·临床应用·

早期综合康复治疗对急性脑卒中偏瘫患者的疗效观察

马进义

富源县中医医院　云南富源　655500

〔摘　要〕**目的**　探索早期综合康复治疗对急性脑卒中偏瘫患者的疗效观察。**方法**　将已接诊的 64 例急性脑卒中偏瘫患者均分为观察组和对照组，观察组中的实验研究对象为 32 例，实施早期综合康复治疗，对照组中的实验研究对象为 32 例，实施常规治疗。进行对比试验，观察比较两组的运动功能以及治疗效果。**结果**　发现观察组治疗后的运动功能评分远高于对照组（P＜0.05），观察组的治疗效果明显好于对照组（P＜0.05）。**结论**　早期综合康复治疗对提升急性脑卒中偏瘫患者的运动功能以及治疗效果具有非常明显的效果，值得推广使用。

〔关键词〕早期综合康复治疗；急性脑卒中偏瘫患者；临床疗效

〔中图分类号〕R743　　〔文献标识码〕A　　〔文章编号〕2095-7165（2020）10-046-02

急性脑卒中病情危重且病因复杂，多见于老年患者，如不及时治疗极易导致患者身体状况急剧恶化，严重时甚至导致患者死亡，是目前威胁老年人生命健康安全的主要疾病之一[1]，常规治疗和早期综合康复治疗都是针对急性脑卒中偏瘫患者所采用的医学治疗手段，两者比较，前者虽然能也在很大程度上提升医学治疗质效，但鉴于本身的治疗功效较为单一，故无法彻底治愈疾病[2]。基于急性脑卒中的特点和危害，采用早期综合康复治疗是最科学的办法，能够在很大程度上解决常规治疗的诸多弊端，所以比常规治疗更能提升急性脑卒中偏瘫患者的运动功能以及治疗效果。本文即为验证这一观点进行如下分析。

1　资料和方法

1.1 基本资料

从 2019 年 2 月到 2019 年 9 月期间挑出已就诊的 64 例急性脑卒中偏瘫患者，按照入院顺序（病号）将其分为观察组和对照组。

每组的具体情况：其中，对照组中有 32 例病患，男患人数 15 例，女患人数 17 例，最小年龄 56 岁，最大年龄 79 岁，平均年龄 64.11±4.15 岁，平均病程 3-5（3.01±1.11）年。观察组中有 32 例病患，男患人数 19 例，女患人数 13 例，最小年龄 57 岁，最大年龄 78 岁，平均年龄 63.51±4.67 岁，平均病程 3-6（4.14±0.56）年。

1.2 操作方法

对对照组实施常规治疗方案，具体治疗过程为：对患者进行神经内科常规治疗，叮嘱患者按时服药并配合医生的治疗方案，药物选择为血栓通注射液、奥扎格雷钠氯化钠注射液，可有效缓解患者病情。

对观察组实施早期综合康复治疗方案，主要包括：（1）与对照组实施相同的常规治疗方案。（2）在此基础上对患者进行早期综合康复治疗，治疗核心是为患者制定科学、有效、合理的康复训练计划，同时做好规范性指导，保证患者治疗过程中的安全性，共包括卧位训练、坐位训练、立位训练以及步行训练四项。卧位训练即指导患者选择正确的卧位，包括侧卧、仰卧等，定时进行体位变换，从而有效活动肢体关节，若患者为仰卧位时，患者肩部应向上抬、向前挺，向外伸展上臂使手腕、手肘伸直，掌心向上，髋与骨盆前挺，大腿稍内旋，同时在腿的外侧放置垫物以垫起膝关节。坐位训练即指导患者选择正确的坐位，患者肘关节微屈并放在扶手上，同时弯曲下肢膝关节，进行屈膝、前倾、平衡训练。立位训练即指导患者站立，主要是锻炼患者的肢体平衡性，可从爬行训练开始，逐渐从坐位转换到立位，并进行坐立交替训练。步行训练即指导患者行走，可做前后的小步摆动，屈膝提足，足跟着地，缓慢练习，循序渐进。

1.3 观察指标

观察内容分为两大部分：（1）统计运动功能，采用运动功能评定量表 FMA 对观察组和对照组治疗后的患者运动功能进行评价。（2）统计治疗效果，包括显效、有效、无效、总有效率几个指标，总有效率 =（显效 + 有效）/ 例数 X100%。

1.4 统计学处理

计算工具选择 SPSS22.0 版本软件，运动功能采用“$\bar{\chi}\pm s$”计算得出，进行 T 检验。治疗效果采用 [n(%)] 表示，进行“χ^2”验证，P 表示比较差异显著度，P＜0.05 则说明是有统计学意义的数据，P>0.05，则说明数据比较差异并不明显。

