

浅谈脑卒中康复及其影响因素

缪隼(上海市疾病预防控制中心, 上海 200336)

脑卒中是我国的常见病、多发病, 目前已成为我国城市人口死亡率和致残率最高的疾病。脑卒中幸存者中病残率达70%~80%, 生活不能自理者达42%, 严重影响患者的生存质量。国内在脑卒中康复对生活自理能力影响方面的流行病学调查资料并不多见, 本文主要探讨有关脑卒中康复及对生活自理能力的影响。

1 脑卒中康复

由于现代医学在诊断和治疗上的进步, 降低了脑卒中中的病死率, 但由于没有及时进行康复治疗, 或对康复知识了解不够, 90%的脑卒中患者可留有不同程度的功能障碍。脑卒中中可发生单瘫、偏瘫和言语障碍、认知功能障碍、行为异常、精神症状、失用、失认、吞咽困难等, 危害甚大, 给患者带来很大痛苦, 一些障碍如不及时康复或康复不当, 就会成为终身残疾, 给社会和家庭带来沉重负担。有调查显示, 未进行康复治疗的脑卒中患者42%为严重残疾, 而经过康复治疗的约10%的患者留有严重残疾, 20%的患者有中度残疾, 70%的患者只有轻度功能障碍或无功能障碍^[1]。

不论脑卒中患者肢体功能恢复程度如何, 日常生活活动能力的训练都是非常重要的, 生活自理将有利于患者恢复生活的信心, 提高生活质量。通过采取以改善运动、言语、认知和其他受损功能训练为主的综合措施, 使患者在精神、心理和社会上得到再适应, 尽可能恢复患者的日常生活活动能力。

由于抢救脑卒中患者生命是急性期的首要任务, 所以医师往往强调卧床、制动, 这样便失去了早期康复时机, 只要3周即可产生“废用综合征”。另外, 由于医师的指导可能存在不恰当, 加上家属求治心切, 很容易使患者不按照规律进行卒中后肢体恢复。例如, 本应在发病初期进行抗痉挛等体位治疗的, 却急于进行肌力训练或还没能站即练行走。使用方法不当或运动过量, 易造成肩关节半脱位、关节变形与不稳定等, 致肌张力增加使上肢屈曲, 下肢伸直, 内翻与划圈状的异常行走模式, 此“误用综合征”给以后的康复治疗和日常生活造成极大困难。如果能经过系统、正规的康复治疗, 最终能使47%~76%的脑卒中患者生活自理能力达到部分或完全的独立^[2], 使患者的生活质量达到较高水平。

脑卒中发病后, 药物治疗是最先进行的, 而大量临床

实践证明, 脑卒中患者的功能恢复仅靠药物是不够的, 早期、科学、合理的康复训练能够提高中枢神经系统的可塑性, 挖掘损伤的修复潜力, 促使末端突触再生。目前除了推拿、针灸等传统的康复训练外, 常用的现代康复方法有运动治疗、作业治疗、物理治疗、语言治疗、心理干预等。

在运动治疗中, 有一些方法如日常生活活动能力(activities of daily living, ADL)训练, 由于康复方法简单易行, 便于掌握, 往往可以得到有效实施。还有一些则对专业要求比较高, 如运动再学习方法(motor relearning programme, MRP)、神经发育疗法(Bobath)等。MRP是上世纪80年代初由澳大利亚学者Carr J. H.等提出的一种脑卒中治疗方案^[3], 是把中枢神经系统损伤区运动功能恢复训练视为一种再学习或再训练过程, 以作业或功能为导向, 在强调患者主观参与和认知重要性的前提下, 按照科学的运动再学习方法对患者进行再教育, 以恢复其运动功能的一套完整的方法。MRP在提高ADL方面即生活实用动作方面比Bobath方法更有价值。Bobath强调床上运动及技巧性动作的掌握, 技巧性动作以姿势控制、调正反应、平衡反应及其他保护性反应为基础, 基本技巧包括中线对称、直立反应、躯干旋转等, 更重要是鼓励患者积极参与治疗, 去体会和掌握肢体运动时的感觉, 而不是运动时的动作本身。正确的运动感觉对发展运动控制能力是不可缺少的, MRP强调运动技能的产生不是靠神经肌肉传达的信息, 而是靠重复学习在脑中形成的运动程序^[4]。

