合康复干预可明显提高脑卒中偏瘫患者运动功能及 ADL 能力。

【关键词】 综合康复; 脑卒中; 运动功能

脑卒中是中老年人群常见病和多发病之一,随着当前医疗技术不断发展,其诊断及抢救水平显著提高,脑卒中致死率明显下降,但致残率仍处于较高水平,给患者家庭及社会带来沉重负担。如何进一步提高脑卒中患者疗效仍是当前研究的重点。本研究通过对脑卒中偏瘫患者实施综合康复治疗,从而探讨综合康复治疗对脑卒中偏瘫患者运动功能及日常生活活动能力(activities of daily living, ADL)的影响,为进一步提高脑卒中患者康复疗效、改善患者生活质量提供资料。现报道如下。

对象与方法

一、研究对象

作者单位:570311 海口,海南省农垦总局医院康复医学科

共选取 2006 年 2 月至 2007 年 11 月间在我院康复医学科住院治疗的脑卒中患者 90 例,患者入选标准如下:①均符合全国第四届脑血管病会议关于脑卒中的诊断标准^[1],并经头颅 CT 或 MRI 检查证实;②全部病例均为颈内动脉系统脑梗死或脑出血,初次发病或既往有发作但未遗留神经功能障碍,病程在 1 个月以内;③患者生命体征稳定、意识清晰,可理解并执行动作性指令,无明显失语及认知功能障碍;④年龄 < 75 岁;⑤有单侧肢体运动功能障碍。患者排除标准如下:①病情恶化,出现新的脑梗死灶或脑出血灶;②短暂性脑缺血发作、蛛网膜下腔出血;③严重认知及交流功能障碍;④心、肺、肝、肾等重要脏器功能减退或衰竭等。将符合上述入选条件的 90 例脑卒中偏瘫患者随机分为康复组及对照组。康复组有患者 45 例,其中男 31 例,女 14 例;年龄 36~72 岁,平均 56.2 岁;脑出血 12 例,

脑梗死 33 例。对照组有患者 45 例,其中男 33 例,女 12 例;年龄 37~73 岁,平均 58.1 岁;脑出血 10 例,脑梗死 35 例。2 组患者年龄、性别、病变性质、部位等组间差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

二、治疗方法

2 组患者均给予神经内科常规处理,其中脑梗死患者主要进行控制血压、抗凝、降纤、改善脑循环、营养脑神经等治疗,脑出血患者主要进行控制血压、脱水、止血、降颅内压等治疗。对照组患者在上述基础上给予日常康复指导或针灸治疗;康复组患者在其生命体征稳定及神经系统症状不再进展 48 h 后实施综合康复干预,包括运动疗法、ADL 训练及心理干预等,具体治疗措施如下。

1. 运动疗法:主要采用神经促通技术,包括:①床上良肢位摆放,定时变换体位;②偏瘫侧肢体各关节作被动及主动活动;③健肢主动辅助患肢进行关节活动度训练;④桥式训练;⑤床边坐位平衡训练;⑥电动直立床站立训练;⑦减重步行训练;⑧站立平衡训练、下肢负重训练;⑨上、下楼梯训练等。上述训练每天 1 次,每次 40~60 min,每周治疗 5 次。

2. ADL 能力训练:如指导患者进行穿衣、进食、洗漱等 ADL 训练。

3. 心理干预:于患者入院时即给予积极心理辅导,向患者及其家属解释具体病情,并告知可能的预后,给予患者积极安慰、支持与鼓励,并尽可能安排患者与恢复疗效较佳的患者在一起治疗、训练、交流,帮助患者消除思想顾虑、增强信心,从而促其积极配合康复训练。

三、疗效评定标准

2 组患者均由同一位医师于治疗前及治疗 6 周后进行疗效评定,患者运动功能评定采用 Brunnstrom 运动功能分级评定法;ADL 能力评定采用 Barthel 指数评分,其中 Barthel 指数评分 <40 分为差;40~60 分为中;Barthel 指数评分 >60 分为良。

四、统计学分析

本研究采用 SPSS 11.0 版统计学软件进行数据处理,计数资料组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

结 果

治疗前 2 组患者 Brunnstrom 运动功能评级及 Barthel 指数评分组间差异均无统计学意义($P > 0.05$);2 组患者分别经相应治疗 6 周后,发现其 Brunnstrom 运动评级及 Barthel 指数评分均较治疗前明显改善($P < 0.01$);进一步分析发现,康复组上述

