

表 1 功能评定标准

分级	评分	构音	吞咽	舌体运动
1 级	0 分	声音清楚,吐字清晰,言语表达良好	能顺利地一口咽下	舌伸出齿外 2 cm 以上,左右运动达 50°以上,抬舌 60°以上
2 级	2 分	吐字尚清楚,声音嘶哑,可基本对话	分两次以上咽下,不呛	舌伸出齿外 1 ~ 2 cm,左右运动达 30° ~ 50°,抬舌 30° ~ 60°
3 级	4 分	吐字欠清,音嘶声重,言语表达不完整	能一次咽下,但有呛咳	舌伸出齿外 0 ~ 1 cm,左右活动 10° ~ 30°,抬舌 0° ~ 30°
4 级	6 分	吐字不清,音嘶难辨,可发出词不成句	分两次以上咽下,并有呛咳	有两项指标达 3 级者
5 级	9 分	不能发音	屡屡呛咳,全量咽下困难	未达 4 级指标者

四、统计学分析

疗效比较以统计学软件 POMS 2.0 进行统计处理。

结 果

两组均在 2 个疗程后统计疗效,见表 2。表中数据经卡方检验, $\chi^2 = 7.42, P < 0.05$,差异有显著性。

表 2 治疗组和对组治疗后的疗效对比

组 别	痊愈		显效		无明显变化	
	n	%	n	%	n	%
治疗组	11	36.67	9	30.00	10	33.33
对照组	3	10.00	8	26.67	19	63.33

讨 论

假性延髓性麻痹是较为常见的症候群之一,属中风“暗瘕”范畴,为祖国医学的疑难症之一^[2]。其病理机制为窍闭神匿,机关不利。项针是分布在颈项部的体针穴位,主要治疗延髓性麻痹,均在舌咽、迷走神经感觉纤维支配区内,针刺这些穴位所产生的兴奋,通过传入神经到达上运动神经元,上运动神经元把兴奋后的冲动传至效应器(肌肉),能重新恢复大脑皮层对外周相应肌群的调节功能。

针对某个动作的功能训练,可以改进口、面部肌肉及舌肌、喉肌的随意运动能力,刺激或激活咽部肌肉的收缩,以强化吞咽反射对外感受器及本体感受器进行刺激,可促进相关肌肉的功能恢复^[4]。功能训练与针刺相配合,有利于提高疗效。

参 考 文 献

- 1 高维滨. 针灸绝招(项针治疗延髓麻痹). 北京:中国中医药出版社, 1993. 20-28, 45-58.
- 2 杨青兰,黄志伟,刘峰,等. 针刺及舌下放血治疗假性延髓性麻痹的临床疗效观察. 中国针灸, 2001, 21: 651.
- 3 福井介彦,藤田勉. 脑卒中最前线 - 急性期かわむるリハきびー. 东京:医齿药出版社, 1987. 268.
- 4 王瑞华. 神经原性吞咽障碍的评定与康复. 中国康复理论与实践, 2002, 8: 109-112.

(收稿日期:2002-09-10)

(本文编辑:郭铁成)

家庭康复治疗对脑卒中偏瘫的疗效观察

王振升 孙英华 王莉 孟庆青 陈红兵 赵海青

脑卒中偏瘫患者早期康复多在医院进行,出院后的家庭康复治疗易被忽视或缺乏指导,以致于影响患者的康复。国内目前对家庭康复治疗研究的文献报道较少。1998 年 3 月 ~ 2000 年 10 月,我们以家庭康复治疗方式对脑卒中偏瘫患者进行训练,效果满意,报道如下。

资料与方法

一、一般资料

选择出院或门诊脑卒中患者 60 例,均符合全国脑血管病会议诊断标准^[1],经 CT 或 MR 确诊,排除感觉性失语、定向功能障碍、严重心肺功能不全者。参选病例随机分为康复组 and 对照组,每组 30 例。康复组中,男 17 例,女 13 例;年龄 41 ~ 76 岁,平均(60.8 ± 6.26)岁;脑出血 12 例,脑梗死 18 例;左肢瘫 17