近年来, 化学物理治疗方法如高压氧及功能性电刺激(functional electrical stimulation, FES)也在临床得到了一定的应用。高压氧治疗是通过阻断“脑缺氧-脑水肿-脑缺氧”的恶性循环, 促进脑功能恢复, 从而改善其临床症状^[5]。而FES治疗则是通过低频脉冲电流刺激功能障碍的肢体或器官, 以其产生的即时效应来代替或矫正已丧失的功能, 并通过高级神经中枢的调整, 促进功能重建的一种疗法^[6]。FES治疗还可以有效促进神经肌肉的反应, 改善肌力, 增强运动过程中肢体的协调性, 使垂足、划圈步态得到明显改善, 提高患者生活质量和自理能力^[7]。

早期康复训练治疗的目的是克服残疾所造成的障碍, 最大限度地恢复运动功能, 提高患者生命质量。脑卒中偏瘫患者的功能恢复在发病数天后开始, 一般认为康复训练治疗在发病后1~3个月内效果较好, 3个月后因废用综合征而恢复减慢。早期进行有计划的康复护理训练, 能明显提高脑卒中偏瘫患者的生活自理能力水平^[8]。

所以,康复训练治疗愈早,功能恢复愈快。但是在急性期开始康复训练治疗可能会导致病情恶化,如脑水肿、再出血等^[9-11]。目前根据 WHO 推荐的康复时间,为生命体征稳定,神经系统症状不再进展后 48 h 开始进行^[12]。

2 脑卒中康复的影响因素

长期以来,对脑卒中患者的治疗一直注重于稳定病情,忽略了对患者生活自理能力影响的研究。近 10 年来预后预测日益受到重视,瑞典学者 Fugl Meyer^[13]提出,对脑卒中患者结局的研究应从 3 个方面来考虑:① 最终功能水平 (final level of function)。② 最终能力水平 (final level of capacity)。③ 最终生活质量水平 (final level in quality of life)。这样能了解哪些因素影响患者出院时生活自理能力,以便早期制定有效的治疗方案和出院目标,避免患者及其家属对预后的期望过低或过高,造成不必要的经济负担。

2.1 年龄

在脑卒中的流行病学调查中,对于年龄是否为影响预后的主要因素一直存在着争论。Wade 等^[14]和 Nakayama 等^[15]通过前瞻性研究发现,年龄对预后影响最大的是日常生活自理能力,而对神经功能的改善和恢复速度影响不大。燕铁斌等^[16]的研究并未发现年龄与出院时生活自理能力有明显的关系。

2.2 入院病情

入院时有无肢体瘫痪、失语、尿失禁、肺部感染,均是预测出院时生活能否自理的重要参数。其原因显而易见,由于肢体瘫痪直接影响了步行能力,失语限制了患者与医护人员及其家属之间的交流,尿失禁和肺部感染则增加了患者卧床的时间,因此,凡同时存在这些因素者,其生活自理能力必然受到影响^[16]。

2.3 神经受损程度

康复治疗效果与神经功能缺损程度相关。神经功能缺损愈重,预后愈差。而大小便失禁是影响患者 ADL 的主要因素。研究表明,对这些患者入院早期应积极抢救,这不仅对抢救生命,对改善功能也至关重要。在疾病的恢复期应控制血压,调整饮食,忌烟酒,口服阿司匹林等以预防复发,更应进行积极的功能训练,康复训练是一个长期的过程^[17]。

2.4 肢体肌张力及运动功能

研究表明,脑卒中患者偏瘫侧肢体肌张力及运动功能对其日常生活自理能力有重要的影响。随着偏瘫侧肢体运动功能的改善,其 ADL 逐渐提高,而肢体的痉挛会影响其 ADL 的改善^[18]。

2.5 大脑出血部位

大脑右半球出血的患者出院时生活自理能力比左半球出血的患者要好,这主要是因为绝大多数右半球为非

优势半球,右半球出血主要影响左侧肢体,右侧肢体仍然可以自由活动,且右半球出血大多无失语;而左半球则相反,多为优势半球,出血时影响右侧肢体,且常伴有失语,因此,对生活的影响比较大^[16]。

