

临床观察结果表明,手部骨关节损伤后积极采取综合康复治疗,是尽快地最大限度地恢复手功能的有效方法,但其疗效也受到一些因素的影响,如创伤的严重程度、开始康复治疗的时间以及患者配合治疗的情况等。本组患者中有 13 例(27.6%)同时存在腕、肘、肩等相邻关节功能障碍,这是由于患者在制动期不注意或不敢活动这些关节而造成的。如能在伤后早期采取措施,则可避免这些问题的出现,因此,康复治疗的早期介入是很必要的。

参 考 文 献

- 1 缪鸿石,主编. 康复医学理论与实践. 上海:上海科学技术出版社, 2000. 1636-1639.
 - 2 王玉龙,主编. 康复评定. 北京:人民卫生出版社, 2000. 298-302.
 - 3 王澍寰,主编. 手部创伤的修复. 北京:北京出版社, 1997. 323-326.
- (收稿日期:2003-08-11)
(本文编辑:郭正成)

早期康复干预对急性脑卒中患者下肢功能的影响

欧阳颀 李雪 李华

急性脑卒中患者在神经内科病房进行药物治疗的同时,我科及时给予床边早期康复干预治疗,对促进患者的下肢功能恢复和步行能力的提高取得了较好的效果,现将结果报道如下。

资料与方法

一、治疗对象

筛选神经内科病房 2001 年 6~12 月收治的 40 例急性脑卒中患者作为临床治疗观察对象。(1)入选标准:均为首次发病 1~7 d 后入院;经 CT/MRI 确诊,符合第四届全国脑血管病的诊断标准^[1];Glasgow 昏迷量表(GCS) > 8 分,长谷川痴呆量表(HDS) > 10 分。(2)排除标准:椎-基底动脉系统脑卒中;采用过溶栓治疗;脑出血手术后;年龄 > 80 岁;痴呆患者。其中男 24 例,女 16 例;年龄 47~72 岁,平均为(60.5 ± 8.1)岁;左侧偏瘫 18 例,右侧 22 例;脑出血 12 例,脑梗死 28 例。按入院顺序编号,根据随机数字表将其分成对照组和治疗组,各 20 例,两组在年龄、性别、病变性质等方面差异无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

二、治疗方法

两组患者入院后均接受常规脑卒中药物治疗和心理护理,治疗组在此基础上,同时给予以下治疗。(1)功能性电刺激:采用 J18 型电脑脉冲按摩治疗仪(北京产)中的功能性电刺激处方,中频频率 4 kHz,低频调制波为方波,频率为 0.2~150 Hz,两块直径 4 cm 的圆形电极分置于腓骨小头上方及踝关节外上方附近,以引起踝关节背屈为准。每天治疗 1 次,每次 20 min。(2)以 Bobath 技术^[2]为主的 PT 治疗,除治疗师每天治疗 1 次,每次 30 min 外,同时指导和训练家属在非治疗时间进行 1~2 次以巩固疗效,4 周为 1 个疗程。

三、评定与统计学分析

采用简式 Fugl-Meyer 运动量表(FMMS)^[3],评定患者治疗前和治疗后第 2 周及第 4 周下肢运动功能的变化,采用步行功能分级表^[4]评估步行能力,由同一位医师负责完成。所得的计量资料采用 t 检验,对计数资料进行 χ^2 检验。

结 果

一、治疗前、后下肢功能改善情况

40 例患者经过 1 个疗程的治疗后,下肢功能积分都有增加,与治疗前比较差异有显著性($P < 0.05$ 或 0.01)。两组治疗后比较,治疗组积分增加尤为显著($P < 0.05$),且治疗后第 2 周,治疗组下肢功能积分即有明显增加($P < 0.05$),详见表 1。

二、治疗前、后步行能力变化情况

经 1 个疗程的治疗后,40 例急性脑卒中患者的步行能力分级都有明显提高,与对照组相比,治疗组步行能力改善更为显著($\chi^2 = 7.8601, P < 0.05$)。步行能力在 III 级以上的达 60%,高于对照组的 20%,详见表 2。

