

综合康复治疗脑卒中运动障碍患者 28 例

王小云

(湖北中医学院 2003 级研究生 武汉 430061)

关键词:脑卒中;运动障碍;综合康复治疗;临床研究

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)02-0052-02

脑卒中是威胁人类健康的重大疾病之一,具有发病率高、病死率高、致残率高的“三高”特点,在存活患者中,大约 75%患者遗留不同程度的残疾,一般以运动功能障碍居多,其中 40%以上为重度致残。随着医疗技术和人民生活水平的提高,人们对脑卒中后生存质量的要求亦不断提高,如何减低致残率,使脑卒中所引起的机体功能障碍降低到最小程度的问题则更突出。正因如此,脑卒中的康复疗法,特别是对于运动功能障碍的治疗尤其重要。我们应用促通技术结合针灸、物理治疗、康复锻炼等综合治疗方法对 28 例脑卒中运动障碍患者进行康复治疗,取得较为满意的治疗效果。现将治疗情况报告如下:

1 一般资料

选取神经内科住院的 28 例患者,均符合全国第四届脑血管病会议制定的诊断标准,并经临床及头颅 CT 或 MRI 确诊为脑卒中患者。其中男性 18 例,女性 10 例;年龄 49~73 岁,平均年龄 56.3 岁;脑出血 9 例,脑梗死 19 例;治疗开始时间为发病后 8d~1 个月,平均为 21d;康复治疗时间为 19d~4 个月,平均为 45.4d。

并应用 ACEI 控制血压,如卡托普利 6.25~25mg,每日 3 次,口服;或福辛普利 10mg,每日 1 次。在上述西医治疗基础上加用自拟降糖益肾汤,基本方:人参 20g,黄芪 40g,生地 15g,山萸肉 15g,白术 20g,茯苓 20g,玄参 15g,葛根 20g,泽泻 10g,车前子 10g,丹参 20g,当归 20g。阴虚内热者加知母、地骨皮,湿热者加大黄,水湿者加白茅根,血瘀者加益母草、川芎。将上述药煎煮浓缩取药 300mL,分 2 次温服,每日 1 剂,疗程 2 个月。同时配合中药提取剂黄芪注射液 20mL 静滴,日 1 次,连用 15d(上海禾丰制药有限公司);金纳多注射液 20mL 静滴,日 1 次,连用 15d(德国威玛舒培博士药厂)。

2 治疗效果

治疗后通过对病人血糖、血脂、血流变、血压、24h 尿蛋白定量、肾功检测,全部病人临床症状减轻,病情均有不同程度改善。FBG (4.4~7.2mmol/L),血脂 (TC<5.7mmol/L,TG<1.70mmol/L),Fib<4.02 g/L,全血黏度下降,血压趋于稳定<145/90mmHg,24h 尿蛋白定量<(1.0±0.5)g,BUN、Cr 均正常,与入院时无明显差别,总有效率达 100%,显效率 78%。

3 讨论

DN 是 DM 迁延不愈,日久发展而成,属中医的消渴、水肿、虚劳等范畴。临床发现达到临床期 DN 则以气阴两虚为主,并挟水湿、湿热、气滞、瘀血等正虚邪实并重,因此在西药控制血糖、血脂、血压这些可逆因素的同时加用降糖益肾汤。方中黄芪、人参大补元气,白术、茯苓淡渗健脾升阳,山萸肉、生地养阴敛气,玄参、葛根养阴生津,当归、丹参活血补血,泽

2 治疗方法

患者均按神经内科常规治疗,予以消除脑水肿,控制血压,抗感染,活化和营养脑神经,改善脑血液循环等治疗,病情稳定后开始综合康复治疗。

2.1 促通技术 Brunnstrom 将偏瘫的恢复过程分为 6 个阶段^[1],根据患者偏瘫所处的不同阶段,而采取不同的促通技术:患者肢体功能 Brunnstrom 1~2 级时采取抗痉挛姿势,包括仰卧位、健侧卧位和患侧卧位,其关键在于置患侧肩关节于外展外旋位,置患侧髋关节于内收内旋位,以防肩关节半脱位。为减轻痉挛进行肢体按摩,上下肢各关节的被动关节活动训练,可维持关节活动度,预防关节挛缩。对于偏瘫早期患者,开始活动时可完成正常关节活动范围 50%的被动运动,随着肢体功能的恢复,逐渐扩大关节的活动范围,以免造成关节周围软组织的损伤。当患侧肢体出现痉挛,训练患者做床上桥式运动,尽可能从床上半卧位至坐位。Brunnstrom 达 3~4 级时出现明显共同运动,此期目的就是破坏象共同运动那样的全身性运动,尽可能促进随意自主运动及分离运动,提高协调性,侧重于上肢肘关节的空间支持性和手部