例,右肢瘫 13 例。对照组中,男 16 例,女 14 例;年龄 42 ~ 77 岁,平均(59.6 ± 6.27)岁;脑出血 11 例,脑梗死 19 例;左肢瘫 18 例,右肢瘫 12 例。两组患者均于脑卒中后 16 ~ 25 d 在家中行常规治疗,即应用脑复康、脉通、尼莫地平、中药等,高血压者服降压药,糖尿病患者饮食及药物控制。康复组除常规治疗外,另设 I ~ V 期家庭康复治疗。每期开始前由专业医师现场示范指导,同时培训其家属。指导培训后,家属按规定监督、辅助患者训练,每日 4 ~ 6 次,每次 10 ~ 40 min。采用门诊、家访、电话形式每隔 10 ~ 20 d 随访 1 次。

二、家庭康复治疗程序

参照 Brunnstrom 分级标准,制定 I ~ V 期康复治疗程序。康复组每位患者以患肢肌力的不同而选择相应的康复内容。I 期:(1)意向运动练习,即以意志支配,发出神经冲动,使瘫痪肌肉收缩。(2)对侧联合运动练习(contralateral associated movements)。①健侧手指用力握拳,诱发患侧手指屈曲;②健侧下肢腕关节用

力外展或内收,施以外力抵抗,诱发患肢运动。(3)将患肢功能位摆放,活动其诸关节,避免废用性肌萎缩。Ⅱ期:(1)夹、捏其手指练习,即用拇、食指以中等力量夹、捏患侧诸指甲根部,各 15 次。(2)独立作屈肘、旋前、旋后等运动。(3)掌心作上下、左右翻转和手指屈伸、开合练习。(4)坐位平衡练习:床上→床边→座椅。Ⅲ期:(1)手指屈伸练习,拨算盘珠→对指→握健身圈。(2)站位平衡练习,即辅助站立→扶拐站立→独立站立。(3)足下垂者蹬缝纫机训练。Ⅳ期:(1)粉刷动作练习。(2)夹持物体,玩健身球。(3)叩击键盘。(4)行走练习。①辅助行走:将患侧上肢搭于家属肩上,一手扶患者腰部,一手扶患侧上肢,辅助患者行走。重度足内翻、下垂患者,穿木板鞋矫正。②持拐辅助行走。③独立行走。Ⅴ期:(1)独立梳头、洗刷、穿衣及拾捡物体。(2)泥塑、编织、字画练习。(3)上下楼梯训练。

三、评价方法

评价由医务人员在治疗前及治疗后 3 个月进行。肢体运动功能采用简式 Fugl-Meyer 评定法^[2],日常生活活动(ADL)能力采用 Barthel 指数评定法。

四、统计学分析

统计学分析采用 *t* 检验,所有数据以($\bar{x} \pm s$)表示。

结 果

治疗前,两组 Barthel 指数、Fugl-Meyer 积分比较(表 1)差异无显著性意义($P > 0.05$),治疗后,两组积分比较差异均有非常显著性意义($P < 0.001$),说明康复组治疗效果明显优于对照组。

表 1 两组患者治疗前、后功能比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例 数	Barthel 指数积分		Fugl-Meyer 积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
康复组	30	29.58 ± 4.40	82.35 ± 4.35	17.65 ± 2.37	49.53 ± 4.16
对照组	30	30.50 ± 5.67	58.36 ± 2.57	18.38 ± 2.22	30.13 ± 2.73
<i>t</i> 值		0.2220	8.2219	0.3893	6.7513
<i>P</i>		>0.05	<0.001	>0.05	<0.001

