脑卒中患者早期肢体功能康复训练的疗效分析

Curative effect analysis on early rehabilitation training of limb function in patients with stroke

付 莉 (鞍山市双山医院康复医学科,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 脑卒中;早期康复;肢体功能恢复
[中图分类号] R743;R493 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)02-0128-02

随着临床诊疗水平的不断提高,脑卒中急性期死亡率有了大幅度下降,致残率明显升高。为了最大限度地降低脑卒中患者的致残率,提高患者的生活质量,应积极尽早地开展早期康复训练,使脑卒中患者肢体功能的恢复得到最大限度的改善[1-3]。本文对100例脑卒中患者随机分组进行分析,以探讨早期康复训练对脑卒中患者肢体运动功能恢复的疗效。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择2005年9月至2007年9月我院神经内科脑卒中病人100例,均经头颅CT或MRI检查,确诊为首次发病,符合第四届全国脑血管疾病学术会议通过的诊断标准[4],格拉斯歌昏迷评分大于8分,患病前无其他心、肝、肾、肺功能障碍及精神病史,无短暂性脑缺血发作(TIA),未经溶栓治疗。100例患者随机分为康复组和对照组。其中康复组50例,包括脑出血19例、脑梗塞31例;男24例、女26例;年龄35~74岁;左侧肢体瘫痪26例,右侧肢体瘫痪24例。对照组50例,包括脑出血21例、脑梗塞29例;男28例、女22例;年龄38~76岁;左侧肢体瘫痪23例,右侧肢体瘫痪27例。两组患者均具有可比性。

1.2 方法

两组患者均接受神经内科常规治疗,康复组在正常的神经内科用药治疗的基础上再配合早期康复训练,早期康复训练一般在急性期生命体征稳定,神经症状不再进展48 h后即可开始,采用运动疗法、作业疗法、电疗和心理支持等。

1.2.1 运动疗法 分5个步骤进行:①卧位训练;②坐位训练;③立位训练;④步行训练,平行杠内训练;⑤上下楼梯训练。运动治疗每日1次,每次40 min。

1.2.2 作业疗法 根据患者的实际情况选择训练内容,如滚桶、砂磨板等。将日常生活的训练融入到康复训练作业疗法中,如在家属的帮助下穿脱衣服、洗脸、刷牙、梳头、吃饭等。另外,对恢复条件好的患者适当安排套圈、认知功能评价训练板以及橡筋手指功能训练器,以及拧水龙头、按开关、开关锁头等作业训练板上的训练,还可训练拼图、手工制作等。作业治疗每日1次,每次40 min。

1.2.3 电疗法 电疗主要采用低频脉冲电治疗,刺激偏瘫侧肢体的腕或踝背伸肌出现主动收缩,以促进神经和肌肉的恢复。每日1次,每次20 min。

1.3 疗效评定

应用Brunnstrom分级法对病人肢体运动功能进行评定,两组均在治疗前及治疗后1个月各评定一次。肢体功能恢复大于或等于Brunnstrom分级Ⅱ级以上或基本痊愈者计为治疗有效。评定结果以百分比表示,显著性检验用χ^2检验。

2 结果

康复组和对照组在治疗前Brunnstrom分级无显著性差异($P>0.05$),经过治疗后两组在Brunnstrom分级上均较前有所改善。康复组有效率明显高于对照组(表1),两组比较,上肢有非常显著性差异($P<0.01$),下肢有显著性差异($P<0.05$)。

表1 两组患者治疗前后有效率($n=50$)

分组	上肢			下肢		
	有效	无效	有效率(%)	有效	无效	有效率(%)
康复组	41	9	82*	46	4	92#
对照组	29	21	50	37	13	74

*:与对照组比较,$P<0.01$;#:与对照组比较,$P<0.05$

3 讨论

脑卒中后,肢体功能障碍可造成坠积性肺炎、压迫性皮肤溃疡等并发症发生,同时还会引起患者悲观失望的情绪。因此康复治疗应尽早介入,康复的介入越早,神经功能的恢复越好[1-2]。脑功能重组是中枢神经系统损伤后功能恢复的重要依据,在条件适宜时部分神经元可以再生,因此康复治疗的基础是脑的可塑性理论和大脑功能重组治疗,在康复治疗中主要通过输入正常的运动功能模式来促进正常功能模式的形成,最大限度地恢复运动功能[3]。对脑卒中偏瘫患者肢体功能的恢复普遍认为大部分的恢复发生在发病后的前3个月,一般6个月后几乎不再有改善。所以,当卒中患者意识清楚,生命体征平稳,且神经症状不再进展,脑卒中48 h后即开始康复治疗最适宜。此时康复训练中的良肢位摆放、体位变换和肢体被动活动对血压、脉搏无明显影响。