泻、车前子利水渗湿。现代药理研究表明,上述补益中药能降血糖,加强代谢,促进造血功能,提高免疫力,改善微循环。黄芪可减少慢性肾病蛋白尿的排出;丹参有抗凝血、促纤溶作用,抑制血小板凝集;葛根促进微循环,扩张血管,抗高血压,降血糖,抗氧化,抗缺氧等^[2]。全方合用益气健脾,补肾活血,补虚利湿,标本兼顾。再配以中药提取剂黄芪注射液,以增加疗效,金纳多注射液降血黏度、改善微循环及组织缺氧状态,起了协同作用。

现代医学认为,糖尿病对肾脏损害不仅单独由于高血糖所致,而是一个与遗传缺陷,糖蛋白质、脂肪代谢异常,血淤、血凝以及内分泌失调等因素密切相关的复杂过程^[3]。积极有效降脂、降糖、降压,调整血黏度,对延缓 DN 发展至关重要。尤其 ACEI 的应用不仅能降低血压,而且能降低肾小球内高跨膜压及高滤过状态,以延缓肾小球硬化的过程^[4]。临床观察表明在西药基础上配合中药降糖益肾汤及中药提取剂治疗临床期 DN 疗效显著。由于病例较少,未作临床对照,但先后实验室检查表明,此法非常安全有效,值得进一步临床观察。

参考文献

[1] 叶任高.临床肾脏病学[M].北京:人民卫生出版社,1996.956~957

[2] 吴贻谷.中华本草精选本 [M]. 上海:上海科学技术出版社,1998.814,896,1 650

[3] 王海燕.肾脏病咨询[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1998.121~122

[4] 贾在金.糖肾气血汤辅助治疗临床期糖尿病肾病患者 60 例[J].中国中西医结合杂志,2003,7(23):542~543

(收稿日期:2005-10-25)

低分子肝素联合安心达治疗不稳定性心绞痛

张茂峰 张蕾

(山东省枣庄市薛城区人民医院 枣庄 277000)

关键词:低分子肝素;安心达;不稳定性心绞痛;药物疗法

中图分类号:R 541.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)02-0053-02

不稳定性心绞痛(UAP)是一种介于稳定性心绞痛与急性心肌梗死之间的一组综合征,极易发展成急性心肌梗死或猝死,故选择合适的治疗方法对改善其预后有重要的临床价值。我院于 2003 年 2 月~2005 年 2 月应用低分子肝素治疗不稳定性心绞痛 36 例取得了较好的疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 UAP 患者 72 例,男 50 例,女 22 例,随机分为 2 组。常规治疗组(A 组)36 例,其中初发性劳力性心绞痛 18 例,恶化性劳力性心绞痛 7 例,自发性劳力性心绞痛 5 例,混合性劳力性心绞痛 6 例;低分子肝素(B)组 36 例,其

伸处距离的训练,并进行起立动作训练和坐位平衡的训练。Brunnstrom 达 4~5 级时主要应改善立位平衡,提高力位稳定性的训练,包括平衡杠内行走,拄拐杖步行和上下楼梯的训练,开始训练时治疗师及家属应给予一定的帮助和保护,消除患者的恐惧心理,保持正确姿势。Brunnstrom 达 5~6 级应继续前一段的训练,进一步巩固提高各种身体机能和技能。每一阶段的训练都应由易到难,动作由粗到细,以上治疗每日 1 次,每次 60min。

2.2 针灸疗法 根据患者病情进行辨证施治,上肢偏瘫取合谷、曲池、肩髃、臂臑、内关、极泉;下肢取伏兔、足三里、委中、阳陵泉、三阴交、太冲、解溪、昆仑等穴位加减。部分穴位特殊的针刺手法:极泉强刺激后,患者上肢有收缩现象后即可,不留针;委中强刺激后,以下肢有上抬现象即可。余穴位常规针刺,平补平泻,电针留针 20min,强度以患者能耐受为度。