2　结果分析

2.1 运动功能评价

统计结果显示，观察组治疗后的运动功能评分远高于对照组，差异有统计学意义（P＜0.05）。见表 1。

表 1：运动功能 [$\bar{\chi}\pm s$]

组别	例数	运动功能评分
观察组	32	67.72±3.42
对照组	32	48.56±4.41
T	-	19.4214
P	-	0.0000

2.2 治疗效果评价

统计结果显示，观察组的治疗效果明显好于对照组，差异有统计学意义（P＜0.05）。见表 2。

表 2：治疗效果 [n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	32	23（71.88）	6（18.75）	3（9.37）	29（90.63）
对照组	32	15（46.88）	5（15.62）	12（37.50）	20（62.50）
χ^2	-	-	-	-	7.0531
P	-	-	-	-	0.0079

3　讨论

急性脑卒中作为一种病因复杂、病情严重的疾病，具有高发性和危险性等特点[3]。目前，由于急性脑卒中偏瘫患者基础疾病复杂，身体状况较差等原因，急性脑卒中的高发性和危险性仍然比较突出，故该疾病已成为社会较为关注的疾病之一。

急性脑卒中的高发性和危险性决定了当下必须为急性脑卒中偏瘫患者选择最为科学的治疗方案。早期综合康复治疗近年来逐渐被应用到急性脑卒中治疗中，早期综合康复治疗通过对患者进行科学有效的卧位、坐位、立位和步行训练指导，从而有效恢复其运动与行动能力[4]。通过上述结果我们可以看到，观察组治疗后的运动功能评分远高于对照组（P＜0.05），观察组的治疗效果明显好于对照组（P＜0.05），这说明早期综合康复治疗更能

（下转第 50 页）

学术期刊网

及其轴索因各种原因所致的传导阻碍的疾病，根据眼底表现及视神经损害的部位可分为原发性、继发性、上行性三种[2]，临床表现为视力降低，视盘苍白或灰白或淡黄，视野减小，最终可致失明。根据视盘不同程度的苍白或灰白、淡黄色，结合视力，视野，VEP 等不难诊断，因其发病率高，致残率高，病程长，疗效差，预后差，严重影响人们生活质量，受到眼科界的高度重视[3]。

由于视神经萎缩不是一个单独的疾病，可由多种疾病引起，病因不同其预后亦存在差异，因此临床诊断及治疗需要查找导致萎缩的具体病因，发病原因复杂多样多受炎症、压迫、缺血、外伤、遗传等因素的影响且在临床上多有报道，梅毒性眼病可以是梅毒唯一临床表现，包括基质性角膜炎、葡萄膜炎及视神经病变，其中葡萄膜炎常见，视神经病变最少见。报道了许多梅毒引发的葡萄膜炎，但以视神经萎缩为唯一表现的梅毒相关文献较亦罕见。

梅毒性视神经萎缩，罕见，表现为急性或亚急性起病的视力下降，早期眼底检查可无视神经萎缩，亦可出现视盘水肿或就诊时已经出现视神经萎缩，神经梅毒的早期病理改变为脑脊膜的炎性反应和小动脉的血管内膜炎。包裹视神经的神经鞘膜由三层脑膜延续而来，因此脑脊膜梅毒常会侵犯视神经，引起视神经组织的炎性反应、变性病变并侵及营养视神经的血管，导致血管腔狭窄、闭塞，引起视神经缺血性改变，甚至导致视神经周围炎、视神经视网膜炎、视神经萎缩、视野进行性缩小或扇形缺损，最后甚至失明[4]。梅毒可完全治愈，但神经细胞是不可再生细胞，因此视神经萎缩即使除了损害因素也不可能恢复正常功能，视神经萎缩的临床诊疗意义在于发现导致萎缩的病因，对症治疗。

本例在外院未发现梅毒，仅按照一般的视神经萎缩诊治，可能是由于患者以视力受损为首发症状，视神经损害为主要表现，梅毒的临床症状及体征不明显，临床极少见，加之对神经梅毒认识不足，未仔细鉴别诊断及查体，诊断思维局限，考虑常见病、多发病，而接诊医生警惕性不高，而神经梅毒的治疗首选青霉素，导致患者预后不良。本例若在疾病早期确诊并予相关治疗，其双眼视力有望恢复，因患者发病 1 年后方得以确诊及治疗，贻误了最佳治疗时机，致双眼视力恢复不甚理想。建议临床医务人员再遇到未明原因的视神经萎缩，疗效欠佳者，要考虑到神经梅毒的可能，完善相关医技检查，仔细鉴别诊断，尽早确诊，及时予对症治疗，改善预后。

[参考文献]

[1] 康少红，高勇安，王晓瑞，殷敬喜 . 梅毒性脑损害磁共振征象分析 [J]. 临床放射学杂志，2012，31(11):1539-1542.

