

· 经验交流 ·

持续性植物状态患者的康复治疗

钱菁华 敖丽娟

植物状态是一种临床特殊的意识障碍,主要表现为对自身和外界的认知功能完全丧失,能睁眼,有睡眠-觉醒周期,下丘脑和脑干功能基本保存,这种状态维持时间超过 1 个月为持续性植物状态^[1] (persistent vegetative state, PVS)。我科自 1998 年以来收治了 12 例不同原因所致的 PVS 患者,经综合康复治疗,取得较满意的效果,现将治疗经验总结如下。

资料与方法

一、临床资料

12 例患者中,男 7 例,女 5 例;年龄 13~55 岁,平均年龄为 31 岁;脑外伤 6 例,脑炎 2 例,脑血管意外 1 例,CO 中毒 1 例,溺水 1 例,麻醉意外 1 例;入院时 GCS 评分:5 分 2 例,6 分 2 例,7 分 3 例,8 分 5 例;入院时植物状态持续时间 <1 月 5 例,1~2 月 3 例,2~3 月 2 例,>3 月 2 例。12 例均符合 1996 年我国制定的 PVS 诊断标准^[1]:①认知功能丧失,无意识活动,不能执行指令;②保持自主呼吸和血压;③有睡眠-觉醒周期;④不能理解和表达语言;⑤能自动睁眼或刺激下睁眼;⑥可有无目的性眼球跟踪运动;⑦丘脑下部及脑干功能基本保存;以上 7 项持续 1 个月以上。

二、治疗方法

药物治疗:大部分 PVS 病人入院时伴有中枢性发热、阵发性大汗淋漓、四肢抽搐等表现,此时应用镇静、镇痉治疗能较好的控制症状。方法是:肌注氯丙嗪 12.5 mg,每天 1~3 次,可加用安定口服,根据病情增减用量。有 6 例患者接受此项治疗,无明显不良反应及副作用,现 6 例均苏醒。

营养支持:营养师根据病人每天所需的能量定出饮食食谱,每日 2~3 瓶“能全力”提供 1 000~1 500 千卡的能量,其余热量由营养师配制饮食中补充,同时加用各种果汁、蔬菜汁补充维生素及水份,并注意水电解质的平衡,保证营养成分的供给。

康复护理:植物状态患者长期卧床,床上良姿位的处理是预防关节挛缩畸形的关键;保持口腔清洁和呼吸道通畅,定时翻身拍背以助排痰是预防呼吸道感染的主要措施;严格执行翻身,交替采用仰卧位、侧卧位以预防压疮发生;给患者多饮水,及时更换尿布、尿管及尿袋,每日膀胱冲洗 2 次,保持会阴部清洁干燥,以预防尿路感染。

家庭支持性康复:PVS 患者需要家庭在感情和经济上投入很大,家庭的支持对于 PVS 患者生存状态的改善具有他人不可替代的作用,这在临床上常见的。为患者制定生活计划,保持正常人的活动状态,定时生活起居,根据患者爱好选择音乐、玩具、物品等并给予视觉、听觉及触觉刺激,患者熟悉的亲人每日陪伴,进行强制交流,有助于促通患者皮层与皮层下的联系。

运动疗法:主要应用 Rood 法(多感觉刺激法),利用快速擦刷、拍打、挤按、冰热等方法刺激患者皮肤,尤其是较为敏感的部位如手、脚、面部等,以诱发运动;应用神经肌肉本体感觉促进法

进行被动活动,通过关节深感觉促通中枢神经;同时进行维持与恢复关节活动范围的练习,逐步过渡到坐位平衡、斜坡站立等训练(患者苏醒后增加主动运动训练)。运动疗法应坚持循序渐进、持之以恒、个体化方案的原则。

言语疗法:PVS 患者虽无意识活动,但其听、视、触的感觉传导是正常的,给患者视觉及听觉刺激,同时给发音器官一定的刺激,如冰棉签口腔刺激,口周肌群训练等,为患者苏醒后进一步言语治疗作准备。此外,重要的是对吞咽障碍的治疗,切忌简单的永久性鼻饲进食,应早期即开始吞咽功能训练,以恢复进食功能。方法如利用棉签蘸冰橙汁对口腔感觉末梢点进行刺激,每日 3 次,每次刺激 10 遍。口腔食物刺激选择由稠到稀,少量多次,根据吞咽反射的变化及进食后呛咳情况逐渐减少鼻饲流质,增加口腔进食。