讨 论

研究证明,以瘫痪为主的运动功能障碍,采用综合措施,利用脑的可塑性,加大运动、感觉刺激,可抑制异常模式,恢复其正常功能。治疗前,两组 Barthel 指数及 Fugl-Meyer 积分差异无显著性意义;治疗后,差异均有非常显著性意义。说明通过这种主动的、有目的、反复强化的家庭康复治疗可明显改善患肢运动能力及日常生活活动能力。

我们认为,及时治疗与早期训练是瘫痪康复的关键,发病半个月后,急性期已过,病情稳定,即可进行康复治疗,故本组 30 例均于卒中后 16 d 开始。本组 30 例中 2 例系大面积脑梗死,瘫痪肌力 0~I 级,经过此种有目的反复强化康复治疗,肢体功能明显恢复,生活基本可以自理,经 CT 检查,脑部形态学变化不大。说明脑细胞受损伤死亡后,反复强化的家庭康复训练可促使病灶周围神经细胞通过轴突再生,树突“发芽”,突触阈值改变而实现功能重组(functional reorganization)^[3]。

中枢性肢体瘫痪的功能恢复过程是一种质的恢复过程,它不仅包含着运动力量的恢复,还包含有运动统一、分离、协调的复杂恢复过程。家庭康复治疗第 I 期的意念性运动训练是利用偏瘫后残余的相对肌力较强肌肉随意收缩,使整个运动模式中所有运动神经细胞兴奋性聚集,从而增强肌力较差的肌肉力量^[4]。Ⅱ期通过反复刺激,促进神经反射弧的重建,关节活动度的增加及坐位平衡练习,不仅可以防止了肌肉、肌腱、韧带等组织挛缩,还可促进身体姿势及平衡反应的动作模式建立。Ⅲ期,经过主动反复运动方式训练,患者集中精神于协同动作的各组成部分,使肢体近端随意动作增强,引导肢体远端随意性功能的出现。Ⅳ期加强抑制异常动作模式的出现,诱发出高级水平的运动神经系统反应。Ⅱ、Ⅲ期侧重于共同运动、联合运动反应和反射的训练,Ⅳ期则是促进分离运动发展、抑制联合反应和共同运动的练习,从而加快恢复过程,加强运动模式修正,使之成为更加完善、复杂的功能性运动。Ⅴ期重点是精细运动、分离运动的训练。

家庭康复治疗中采用了由简到繁、从易到难、从小到大,循序渐进的训练方式,同时根据患者性别、年龄、文化程度及个人兴趣而增加了部分不同项目练习。家庭康复治疗是一种长期、有规律的强化康复训练,需要患者和治疗师的不懈努力,家属的有力支持。实践证明,这种有指导的家庭康复治疗简便易行,既 not 增加经济负担,同时遵循提高患者生活质量的康复宗旨。

参 考 文 献

- 1 王新德. 各类脑血管疾病诊断要点. 中华神经科杂志, 1996, 29: 379.
 - 2 高谦, 卓宏大. 一种新的脑卒中患者运动功能评测方法. 中国康复医学杂志, 1994, 9: 244-249.
 - 3 Bach Y, Rita P. Brain plasticity as a basis for the development of rehabilitation procedures for hemiplegia. Scand J Rehabil med, 1981, 13: 73-77.
 - 4 赵钦, 主编. 现代偏瘫治疗学. 北京: 人民军医出版社, 1994. 181-183.
- (收稿日期: 2002-08-03)
(本文编辑: 阮仕衡)

· 消息 ·

2002 年《中华物理医学与康复杂志》精装合订本征购启事

2002 年《中华物理医学与康复杂志》合订本烫金封面精装, 美观、实用, 便于收藏。每套(上、下册)定价 120 元(含邮资), 数量有限, 本部将依汇款先后次序寄发, 售完为止, 凡欲购买者请直接汇款到本刊编辑部, 请在汇款单附言栏注明“购 2002 年合订本”字样。联系 Email: cjpmmr@tjh.tjmu.edu.cn。

《中华物理医学与康复杂志》编辑部