2.6 卒中类型

急性脑出血早期康复,其功能恢复快,实践及经验证明,急性出血性脑卒中患者日常生活活动功能的恢复在发病后不同时期均好于急性缺血性脑卒中患者^[19]。

2.7 Pusher 综合征

Pusher 综合征是一种脑卒中后较为严重的体位控制障碍,是脑卒中偏瘫患者所表现出的姿势不平衡的特殊征象,患者在任何体位都强烈地向瘫痪侧倾斜,并抵抗使体重向身体中线或过中线向非瘫痪侧移的被动校正。一般认为,Pusher 综合征影响患者的最后功能结果并延长日常生活活动能力恢复的时间^[20]。哥本哈根的卒中研究指出,Pusher 综合征影响患者 ADL 能力的恢复速度,延长了住院时间^[21]。脑卒中患者 Pusher 综合征发生的比例是 25%^[22],国内统计脑血管病患者 Pusher 综合征发生比例是 23%^[23]。Pusher 综合征是康复训练中的重症,其病理机理较为复杂,如用常规的康复训练方法往往难以奏效。左侧偏瘫的患者 Pusher 综合征的发生率比右侧偏瘫的患者高。这种综合征严重的特征之一是患者学习自己穿衣、梳理等一般的日常生活活动都相当困难。患有 Pusher 综合征的偏瘫患者的康复治疗难度较大,影响到康复治疗的预后。在未认识到该综合征的情况下,一部分患者如果通过传统的方法治疗是不能达到独立步行及生活自理的。应用相对应的治疗方法后,能够提高患者的步行率及日常生活自理能力。

2.8 抑郁症

单纯康复训练而忽视患者的抑郁症状是不能达到最好的疗效。国内外学者也曾有所报道^[24-26],抑郁症状越重,生活自理能力越差。基于心理的原因,抑郁症患者主动意识差,不能主动配合康复师训练,依赖性强,日常生活全部由护工及家属代替,这样不利于患者的康复^[27]。

2.9 原发疾病情况

有心脏病、高血压史往往决定着脑卒中复发的次数,在这些原发疾病未得到有效根治的情况下,脑血管容易发生再次梗死或缺血^[28,29],如心源性来源的血栓能再次阻塞血管;长期未得到有效控制的高血压长期损伤着血管,导致血管硬化及斑块形成,再次破裂出血的可能大大增加。这些危险原发疾病导致的卒中复发都影响着脑卒中的预后,因此有效控制这些危险因素,避免复发也是脑卒中康复过程中的重中之重。

2.10 其他

住院中有无手术,能否坚持训练^[17]等,这些对出院时生活自理能力均有重要影响。

3 讨论

长期以来,国内脑出血性卒中的早期康复一直发展缓慢,其原因主要是脑出血发病急,进展快,加上康复专业人员相对缺乏这方面的临床经验,致使对此持相当谨慎的态度。根据脑的可塑性理论,一旦脑出血水肿消退,出血吸收,早期康复治疗可以促进功能的恢复。因此,建议在医院设立康复相关科室,加强专业人员的培训,使得康复的专业人员能及时深入病房,主动介入脑出血的早期康复。

未进行过任何康复治疗,只是自行进行锻炼的患者,由于得不到正确的指导,没有及时对脑血管病后造成的痉挛、强直和异常运动模式进行正确的训练,很多患者走路时患腿存在不同程度的画圈现象,患侧上肢呈挎篮状,手指并拢,肌肉僵直,对于患者的生活自理,重返职业,重返社会有着直接的影响,不仅给患者本人带来身心痛苦,也给家庭和社会增加了负担。据报道,早期康复训练的患者有90%可恢复步行,30%能恢复手功能,而未进行康复者只有60%恢复步行,5%恢复手的功能。可见康复的介入与不介入,能否早期介入,对于患者的功能恢复乃至生活质量的影响至关重要。随着我国老年人比例的不断增长,老年人中脑血管病患者越来越多,且长期存活者越来越多,因此,尽快地在全国范围内普及脑血管病早期干预的适宜技术,使广大患者能够得到及时的康复治疗应成为目前我国脑卒中康复的重要课题^[30]。

初发脑卒中的患者,如果持续接受三级康复达到半年以上,就可以基本达到日常生活自理。三级康复是指由大型综合医院神经内科、康复科及其负责的社区医疗机构提供持续的、规范的康复治疗 and 训练,包括急性期康复、康复强化和社区康复三部分^[31],但我国迄今仍未建立完善的康复治疗体系,其结果是尽管脑血管病的临床治疗水平与发达国家比并不逊色,但脑血管病的致残率高,患者回归社会率低。如何建立一套完善的康复体系,这将成为今后探索的一个主要方向。

4 参考文献

[1] 张菊英. 脑卒中后遗症的康复治疗及护理[J]. 临床和实验医学, 2006, 5(6): 849.
[2] 卓大宏. 中国康复医学[M]. 2版. 北京: 华夏出版社, 2003: 773.
[3] 黄永禧, 徐本华, 主译. 中风病人的运动再学习方案[M]. 北京: 北京医科大学出版社, 2002: 3-27.
[4] 黄苾苹. 运动再学习方法在脑卒中偏瘫康复中的疗效观察[J]. 中国康复医学, 2004, 19(12): 934-935.
[5] 李学慧. 高压氧治疗对脑卒中患者日常生活自理能力的影响[J]. 实用临床医药, 2005, 9(12): 41-42.
[6] Kottink AI, Oostendorp LJ, Buurke JH, et al. The orthotic effect of functional electrical stimulation on the improvement of walking in stroke patients with a dropped foot: a systematic review[J]. Artif Organs, 2004, 28(6): 577-586.
[7] 刘忠良, 关爽, 宋琳, 等. 功能性电刺激对脑卒中偏瘫患者下肢运动