通常情况下,下肢功能恢复优于上肢。因为下肢活动多以相对简单的独立步行、负重行走等活动为主,可以获得较大程度的代偿;而上肢是以灵活性、技巧性、协调性、准确性运动为

[收稿日期] 2009-11-04 [修回日期] 2009-12-03

主,不容易获得代偿。本组中康复组治疗1个月后有效率与对照组比较,上肢有非常显著性差异,下肢有显著性差异,说明康复治疗对上肢功能的恢复尤为重要,上肢功能的自然恢复较困难,需加强训练促进功能的恢复。本文结果表明早期康复训练可显著提高急性脑卒中偏瘫患者上、下肢运动功能,但两组在Brunnstrom分级指标上改变明显不同,表明康复训练的早期介入不仅对改善急性脑卒中偏瘫的尽快恢复起促进作用,而且更有助于患者早日康复。

[参考文献]

[1] 陈冬青. 康复治疗的早期介入对脑卒中偏瘫患者AOL的影响[J]. 中国康复,2003,18(1):45-46.

[2] 于 兰,朱子龙,张琳英. 脑卒中的早期康复治疗[J]. 局解手术学杂志,2003,12(3):233-235.

[3] 邱亚华,高玲玲. 脑卒中偏瘫患者早期康复护理干预[J]. 局解手术学杂志,2008,17(3):184.

(编辑:余汇洋)

微型钛板在颅骨凹陷粉碎性骨折中的应用

Application of miniature titanium board in the introcession comminuted fracture of bones of cranium

齐 宇,孙志博,朴松鹤 (佳木斯大学附属第二医院神经外科,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 骨折;颅骨;微型钛板

[中图分类号] R683.5 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)02-0129-01

微型钛板在头面部粉碎性骨折的整形复位中应用已有文献报道[1],我院自2006年9月至2008年9月对21例颅脑损伤合并颅骨凹陷、粉碎性骨折的患者采用微型钛板一期复位固定,取得了良好效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例21例,男性17例,女性4例,年龄17~67岁,平均36.7岁。致伤原因包括车祸12例,钝器伤5例,坠落伤3例,摔伤1例。其中开放性颅骨骨折8例。骨折部位位于额骨8例、顶骨7例、颞骨5例、枕骨1例。CT显示凹陷骨折范围(2 cm×3 cm)~(5 cm×7 cm),深度大于1 cm,合并有硬膜外血肿9例,脑挫裂伤14例,硬膜下血肿5例。受伤至手术时间2~6 h。

1.2 方法

手术在全身麻醉下进行,根据伤口或骨折部位设计皮瓣,行常规消毒、清创,然后采用常规骨瓣开颅或撬起凹陷骨折碎片,彻底清除创口毛发和异物,取出游离骨片,并将游离骨片用双氧水浸泡、生理盐水冲洗,再浸泡庆大霉素盐水中(庆大霉素24万单位加生理盐水500 mL)。待完成颅脑其他手术操作后进行颅骨修复。根据游离骨片的形状和弧度确定毗邻关系,再根据骨折范围、弧度选择不同尺寸的微型钛板,并标示好钛钉固定点,打孔将钛钉逐一拧入固定。每个骨片一钉即可,可选择多板固定,最后与骨窗固定。术后伤口加压包扎,应用抗生素抗感染。

2 结果

本组21例病人无伤口感染、骨髓炎,无骨折片移位和下陷等发生,均治愈出院。术后随访3~18个月,21例患者经CT和X线检查显示骨折愈合良好。

3 讨论

在以往的凹陷性粉碎性颅骨骨折的处理中,大多数做法是一期手术清创去掉碎骨片待二期手术颅骨修补[2]。此过程中因颅骨缺损无论在生理上和心理上都给病人造成不同程度的痛苦。且二期修补再次增加了病人手术的痛苦和经济负担。而其他方法处理骨折碎片因强度低,术后容易塌陷和移位,有的发生局部积液和感染[3]。本组病人采用微型钛板固定粉碎的骨折片,提高了强度,固定牢固,碎骨片能达到解剖复位,额面部的骨折起到整形美容效果,自体骨片复位无排异反应,疗效可靠。术中应注意:①对术前已出现脑疝或术中发现颅内压较高者不适合此手术,应行碎骨片摘除减压,待二期手术修补;②开放性伤口必须严格清创,骨折片必须经过双氧水和庆大霉素盐水浸泡;③术后加压包扎,使用抗生素1周抗感染。

[参考文献]

[1] 邹春平,高振然,杨 阳,等. 微型钛板坚固内固定在颌面部骨折136例中的临床应用[J]. 口腔医学,2006,26(4):313-314.

[2] 王 军,熊双宜. 应用钛板连接片治疗凹陷性粉碎性颅骨骨折的体会[J]. 中国现代神经疾病杂志,2007,7(1):87.

[3] 刘年喜,牛智慧,史卫太,等. 颅骨钛板成形加后路植骨重建椎板在治疗胸腰椎骨折中的应用[J]. 骨伤,2009,22(5):378-380.

(编辑:兰阳军)

[收稿日期] 2009-12-10 [修回日期] 2010-01-06