

综合康复治疗急性脑梗死 95 例远期随访

白树风 杨建学 关继红 张育德(洛阳医学高等专科学校附属医院 河南 洛阳 471003)

摘要:目的 研究降纤酶加立迈青配合早期心身康复治疗急性脑梗死的远期疗效。方法 将急性脑梗死病人随机分为治疗组和对照组,入院及随访时观察疗效。结果 治疗组远期疗效明显优于对照组。结论 治疗组综合治疗急性脑梗死远期疗效肯定,有利于脑梗死病人神经功能的恢复。

关键词: 脑梗死 降纤酶 立迈青 心身康复治疗 远期疗效

自 1997 年以来,用降纤酶加立迈青配合早期康复治疗急性脑梗死收到良好效果,现对于随访病人的远期疗效进行总结并报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 本组 95 例病人均符合全国第四届脑血管病学术会议制定的标准^[1]。按入院先后顺序随机分成治疗组 55 例和对照组 40 例。两组间发病时间、年龄、伴发疾病、既往史、神经功能缺损程度无显著性差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法 (1) 治疗组入院后第 1、2、3 天分别用降纤酶 10 BU 加生理盐水 250 ml 静脉滴注 1 次/d,第 4 天开始用立迈青 5 000 U,2 次/d,皮下注射,共 7 d。对照组用血栓通 10 ml 加生理盐水 250 ml 静滴,1 次/d,共 10 d。治疗期间,两组同时辅以脱水、控制血压、奥立达等常规治疗,避免使用其它抗凝溶栓、抗血小板聚集药物。(2) 康复治疗 治疗组加用 Bobath 和 Brunnstrom 为主的促通技术并配合传统按摩法,2 次/d,30 min/次,30 次为 1 疗程,一般治疗 2~3 个疗程。训练内容包括:正确的卧位、坐位垫上活动,床与轮椅之间转移,患侧下肢的负重立位练习,患侧下肢立位时的选择性活动,坐位和立位的平衡反应再学习,步行功能再学习等。训练中还包括一些日常生活活动能力(ADL)练习。(3) 随访形式 截止日期为 2000 年 5 月。平均随访时间(1.2±0.4)年,以预约门诊形式进行,内容为出院后家庭照料情况和治疗情况,查体及检查血流变。

2 结果

2.1 评估指标 (1) Brunnstrom 脑卒中恢复级(BRSS)采用脑卒中后偏瘫恢复初级阶段测评量表,即脑卒中患者神经功能缺损程度评分标准^[2]。(2) 日常生活活动能力(ADL)评定采用 1987 年修订的 Barthel 指数评定表(MBT)^[3]。(3) 运动功能(FMA):简式 Fugl-meyer 评估(FMA):仅选取 FMA 中的上下肢部分。(4) 血液流变学指标,所有病人均在治疗前及随访时各测 1 次。

2.2 统计学处理 计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,显著性检验采用 t 检验、MILCOXON 秩机检和 Ridit 检验。

2.3 治疗组和对照组在治疗前后各项指标比较 (1) 自身比较:治疗组和对照组入院及随访时神经功能缺损程度评分、Barthel 指数、Fugl-meyer 评分,有显著性差异。见表 1。

表 1 两组入院时和随访时各项指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

项目	治疗组(n=45)		对照组(n=50)	
	治疗前	治疗后	治疗前	随访后
神经功能缺损评分	20.81±6.88	10.35±5.44*	23.55±5.68	16.77±7.34**
Barthel 指数	26.77±13.94	54.52±20.01*	29.01±14.56	49.09±21.56**
FMA 评分	26.16±14.65	51.16±24.67*	18.35±18.02	33.74±25.61**

注 治疗组与治疗前比较* $P < 0.01$,对照组与治疗前比较** $P < 0.05$

(2) 组间比较:治疗组与对照组治疗前后各项指标差值比较均有显著性差异,Barthel 指数和 FMA 比较, $P < 0.05$,神经功能缺损

评分比较 $P < 0.01$ 。

2.4 两组病人入院和随访时血液流变学情况 见表 2。

表 2 两组病人入院和随访时血液流变学情况 ($\bar{x} \pm s$)