2.3 多功能电脑中频电疗法 患侧上肢采用伸肌侧并置,下肢采用屈肌侧并置,每次 20min,每日 1 次,以减轻肢体痉挛。

2.4 主动性康复训练 主动性康复训练是以作业活动为主导,因人制宜地选择有效的、适合不同患者的活动。强调对与日常活动直接关联的运动控制能力进行特殊训练,这对重获有效的生活活动能力具有积极意义,在各个病期均应贯穿进行。如利用木钉盘、倾斜台训练手指和肩部的机能,同时也有一定的娱乐性。

3 疗效观察

3.1 疗效评定 患者偏瘫侧的上下肢运动功能采用简式 Fugl-Meyer 评估积分法来评定肢体治疗前后运动功能变化情况。患者日常生活 ADL 能力采用 Barthel 指数法。评定结果以(均数±标准差)表示。

3.2 治疗结果 经治疗后 28 例患者症状、体征均有显著改善,其步行能力及其日常生活活动能力均有较明显改善,治疗后 Fugl-Meyer 各项积分和 Barthel 指数均有显著的提高。经统计分析,治疗前后各项积分均有显著性差异(P<0.01)。见表 1。

4 讨论

现代研究证实,脑卒中患者神经功能损伤后中枢神经系统结构上的重组和功能上的代偿,使脑细胞可通过轴突再生。在此基础上,运用神经促通技术可通过反射和随意运动的结合促进正确的运动反应形成,并通过反复训练降低神经传导中突触阻力,产生由意志控制的主动运动,从而在中枢神经系统中建立一条新的神经通路,并通过多次重复训练在锥体外系形成协调运动定型,从而恢复正常的运动功能^[1]。

针灸是中医学中的一朵奇葩,它对治疗脑卒中后的运动功能障碍有很好的疗效。患者多因年老体弱,气虚运血无力,血瘀脉中致缺血性中风偏瘫;气虚化源不足,阴液亏损或情致失调,肾经亏耗,肝肾阴虚,阳亢风动气血逆乱,血瘀脉外致出血性偏瘫,故其主要病机在于气虚血瘀,治疗的关键是益气祛瘀,宣通经络。早期针灸治疗改善脑的氧代谢和血流量,使脑血管阻力降低,血及葡萄糖的供应增加,保护中枢神经元,减少缺血神经元的凋亡^[2],同时,针灸具有整体调节作用,能增强机体的抗病能力。

单一的治疗方法对脑卒中后的运动功能障碍疗效都有其不足之处,促通技术所需时间长,疗效慢,而通过针刺配合促通技术则能更有效地改善患者运动功能,增加患者的稳定、协调、平衡等能力,达到功能质的恢复。同时多功能电脑中频电疗法能使患侧上下肢异常肌张力减退,正常肌力提高,从而改善和增强肢体的独立活动能力^[3]。而主动性的康复锻炼,在巩固疗效的基础上还能增加患者训练时的娱乐性,使很多患者能坚持疗程,故我们采取多种治疗手段综合治疗,减轻残疾程度,提高生存质量,尽可能在短时间内让患者看到疗效,增加患者康复的信心。

参考文献

[1]王拥军.卒中单元[M].北京:科学技术文献出版社,2004.231~257
[2]戴红.运用促通技术对中枢性瘫痪进行训练的原理和处理原则[J].中国康复医学杂志,1994,9(6):275
[3]黄东锋.重症患者早期康复医疗的现状与进展[J].中国康复医学杂志,2002,17(2):122~123
[4]赵大贵,穆敬平.头针结合促通技术对脑卒中偏瘫康复疗效的观察[J].中国针灸,2005,25(1):19

(收稿日期:2005-09-19)

表 1 28 例患者治疗前后疗效比较 ($\bar{X} \pm S$) 分			
	上肢功能	下肢功能	Barthel
治疗前	14.52± 7.06	18.04± 6.48	28.62± 14.03
治疗后	29.54± 8.26	31.21± 9.23	56.32± 12.28