针灸与中药治疗:针刺以醒神开窍为原则,选用头针感觉区、运动区、百会、四神聪、神庭、人中、合谷、内关、三阴交、劳宫、涌泉、十宣等穴位,采用提插泻法,并连接电针仪加用电刺激,有助于解除大脑皮层的抑制状态,起到开窍醒脑的作用。每日 1 次,30 次为 1 疗程。此外,中药如“安宫牛黄丸”、“醒脑静”等也能起到促醒作用。

高压氧治疗:高压氧能改变脑细胞的供氧,使部分处于功能可逆状态的脑细胞恢复功能,通过轴索发生新的侧支,建立新的轴索联系,使神经功能得到恢复,并能激活上行网状激活系统,加速觉醒,促进意识恢复^[2]。根据不同病因、损伤部位采用不同方案,治疗时间越早,疗效越好。

结 果

12 例患者,意识恢复 6 例,其中植物状态持续 1~2 个月 4 例,2~3 个月 1 例,3~4 个月 1 例;恢复言语功能及行走能力者 4 例,仅恢复言语功能 1 例,1 例转归为痴呆状态。死亡 1 例;5 例出院仍为 PVS,但 GCS 评分提高 1~2 分,无变化 0 例。

讨 论

近年来由于医学诊疗水平的提高,使得危重患者的死亡率明显下降,患者得以长期生存,持续性植物状态的患者明显增加。PVS 患者的康复治疗已引起医学界和全社会的关注。PVS 的康复治疗是一项综合的系统工程,治疗中我们体会到,基本的药物治疗主要是增加血流量,促进中枢神经细胞代谢,活化神经细胞类药物合用,并根据患者病情加用防治并发症的药物。营养支持对增进机体抗损伤能力,减少并发症及促进神经功能恢复具有重要作用,是患者维持生命体征和基本体能的根本保证。针灸、高压氧、感觉刺激是促醒的重要手段。运动疗法可以预防废用性肌萎缩,维持关节活动范围,增强肢体本体感觉输入,放松痉挛肌肉,促发主动运动。运动疗法和言语疗法为患者苏醒后恢复功能、重返社会打下了良好的基础。PVS 时间与患者发

病情及康复治疗介入时间有关。12 例患者中除 1 例死亡外,有 6 例苏醒,占 50%;3 例重型颅脑损伤患者、1 例脑血管意外患者和 1 例溺水者因脑损伤病情严重,综合康复治疗介入时间较晚,自动出院时仍处于 PVS。因发病原因、脑损伤程度不同,未观察到预后与年龄和 PVS 时间有明显关系,其中年龄最大的 1 名(55 岁)重型病毒性脑膜脑炎患者,发病 1 个月转入我科,经综合康复治疗,PVS 持续近 4 个月后苏醒,现已基本恢复生活自理能力,可独立步行、言语交流;而另 2 例 PVS 患者,系重型颅脑外伤,年龄分别为 13 岁和 20 岁,发病后 3 个月才开始综合康复治疗,当时已存在关节挛缩畸形等问题,虽经 2~4 个月治疗,GCS 评分有所提高,但仍未苏醒。综上所述,持续性植物状

态大多预后不良,早期开始综合性康复治疗是使 PVS 患者恢复功能、重返社会的关键。

参 考 文 献

- 1 急症医学杂志编辑部《制定我国持续性植物状态诊断标准专家讨论会》会议纪要. 急诊医学杂志, 1996, 5:95.
- 2 潘贺葵, 李东娟, 司晓宁等. 高压氧在植物状态复苏中的应用. 中国神经精神疾病杂志, 2000, 26:243-244.