项目	治疗组		对照组		
	治疗前	随访时	治疗前	随访时	
全血程度(mPa·s)	高切	8.12±1.38	6.81±1.24* [△]	7.92±1.41	7.32±1.21
	低切	12.81±2.70	9.62±1.81* [△]	13.12±2.64	11.21±2.41
血浆比程度(mPa·s)	1.91±0.23	1.73±0.81* [△]	2.15±0.32	2.15±0.22	
红细胞容积(%)	45.15±3.18	39.28±3.24* [△]	45.24±4.36	43.60±34.80	
血小板聚集率(%)	67.12±6.24	60.32±6.12* [△]	68.25±8.13	67.34±9.12	
纤维蛋白原(mg/L)	4.36±0.66	3.87±0.54	4.26±0.73	3.96±0.64	
红细胞聚集指数	2.10±0.25	1.78±0.28* [△]	2.08±0.34	1.98±0.36	

注:自身对照 t 检验,比治疗前* $P < 0.05$,组间比较 t 检验 [△] $P < 0.01$

3 讨论

文中资料研究表明:脑梗死病人急性期降纤酶加立迈青联合治疗,随访神经功能缺损评分,Barthel 指数,FMA 与治疗前及对对照组比较均有显著差异。这说明降纤酶加立迈青对患者肢体运动功能及生活能力的远期恢复均有良好的作用,其可能的机制为:(1)急性期(发病 24 h 内)及时使用降纤酶起效快,作用强,迅速溶解血栓,改善微循环,阻止病情进一步发展,对急性期缺血半暗带的神经细胞有良好保护作用。合并使用立迈青可预防溶栓降纤后血管再闭塞及血栓扩大,对于防止脑梗死的复发具有重要作用,是脑梗死后期治疗及康复的基础。(2)改善微循环,本组资料表明,降纤酶加立迈青治疗组病人随访血液流变学各项指标比治疗前明显改善,且优于对照组,这表明该药物可能在一定时间内起改善高粘状态及微循环的作用,这对于改善慢性期半暗带的神经细胞功能,减轻神经功能联系不能及轴突的发芽功能恢复都起着重要作用,这可能也是降纤酶加立迈青治疗急性脑梗死远期疗效好的一个重要方面。

以 Bobath 和 Brunnstrom 等促通技术为主的康复方法是脑卒中患者早期治疗中应用最广泛方法。本文治疗组治疗后 Barthel 指数、FMA 以及神经功能缺损评分均明显优于对照组,这充分说明这种治疗方法是非常有效的,现已阐明脑卒中患者神经功能损伤后,中枢神经系统结构和功能具有代偿和功能重组的能力,按照 Bobath 技术原则,我们采用卧、坐、站、走等正常人的运动发育程序刺激运动通路上的各个神经元,调节其兴奋性,以获得正确的运动刺激输出。已有资料证明 90% 的神经恢复出现在卒中后 3 个月,病程早期及时应用降纤酶和立迈青可以有效治疗脑梗死,预防血管再闭塞及血栓扩大,从而有效地阻止病情进展,并为康复打下良好的基础,配合早期功能康复训练对脑梗死患者的预后和 ADL 能力恢复起着重要作用^[4]。

参考文献:

[1] 中华神经科学会. 各类脑血管病诊断要点 [J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 279-380.

[2] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准(1995) [J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 281-284.

[3] 缪鸿石,朱镛连. 脑卒中的康复评定和治疗 [M]. 北京:华夏出版社, 1996: 9-20.

[4] 任爱琨,方思羽. 急性脑梗死患者血液一氧化氮、单胺类改变的研究 [J]. 现代康复, 2000, 4(1): 107-109.

(收稿日期:2000-12-23) (编辑:齐照捷)