# 康复技术对脑血管病偏瘫肢体的治疗作用观察

★ 王健 （天津市汉沽区中医院内三科 汉沽 300480）

**摘要**：通过 94 例脑卒中患者的临床观察，证明脑血管病早期运用系统的康复技术治疗是促进患者出院后功能恢复，改善和提高患者生活质量，减少患者痛苦，减轻家庭和社会负担的一项重要措施。

**关键词**：康复技术；脑血管病；临床运用

**中图分类号**：R 743 **文献标识码**：B

脑血管病（CVD）是指由于各种脑血管病变所引起的脑部病变。在神经病学中是常见的多发病，致残率极高，其发病率 100/10 万～300/10 万，患病率 500/10 万～740/10 万，死亡率 50/10 万～100/10 万，致残率占存活者 50%～70%。目前，对 CVD 还缺少特殊药物和有效的治疗方法，而 CVD 病人经过早期系统康复，约 70% 可以获得日常生活活动（ADL）自理能力。

## 1 一般资料

94 例病例均为 2004 年 5 月～2006 年 11 月在我科门诊和住院的脑卒中患者。男 61 例，女 33 例；年龄 45～84 岁，平均 64.5 岁；左侧偏瘫 35 例，右侧偏瘫 59 例；发病天数 1 小时～56 天；脑出血 10 例，脑梗塞 84 例。以上病例均经头颅 CT 检查明确诊断。在康复开始时评估神经缺损程度[1]。

随机分为两组，患者康复训练前一般情况：见表 1。

| 组别 | 例数 | 平均年龄/岁 | 平均病程/天 | 神经缺损度 | 出血/例 | 梗塞/例 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 康复组 | 46 | 61.9±1.7 | 7.30±2.4 | 21.3±4.6 | 5 | 41 |
| 对照组 | 48 | 60.8±2.4 | 8.30±2.7 | 23.1±3.7 | 5 | 43 |

## 2 治疗方法

首先要选择治疗时机，大面积脑梗死及脑出血患者进行常规输液治疗，病情稳定一周后进行康复治疗，而其他脑血管病患者进行常规输液治疗，且发病 48 小时后即可进行早期康复治疗。（1）对照组输液治疗基础上进行常规肢体锻炼。（2）康复组进行

血流减慢，脑微循环障碍是椎-基底动脉供血不足性眩晕发作的主要原因。在正常状态下，血管半径变化对血流量具有极大的影响。但中老年人椎动脉受骨赘挤压或粥样硬化扭曲时，椎动脉代偿性扩张受到影响，通过调节血管内径来改善椎动脉血流量已不可能。此时，椎动脉血流量变化很大程度上取决于血液粘度的变化，血液粘度轻度升高，即可使椎动脉血流量显著减少，加重 VBI，头晕症状加重；而血液粘度降低或正常时头晕症状减轻或消失。历代医家对眩晕的治疗起初多从肝肾阴虚、肝阳上亢、风痰上扰等着手，用平肝潜阳、祛风痰等方法治疗。而明代虞抟提出了“血瘀致眩”的看法。《医灯续焰》云：“眩晕者多属诸风，又不独一风也。有因火者，有因痰者，有因死血者……血死则脉凝涩，脉凝涩则上注之力薄矣，薄则上虚而眩晕生焉。”现代有诸多医家结合现代医学研究，从血瘀立论，为中医治疗眩晕，特别是椎-基底动脉供血不足性眩晕拓展了新领域，并取得良好疗效。脑血康片由水蛭提取物水蛭素制成，水蛭咸、苦、平，具有破血、逐瘀、通经活络之功。现代研究证明水蛭素具有明显的抗凝作用，是目前世界上最强的凝血酶特效抑制剂。对各种血栓均有明显作用，且能降低全血比粘度和血浆粘度[3]。故使用脑血康片治疗 VBI 可以取得满意的疗效。

**参考文献**

[1]中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京：北京人民出版社，1993. 24

[2]国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[M]. 南京：南京大学出版社，1994. 23

[3]王静慧，邹晓华，刘勃，等. 脑血康片治疗缺血性中风血瘀证的临床研究[J]. 长春中医学院学报，2002. 12(4)：6

（收稿日期：2007-04-10）



江西中医药 http://www.ajutcm.com

系统康复:根据患者发病的不同发病部位、患肢不同情况,确定采取哪些康复技术,确定总体治疗方案。康复治疗当以循序渐进,逐步增加训练强度。①促通手法矫正技术:弛缓瘫痪期,运用 Rood 技术,对患者手以轻柔手法触摸其手指及手指背侧皮肤、手掌。叩打其肌腱等使病人有一定感觉及反射动作。被动活动各手指关节,做屈伸、内收、外展和腕关节背伸、掌屈等活动。痉挛期在软瘫期的训练基础上,以抗痉挛为主,用 Rood 技术的抑制法,或用分指板挤压肌腱。采用 PNF 技术的对角线螺旋运动、整体运动抑制单一肌肉的运动等训练,从而缓解痉挛,促进分离运动的出现。②康复器具的使用:上肢运动康复采用磨砂台、螺丝板、前臂内外旋训练器、重垂式手指肌力训练案、肩关节旋转训练器、胸背部矫正器、四肢被动训练器等。下肢运动康复采用足外翻矫正板、足关节训练起立板、股四头肌训练仪、步行练习板、训练用楼梯等。治疗疗程根据病情轻重在 20 ~ 30 天。初试每次 15 分钟,根据病情逐渐加量。