表 1 两组治疗前、后 FMMS 下肢积分比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	治疗前	治疗后	
			2 周	4 周
对照组	20	11.6 ± 8.32 [#]	14.3 ± 8.15 [#]	18.2 ± 7.32 ^{##}
治疗组	20	10.4 ± 8.01	17.2 ± 9.50 [*]	24.5 ± 8.13 ^{**}

注:治疗前、后对比,^{*} $P < 0.05$,^{**} $P < 0.01$;组间比较,[#] $P > 0.05$,^{##} $P < 0.05$

表 2 两组治疗前、后步行能力变化情况

组 别	例数	治疗前				治疗后			
		0	I~II	III	IV~V	0	I~II	III	IV~V
对照组	20	17	3	0	0	10	6	2	2
治疗组	20	18	2	0	0	3	5	8	4

讨 论

脑卒中患者的早期康复干预对防治可能出现的各种并发症和继发损害,最大程度地促进功能恢复有着关键性的意义。在治疗中,我们体会到在急性脑卒中患者生命体征平稳、神经症状不再发展 48 h 后,一般脑梗死发病后 2~3 d,脑出血可稍推迟至 10 d 左右,在神经内科病房药物治疗的同时,就可以而且应该循序渐进地对患者进行床边康复治疗。本研究康复介入时间最早的为病后 1 d,最迟为病后 10 d,平均为(7.2 ± 3.2) d。只要注意对患者血压、心率的监控,早期康复干预是较安全的。

脑卒中后运动功能的恢复,一方面需要常规药物治疗,以减

少脑细胞死亡和恢复脑组织功能,更为重要的是通过反复的被动或主动运动作用于本体感受器,向高级中枢传入信息,以促进整体运动功能的恢复^[5]。

功能性电刺激通过反复的被动功能训练,不仅可对抗患者因卧床而产生的废用性肌萎缩,减少足下垂、足内翻等继发性障碍的发生并减轻其程度,而且能触发本体反射机制,促进功能重建,从而恢复偏瘫肢体的运动功能。临床操作时宜找准刺激点,以引起踝背屈和轻微足外翻动作为佳。

以 Bobath 技术为主的神经肌肉促进技术,能有效地促进偏瘫早期软弱无力肌群的收缩,抑制后期出现的肌痉挛,打破异常的痉挛模式,改善肌群间的相互平衡协调功能,已被广泛用于脑卒中的临床康复^[6]。我们体会在治疗中应充分调动家属的积极性,尽早指导家属掌握一定的康复知识和手法,有利于促进康复的进程。同时考虑患者均存在不同程度的心理障碍,还要注意心理护理,及时消除患者的低落情绪,激发其康复的信心和潜力。

本研究按照早期康复程序,利用功能性电刺激和以 Bobath 技术为主的神经促通技术,经过为期 4 周的治疗取得了显著效果。治疗后两组下肢运动功能和步行能力均有进步,差异有显著性意义。常规神经内科治疗有一定疗效,但两组相比,对照组

远不如治疗组,说明急性脑卒中患者所采取的积极有效的早期康复干预,对其瘫痪肢体功能的恢复和步行能力的提高均十分有帮助,明显优于常规药物治疗。另外治疗组在疗后第 2 周即取得明显效果,提示早期康复干预见效快。因此,在有条件的医院,应大力提倡尽早实施急性脑卒中患者的康复治疗。

参 考 文 献

- 1 李文慧. 各类脑血管病诊断要点. 中华神经科杂志, 1996, 29: 379.
- 2 刘钦刚. 循序渐进——成人偏瘫康复训练指南. 合肥: 中国科学技术大学出版社, 1996. 80.
- 3 卫生部医政司. 中国康复医学诊疗规范(下册). 北京: 华夏出版社, 1999. 76.
- 4 卫生部医政司. 中国康复医学诊疗规范(上册). 北京: 华夏出版社, 1998. 37.
- 5 吕杰民, 刘广红, 吕红敏. 在神经科病房进行急性脑卒中康复干预疗效分析. 现代康复, 2000, 4: 1374.
- 6 周士枋, 范振华. 实用康复医学. 南京: 东南大学出版社, 1998. 493.