(收稿日期:2001-12-24)

(本文编辑:熊芝兰)

颈椎病的非手术治疗及其疗效观察

倪朝民 葛建平 刘成英

我们从 1990 年以来对住院的 553 例颈椎病患者进行了综合性非手术治疗和临床观察,分析了不同年龄组的患病情况以及各型颈椎病病程与疗效的关系。

资料与方法

553 例颈椎病患者中,男性 311 例,女性 242 例;年龄 24~67 岁,平均 48 岁;病程 0.5~60 个月,平均 7 个月,其中 <6 个月 263 例,6~12 个月 176 例,>12 个月 114 例。根据 1984 年颈椎病专题座谈会制订的“颈椎病诊断标准”^[1],神经根型 287 例,椎动脉型 81 例,脊髓型 66 例,混合型 119 例(椎动脉型+神经根型 34 例,椎动脉型+脊髓型 85 例)。各年龄组患者患病情况见表 1。本组患者住院 18~90 d,平均 35 d。患者出院后 6~12 个月,以门诊复查等方式随访 172 例。

表 1 不同年龄组颈椎病的患病情况(例)

年龄(岁)	例数	神经根型		椎动脉型		脊髓型		混合型	
		男	女	男	女	男	女	男	女
24~29	5	3	2	0	0	0	0	0	0
30~39	87	69	15	1	0	0	0	2	0
40~49	221	81	67	9	16	6	7	8	27
50~59	147	17	22	19	12	22	9	24	22
60~67	93	8	3	15	9	13	9	24	12

对急性期患者常采用卧床休息,颈部制动,辅助一些消炎、镇痛和神经营养药。对恢复期患者常采用:①颈椎牵引,对神经根型颈椎病患者的牵引角度为颈椎前倾 15~25°,对椎动脉型和脊髓型颈椎病患者则取中立位牵引,但以患者舒适为准,牵引重量为 5~10 kg,每日 1 次,每次 20~30 min,一般牵引 10~30 次;②推拿治疗,采用推、滚、揉、捏和牵伸等手法,每日 1 次,每次 15~20 min,多数治疗 10~30 次;③物理治疗,对神经根型颈椎病患者采用直流电离子导入方法,对椎动脉型颈椎病患者采用电脑中频电疗方法,每日 1 次,每次 20 min,一般治疗 10~20 次;④药物治疗,根据患者病情的需要,辅助一些消炎、

镇痛和改善血液循环药;⑤医疗体操,开始以颈部前、后及两侧肌肉的等长收缩练习为宜,每日 2~3 次,每次 10 min,1 周后可进行颈椎各方向的运动,逐渐增加运动幅度,但动作以缓慢为宜,出院后也要继续坚持颈部肌肉的操练;⑥心理治疗,在治疗前应让患者了解颈椎病的发生和发展过程,解除患者的心理障碍,增加治疗方案的透明度,取得患者的信任和合作。

疗效判定标准为:临床治愈:患者自觉症状和阳性体征消失,恢复原工作;显效:患者自觉症状和阳性体征大部分消失,但在劳累后仍有轻度症状,可做原工作;好转:患者自觉症状和阳性体征部分消失,可做轻工作;无效:患者自觉症状和阳性体征无改善。

结 果

从表 2 中可知,553 例患者中,临床治愈 325 例,显效 151 例,好转 65 例,无效 12 例,显效率为 86.08%。神经根型颈椎病与其他型颈椎病的疗效相比,差异有显著性($P<0.05$)。根据病程的长短,将 553 例患者分成 3 组,观察其疗效。经 χ^2 检验,表明 3 组间疗效差异有显著性(表 3), $P<0.05$ 。提示病程短者,疗效较好。

表 2 553 例颈椎病的治疗结果

型 别	例数	治愈	显效	好转	无效	显效率(%)
神经根型	287	241	34	12	0	95.82
椎动脉型	81	48	21	12	0	85.19
脊髓型	66	0	39	19	8	59.09
混合型	119	36	57	22	4	75.63

表 3 颈椎病的病程与疗效的关系

病程(月)	例数	治愈	显效	好转	无效	显效率(%)
<6	263	182	62	19	0	92.78
6~12	176	107	43	22	4	85.23
>12	114	36	46	24	8	71.93

作者单位:230022 合肥,安徽医科大学第一附属医院康复医学科