功能积分的影响[J]. 中国临床康复[J], 2004, 8(31): 6824-6825.
[8] 刘继红. 早期康复对脑卒中偏瘫患者生活自理能力的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(7): 991.
[9] 南登昆, 缪鸿石. 康复医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1994: 6.
[10] Geenough WT, Anderson BJ. Cerebellar synaptic plasticity: relation to learning versus neural activity[J]. Ann NY Acad Sci, 1991, 627: 231.
[11] Foxdyce DE, Farran RP. Physical activity effects on hippocampal and parietal cortical cholinergic function and spatial learning in F344 Rats[J]. Behav Brain Res, 1992, 43: 115.
[12] WHO. Recommendation on stroke prevention, diagnosis and therapy[J]. Stroke, 1989, 20(10): 1047.
[13] Fugl Meyer AR. On measurement of outcome in stroke rehabilitation [C]. Abstract of 8th world congress of IRMA. Kyoto Japan, 1997: 70.
[14] Wade DT, Hewer RL. Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis[J]. Neuro Neurol Psychiatry, 1987, 50: 177-180.
[15] Nakayama H, Lorgensen HS, Radschou HO, et al. The influence of age on stroke outcome the Copenhagen stroke studies[J]. Stroke, 1994, 25: 808-811.
[16] 燕铁斌, 许俭兴, 区丽明. 脑出血病人有关生活自理能力预测研究[J]. 中华物理医学与康复, 1999, 21(2): 79-81.
[17] 张捧玉, 荀凤阁, 周群拉, 等. 早期强化训练对急性脑卒中患者生活自理能力的影响[J]. 中国康复医学, 1998, 13(6): 251-253.
[18] 曹玉灵, 马超, 伍少玲, 等. 早期综合康复对脑卒中患者运动功能和ADL能力的影响[J]. 中国康复医学, 2006, 21(11): 1029-1030.
[19] 张新林, 王玉展. 脑血管病人的康复治疗是当务之急[J]. 中华综合医学杂志, 2006, 7(1): 10.
[20] 陈颖. Pusher综合征[J]. 中国康复医学, 2002, 17(1): 59-61.
[21] Pedersen PM, Wandel A, Jrgensen HS, et al. Ipsilateral pushing in stroke: incidence, relation to neuropsychological symptoms, and impact on rehabilitation. The Copenhagen stroke study[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1996, 77: 25-28.
[22] 綱本和. Pusher 現象の評価よアプローチ[J]. 理学療法学, 1996, 23(3): 118.
[23] 刘世文, 安晓芳, 宋洪臣. 关于 Pusher 现象的症状学研究[J]. 中国康复医学, 1998, 13(2): 62-65.
[24] 高政, 刘启贵, 姜潮. 脑卒中后急性期抑郁障碍相关因素分析[J]. 中国临床康复, 2002, 6(13): 1890.
[25] Starkstein SE, Robinson RG, Price TR. Comparison of patients with and without poststroke depression matched for size and location of lesion [J]. Arch Gen Psychiatry, 1988, 45: 247.
[26] Pohjasvaara T, Leskela M, Vataja R, et al. Post-stroke depression, executive dysfunction and functional outcome [J]. Eur J Neurol, 2002, 9(3): 269-275.
[27] 李卫东, 黄碧波. 脑卒中后抑郁治疗效应对运动功能及日常生活自理能力恢复的作用[J]. 中国临床康复, 2004, 8(13): 2410-2411.
[28] Ruth EJ. Heart disease in patient with stroke (part II): impact and implication for rehabilitation[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1994, 5: 94-98.
[29] Alter M, Friday G, Lai SM, et al. Hypertension and risk of stroke, recurrence[J]. Stroke, 1994, 25: 1605-1608.
[30] 戴红, 王威, 于石成, 等. 北京市城区居民脑卒中致残状况及对社区康复的需求[J]. 中国康复医学, 2000, 15(6): 344-347.
[31] 王需飞. 三级康复“链接”高质量生活脑卒中患者持续康复半年达到自理[J]. 中国社区医师: 综合版, 2005, 7(19): 77.

(收稿日期: 2008-11-24)