(收稿日期: 2003-03-06)

(本文编辑: 熊芝兰)

医疗练功辅助治疗腰椎间盘突出症的疗效观察

容国安 龙耀斌

腰椎间盘突出症是临床常见病、多发病,严重影响患者的正常工作和生活。目前非手术疗法治疗腰椎间盘突出症的方法很多,但普遍存在远期复发率较高的问题。1993~2002 年我们采用综合疗法(腰椎牵引、推拿、理疗)加医疗练功治疗腰椎间盘突出症,取得较好的效果,现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

根据临床表现及体征,结合腰椎 X 线摄片和 CT 或 MRI 扫描确诊为腰椎间盘突出症患者 700 例,其中男 388 例,女 312 例;年龄 19~71 岁;病程 2 d~1 年 6 个月;病变位于 L_{3~4} 36 例, L_{4~5} 222 例, L₅~S₁ 177 例, L_{3~4} 及 L_{4~5} 99 例, L_{4~5} 及 L₅~S₁ 128 例, L_{3~4}、L_{4~5} 及 L₅~S₁ 38 例;左侧突出型 319 例,右侧突出型 305 例,中央型 76 例;单纯腰痛者 322 例,腰痛伴单侧或双侧腿痛者 378 例。随机分为对照组和治疗组;对照组 350 例,采用常规疗法(牵引、推拿、理疗);治疗组 350 例,在常规疗法的基础上辅以医疗练功。

二、治疗方法

1. 对照组:给予常规治疗。①牵引——采用自动牵引床进行骨盆牵引,根据患者的个体差异选择牵引重量 25~55 kg,由小重量逐渐递增,递增量一般不超过患者体重 10%,每次 30 min;②电疗——选用超短波治疗仪,用下腰部对置法、微热量,或选用 TL900 型高级电脑中频治疗仪,用下腰部并置法、10

号电脑处方,每次 20 min;③推拿——每次 20 min。每日 1 次,10 次为 1 个疗程,3 个疗程结束后评定疗效。

2. 治疗组:在常规疗法的基础上加用医疗练功。患者于急性期 5~7 d 后,在康复医师指导下进行医疗练功,具体方法为^[1]:①动髋——患者取仰卧位,两腿伸直,左腿向下(以患者头部方向为上)用力伸出的同时右腿向上收缩以助力,使骨盆呈左低右高位,然后左右交替,各 20~30 次;②蹬足——患者取仰卧位,尽量屈曲侧髋、膝关节,足背勾紧,足跟向斜上方蹬出后收缩小腿肌肉,还原后换患侧,两腿交替各 20~30 次;③挺胸——患者取俯卧位,双手支撑于床上,抬头,同时双手渐渐撑起上身,并将头尽量后伸使胸昂起,用力一直达到腰部,重复 5~10 次;④燕势——患者取俯卧位,两手和上臂后伸,躯干和下肢同时用力后仰,成反弓状,保持尽可能长的时间,重复 5~10 次,中间可平卧休息;⑤起坐——患者取仰卧位,上肢前伸、下肢伸直,用力抬头收腹坐起,重复 5~10 次,中间可平卧休息;⑥抬下肢——患者取仰卧位,下肢靠拢,双下肢抬高离床面,重复 5~10 次。医疗练功每日 1~2 次,10 d 为 1 个疗程,每个动作的幅度和次数逐渐增加。

三、疗效判定标准^[2]

痊愈:腰腿痛症状消失,腰部活动正常,直腿抬高试验 >70°;显效:腰腿痛症状明显减轻,椎旁压痛和下肢放射痛消失,脊椎活动明显改善,直腿抬高试验 60°~70°;有效:腰腿痛症状减轻,椎旁压痛和下肢放射痛减轻,脊椎活动有改善,直腿抬高试验提高 ≥10°;无效:症状和体征无明显改善,直腿抬高试验提高 <10°。

四、统计学方法