[2] 张彬 . 视神经萎缩的诊断及“四穴八针”治疗视神经萎缩的介绍 [A]. 世界中医药会学会联合会、中华中医药学会 . 世界中医药学会联合会第二届眼科年会中华中医药学会第十次中医中西医结合眼科学术大会论文汇编 [C]. 世界中医药会学会联合会、中华中医药学会 : 中华中医药学会，2011:4.

[3] 饶宁 . 不同病因视神经萎缩中西医结合治疗的临床疗效 [J]. 中国中医药现代远程教育，2015，13(23):56-58.

[4] 薛建中，项晓丽 . 视神经损害为唯一表现的神经梅毒 8 例分析 [J]. 中国实用神经疾病杂志，2015，18(0):34-35

（上接第 45 页）

且组间差异明显，统计学分析显示 P ＜ 0.05，李斌[5] 的研究结果与此有一定的相似度。

由上述分析可以看出，平片无张力疝修补术在治疗腹股沟疝气中安全、有效，此术式值得在临床中推广应用。

[参考文献]

[1] 罗剑 . 平片无张力疝修补术与充填式无张力疝修补术在腹股沟疝气患者中的疗效对比 [J]. 世界最新医学信息文摘，2019，19(09):79-80.

[2] 黄坤 . 疝环填充式与平片式无张力疝修补术治疗腹股沟疝患者的临床观察 [J]. 中国药物经济学，2016，011(009):112-114.

[3] 陆海涛 . 对比疝环填充式和平片式无张力疝修补术治疗腹股沟疝的疗效 [J]. 中国医药指南，2016，v.14(03):35-36.

[4] 包东泉 . 疝环填充式和平片式无张力疝修补术治疗腹股沟疝临床疗效观察 [J]. 医药前沿，2016，6(31):203-204.

[5] 李斌 . 充填式无张力与平片无张力疝修补术在腹股沟疝气治疗中的临床效果分析 [J]. 中国保健营养，2016，026(021):91-92.

（上接第 46 页）

提升急性脑卒中偏瘫患者的运动功能以及治疗效果，故采用早期综合康复治疗对患者进行治疗是非常有必要的[5]。

[参考文献]

[1] 赵亮，胡亚军，朱江，等 . 老年急性脑卒中偏瘫患者早期康复介入与并发症的关系 [J]. 中国老年学杂志，2015，000(003):801-802.

[2] 梁友云，张文静，史红菊 . 老年急性脑卒中偏瘫患者早期康复介入与疗效的关系探讨 [J]. 现代中西医结合杂志，2015(24):2711-2713.

[3] 段淑娟 .65 例急性脑卒中偏瘫患者早期综合康复疗效分析 [J]. 中国保健营养，2016，26(003):395-396.

[4] 张姗姗 . 对脑卒中偏瘫患者进行综合性神经康复治疗的临床效果评价 [J]. 求医问药，2018，16(5):116-117.

[5] 陈波 . 早期部分减重步行训练与康复治疗用于脑卒中偏瘫患者中的临床效果 [J]. 饮食保健，2019，006(007):59-60.

（上接第 47 页）

综上所述，超声乳化吸除结合人工晶体植入术治疗白内障效果理想，值得推广和应用。

[参考文献]

[1] 王晓明，郑秀华，高传晶，等 .LASIK 术后行飞秒激光辅助的白内障超声乳化摘除联合多焦点人工晶状体植入术一例 [J]. 中华实验眼科杂志，2018，036(009):P.681-682.

[2] Liu Q , Wang X , Zhang S . Visual quality observation of clear lens extraction by ultrasonic phacoemulsification and intraocular lens implantation in a child with microspherophakia: A case report[J]. Medicine, 2020, 99(34):e21937.

[3] 潘绍新 . 过熟期白内障超声乳化摘除联合人工晶状体植入术中二次撕囊法的疗效及其安全性评价 [J]. 中华实验眼科杂志，2018，036(003):P.227-230.

[4] 潘宿，谭浅，宋伟涛，等 . 白内障超声乳化联合人工晶体植入术后主导眼的转换规律 [J]. 中南大学学报 (医学版)，2018，43(10):69-77.

（上接第 48 页）

分析 [J]. 中国社区医师，2019，35(1):29.

[2] 张慎听 . 上消化道出血采用消化内镜治疗后发生再出血的危险因素分析 [J]. 中国社区医师，2019，35(28):79，81.

[3] 张宏义 . 消化内镜治疗上消化道出血后再出血的危险因素及对策 [J]. 临床医药文献电子杂志，2019，6(25):45.

[4] 甘育林，李建华，况洪娟 . 内镜套扎治疗上消化道出血后再出血的危险因素分析 [J]. 微创医学，2018，13(6):763-765.

[5] 贾傲 . 上消化道出血行消化内镜治疗后发生再出血的危险因素分析 [J]. 中国实用医药，2018，13(23):49-51.

学术期刊网