各项指标改善幅度均明显优于对照组,组间差异具有统计学意义($P < 0.01$),具体数据详见表 1。

讨 论

本研究结果显示,2 组患者分别经 6 周治疗后,其 Brunnstrom 运动功能分级及 Barthel 指数评分均较治疗前有不同程度提高,表明常规药物治疗能在一定程度上促进受损中枢神经结构和功能恢复,其原因可能与加快大脑病变区水肿消退、血肿吸收、颅内压降低有关,另外机体大脑本身也具有一定的自然恢复能力;进一步分析后发现,康复组患者的改善幅度较对照组显著($P < 0.01$),提示单纯药物治疗的疗效相对有限。本研究对康复组患者实施综合康复治疗,这是一种集药物治疗、肢体功能训练、心理康复于一体的系统治疗模式,能促使患者受损脑功能得到最大程度恢复,故本研究中康复组患者疗效明显优于对照组($P < 0.01$),与汪士松的^[2]研究结果一致。

脑的可塑性理论和大脑功能重组理论是中枢神经系统损伤后功能恢复的重要依据^[3]。相关研究结果表明,脑卒中偏瘫患者康复介入时间越早,则患者功能恢复及整体疗效就越好^[4,5]。综合康复治疗可加速脑侧支循环建立,促进病灶周围组织和脑细胞功能重组或代偿,最大限度发挥脑可塑性效应^[6,7],因此脑卒中后运动功能障碍患者不能单纯依赖药物治疗或消极被动等待自然恢复,而应尽早、积极介入综合康复干预。姜从玉等^[8]研究发现,在患者早期接受药物治疗同时,当其生命体征稳定及神经系统症状不再进展 48 h 后,尽早进行运动康复训练具有重要意义,可进一步提高临床疗效。脑卒中患者通过进行系统、规范康复训练,向机体输入正确运动模式,经传入、传出神经冲动反复刺激,在大脑病灶周围形成新的神经传导通路,并促进大脑功能重组或代偿,从而加快患者运动功能恢复进程,提高康复治疗效果。

相关研究发现,脑卒中后偏瘫不仅造成患者躯体功能障碍、ADL 能力下降,而且对患者心理及社会功能也会产生显著不良影响,部分患者会出现抑郁等并发症,而抑郁症能促进患者躯体症状扩大和加重,对其功能恢复具有严重阻碍作用^[9,10]。因此,早期心理干预对预防脑卒中后抑郁症发生及进一步改善脑卒中后躯体疾病症状具有重要意义^[11]。通过专业心理辅导能缓解患者负性心理,家人、朋友、同事的安慰、关心可消除患者不良认知及提高其适应能力;把康复治疗目标、预期疗效告知患者,并让其与疗效恢复较佳患者一同治疗、交流,有利于患者树立信心、充分调动主观能动性。在整个康复训练过程中注意积极鼓励患者,使其在良好氛围中主动配合训练,从而进一步提高康复疗效^[11]。

表 1 2 组患者治疗前、后 Brunnstrom 运动功能分级及 Barthel 指数评分比较(例)

组 别	例数	上肢 Brunnstrom 运动功能分级					下肢 Brunnstrom 运动功能分级					Barthel 指数评分		
		I 级	II 级	III 级	IV ~ V 级	VI 级	I 级	II 级	III 级	IV ~ V 级	VI 级	<40 分	40~60 分	>60 分
康复组	45													
治疗前		29	11	5	0	0	25	11	9	0	0	37	8	0
治疗后		0	9	22	14 ^{ab}	0	0	3	21	21 ^{ab}	0	12	18	15 ^{ab}
对照组	45													
治疗前		27	12	6	0	0	27	10	8	0	0	36	9	0
治疗后		3	15	22	5 ^a	0	0	14	22	9 ^a	0	23	17	5 ^a

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.01$

综上所述,本研究采用的综合康复干预是一种集药物治疗、康复训练、心理康复于一体的治疗模式,能进一步提高脑卒中患者临床疗效,对改善患者运动功能及 ADL 能力、降低致残率、提高生活质量等具有重要意义。