## 3 疗效判定

3.1 判定标准根据休斯顿大学康复医学部 ADL 评分法 见表 2。

| 项目 | 分类和评分 | 项目 | 分类和评分 |
|---|---|---|---|
| 大便 | 0 = 失禁 5 = 偶尔失禁 10 = 能控制 | 修饰 | 0 = 需帮助 5 = 独立洗脸、梳头、刷牙、剃须 |
| 小便 | 0 = 失禁 5 = 偶尔失禁 10 = 控制 | 用厕 | 0 = 依赖别人 5 = 需部分帮助 10 = 自理 |
| 吃饭 | 0 = 依赖 5 = 需部分帮助 10 = 全面自理(切面包、抹黄油、挟菜等) | 穿衣 | 0 = 依赖 5 = 需一半帮助 10 = 自理(系开钮扣,关开拉锁和穿鞋等) |
| 转移 | 0 = 完全依赖别人不能坐 5 = 需大量帮助(2 人),能坐 10 = 需少量帮助(1 人)或指导 15 = 自理 | 上楼梯 | 0 = 不能 5 = 需帮助(体力或语言指导) 10 = 自理 |
| 活动(步行) | 0 = 不能动 5 = 在轮椅上独立行动 10 = 需 1 人帮助步行(体力或语言指导) 15 = 独自步行(可用辅助器) | 洗澡 | 0 = 依赖 5 = 自理 |

3.2 评定方法 患者日常生活能力(ADL)在治疗前及治疗结束进行评分,ADL ≤20 分为完全依赖;ADL 20 ~ 60 分为部分依赖;ADL > 60 分为基本独立。

## 4 治疗结果

见表 3、表 4。

表 3 两组患者治疗前后 ADL 改善程度 例

| 分组 | | 例数 | 基本独立 | 部分依赖 | 完全依赖 |
|---|---|---|---|---|---|
| 康复组 | 治疗前 | 46 | 9 | 24 | 13 |
| | 治疗后 | 46 | 25 | 15 | 6 |
| 对照组 | 治疗前 | 48 | 8 | 28 | 12 |
| | 治疗后 | 48 | 16 | 23 | 9 |

表 4 两组患者治疗后有效程度 例

| 分组 | 例数 | 显效 ADL 提高≥30 分 | 有效 ADL 提高≥15 分 | 无效 ADL 提高≤15 分 | 总有效率(%) |
|---|---|---|---|---|---|
| 康复组 | 46 | 24 | 14 | 8 | 82.6 |
| 对照组 | 48 | 10 | 15 | 23 | 52.1 |
| 总计 | 94 | 34 | 29 | 31 | 67 |

$\chi^2 = 12.27$, $P < 0.005$。

结果显示康复组患者经系统康复治疗后生活自理程度明显优于对照组。

## 5 典型病例

患者,李某某,男性,58 岁,工人。主因右半身不遂伴言语不利 21 小时入院。查体:T 37.0 ℃,P 68 次/分,R 19 次/分,Bp 185/100 mmHg,神志清,伸舌右斜,颈软无抵抗,双肺未闻干湿罗音,心率 68 次/分,律齐,心尖部闻及Ⅱ级收缩期吹风样杂音,肝脾无肿大,右上肢肌力 1 级,右下肢肌力 2 级,右 Babinski 征(+),右 Hoffmann 征(+)。ADL 评分 =15 分。查头颅 CT 报:左基底节区、左额叶多发梗塞。常规甘露醇、血塞通、脑蛋白水解物静点,口服抗凝降压药物,发病 48 小时后即进行早期康复治疗,在患肢弛缓瘫痪期,运用 Rood 技术,对患者手以轻柔手法触摸其手指及手指背侧皮肤、手掌。叩打其肌腱等使病人有一定感觉及反射动作。被动活动各手指关节,做屈伸、内收、外展和腕关节背伸、掌屈等活动。肢运动康复采用足外翻矫正板、足关节训练起立板、步行练习板等。康复治疗 23 天,患者右上肢肌力 3 级,右下肢肌力 4 级。ADL 评分 =65 分。

## 6 体会

以往我们对脑血管病偏瘫肢体治疗的方法仅限于中西药物静脉点滴配合针灸治疗,对于病人康复只注重肌力的提高,而对生活自理程度重视不够,患肢畸形难以矫正,生活自理程度差。脑卒中后需完全帮助的病人,入院后第 8 周瘫痪侧肌萎缩可高达 60% ~70%,萎缩的速度快,程度明显;同时非瘫痪侧也有较大程度的萎缩。脑卒中病人康复训练开展得越早,功能恢复得越好,足下垂、肩关节半脱位等合并症也越少。康复训练切忌盲目,必须在康复专业人员指导下科学地训练,否则将引起“误用综合征”。通过临床观察证明脑血管病早期系统康复治疗是促进患者偏瘫肢体功能恢复,改善和提高患者生活质量,减少患者痛苦,减轻家庭和社会负担的一项重要措施。

## 参考文献

[1]全国第四次脑血管病学术会议(1995). 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志,1996,29:381

(收稿日期:2007-05-05)



江西中医药 http://www.ajutcm.com