参 考 文 献

- [1] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点. 中华神经科杂志, 1996, 29: 379-380.
- [2] 汪士松. 综合康复治疗对脑卒中偏瘫患者下肢功能障碍的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30: 42-43.
- [3] 南登崑, 主编. 康复医学. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 33-38.
- [4] 马艳, 刘琦, 李浩, 等. 及早康复介入对急性期脑卒中患者肢体功能恢复的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28: 328-329.
- [5] 李蹕, 倪朝民, 韩瑞. 急性脑卒中三级康复的功能结局和经济学评价. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29: 192-195.
- [6] 刘罡, 吴毅, 吴军发. 脑卒中后大脑可塑性的研究进展. 中国康复医学杂志, 2008, 23: 87-90.
- [7] 孙皓, 郭富强. 脑卒中后康复训练影响神经功能恢复机制的研究进展. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30: 340-342.
- [8] 姜从玉, 胡永善, 吴毅, 等. 规范三级康复治疗对脑卒中患者生存质量的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28: 611-614.
- [9] 窦祖林. 脑卒中康复治疗不容忽视的若干问题. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29: 289-291.
- [10] 李春燕, 方岩, 杨青松. 脑卒中后抑郁症对患者肢体运动功能和日常生活活动能力康复的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29: 349-350.
- [11] 王素祥, 杨艳琴. 早期心理干预对脑卒中后抑郁症的预防作用. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30: 265-266.

(收稿日期: 2008-04-12)

(本文编辑: 易 浩)

具体指导下的家庭康复治疗对脑卒中偏瘫患者疗效的影响

王璐平 田泽丽

【摘要】 目的 观察具体指导下的家庭康复治疗对脑卒中偏瘫患者运动功能及日常生活活动(ADL)能力的影响。**方法** 将 52 例脑卒中偏瘫患者随机分为康复组和对照组。康复组患者出院时由治疗师制定详尽的家庭康复计划,并对其家属进行康复知识培训;出院后康复组患者严格按照康复计划进行家庭康复训练(期间由患者家属给予协助),并定期到医院接受评估指导。对照组患者出院后未给予上述系统家庭康复训练,仅让其自行在家进行康复训练。于出院时、出院后 3 个月和 6 个月时采用 Fugl-Meyer 运动功能评分(FMA)、改良 Barthel 指数(MBI)对 2 组患者运动功能、ADL 能力进行评定。**结果** 出院后 3 个月和 6 个月时,2 组患者 FMA 评分及 MBI 评分均较出院时显著改善,且康复组改善幅度明显优于对照组($P < 0.05$);康复组出院后 6 个月时,其 FMA、MBI 评分与出院后 3 个月时比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),而对照组差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 具体指导下的家庭康复治疗可显著促进脑卒中偏瘫患者运动功能和 ADL 能力恢复,是一种行之有效的脑卒中康复治疗手段。

【关键词】 具体指导; 家庭康复; 脑卒中; 偏瘫

脑血管疾病是严重危害中、老年人群身心健康的常见病之一,具有高发病率、高死亡率、高致残率及高复发率等特点。在脑卒中幸存者中,约有 75% 患者存在不同程度劳动能力丧失。由于经济条件等因素的制约,多数患者在医院内接受神经科治疗和短时间早期康复治疗后即出院,但此时患者及家属多缺乏基本康复知识,容易导致患者出院后形成异常动作模式,从而影响其运动功能恢复。本研究通过对脑卒中出院患者进行系统、正规家庭康复干预,观察其对患者运动功能及日常生活活动(activities of daily living, ADL)能力的影响。现报道如下。

资料与方法

一、研究对象

共选取 2005 年 3 月至 2006 年 8 月间在我院神经内科和康

复科住院的急性脑卒中偏瘫患者 52 例,患者纳入标准如下:①符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议修订的脑卒中诊断标准^[1];②病情稳定,包括神经病学和其它并发症情况;③年龄 < 80 岁;④有明显运动功能障碍,或伴有言语、吞咽功能障碍;⑤有足够的认知功能,可主动配合运动训练;⑥无严重心肺系统疾患或其它严重合并症等;⑦有较为固定的亲属能够帮助患者实施家庭康复治疗。患者排除标准如下:①病情严重或进行性加重;②伴有严重并发症,如严重感染、糖尿病酮症、急性心肌梗死、失代偿性心功能不全等;③家庭支持不足等。将符合上述入选条件的 52 例患者随机分成康复组和对照组。康复组患者 26 例中,男 16 例,女 10 例;脑出血 11 例,脑梗死 15 例;年龄 44 ~ 76 岁,平均 (58.6 ± 5.74) 岁;左侧瘫 12 例,右侧瘫 14 例。对照组患者 26 例中,男 15 例,女 11 例;脑出血 12 例,脑梗死 14 例;年龄 40 ~ 78 岁,平均 (56.2 ± 6.12) 岁;左侧瘫 14 例,右侧瘫 12 例。2 组患者一般情况及病情经统计学分析,组间差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。