

综合康复治疗对脑卒中偏瘫康复疗效的影响分析

黎 鹏

海南省乐东黎族自治县中医院康复科 572500

【摘要】目的 分析脑卒中偏瘫康复治疗中综合康复治疗应用价值。方法 脑卒中偏瘫患者取样 128 例，分组方式取双盲信封法，于 2020 年 3 月-2022 年 3 月实施常规治疗（对照组，64 例）和常规治疗+综合康复治疗（综合组，64 例），对比 ADL、NIHSS、FMA、QLQ 评分。结果 治疗后，综合组 ADL（69.18±8.20）分，FMA（78.25±6.40）分，比对照组（60.63±7.86）、（72.09±6.24）分高，NIHSS（11.04±2.77）分，比对照组（15.36±2.62）分低，同时，综合组 QLQ 评分比对照组高，P<0.05。结论 在脑卒中偏瘫患者中实施综合康复治疗，可优化康复疗效，促进神经功能恢复，提升患者生存质量，改善患者运动功能和日常生活状况。

【关键词】影响作用；康复治疗；疗效观察

【中图分类号】R743.3

【文献标识码】A

【文章编号】1002-3763（2022）04-004-02

脑卒中致残率高，患病原因与长期饮酒吸烟，超重或肥胖、患有糖尿病或血脂异常、患有高血压、不良饮食、遗传因素相关^[1]，属于急性脑血管疾病，可损伤神经功能，诱发偏瘫、失语等后遗症，影响患者日常生活，为此，本研究参考 2020 年 3 月-2022 年 3 月入院的 128 例脑卒中偏瘫患者资料，分析总结了综合康复治疗的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

脑卒中偏瘫患者取样 128 例，分组方式取双盲信封法，皆签署知情同意书，于 2020 年 3 月-2022 年 3 月实施常规治疗（对照组，64 例）和常规治疗+综合康复治疗（综合组，64 例）。综合组 15 至 58d 病程，平均（35.26±7.59）d，最高 79 岁，最低 58 岁平均（66.27±5.36）岁，男/女（32/32），对照组 15 至 59d 病程，平均（35.50±7.47）d，最高 79 岁，最低 57 岁平均（66.55±5.23）岁，男/女（33/31），P>0.05。

1.2 方法

对照组行营养神经、脱水、降颅内压等常规治疗，综合组在此基础上实施综合康复治疗：（1）体位干预：取坐位时，需避免扭转患肢，使患肢处于功能位，取仰卧位时，需在肩

胛骨下方垫好软垫，使其手部、上肢伸直外展，肩胛骨向前舒展。（2）放松训练：指导患者放松肩胛骨，进行肩膀环周、患肢屈伸运动，每天 1 次，指导患者扭动骨盆运动，每次 20 至 30 分钟。（3）康复治疗：每天 1 次，指导患者双手交叉紧握，向上伸直、放下双上肢，30 分钟内重复做此动作，并酌情指导患者进行日常生活活动训练。

1.3 观察指标

（1）康复疗效影响：①运动功能越优，FMA 量表得分越高，总分 100。②日常生活能力越优，ADL 量表得分越高，总分 100。③神经功能缺损度与 NIHSS 量表得分正相关，总分 34 分。（2）生存质量影响：生存质量与 QLQ 评分正相关，总分 100。

1.4 统计学分析

SPSS21.0 处理数据，计量（ $\bar{x}\pm s$ ）、计数（%）资料以 t、 χ^2 检验，P<0.05。

2 结果

2.1 康复疗效影响

治疗后，综合组 ADL、FMA 分值更高，NIHSS 得分更低，见表 1，P<0.05。

表 1：康复疗效影响（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	例数	ADL		NIHSS		FMA	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
综合组	64	37.25±6.43	69.18±8.20	28.35±1.68	11.04±2.77	39.40±4.32	78.25±6.40
对照组	64	37.49±6.27	60.63±7.86	28.19±1.55	15.36±2.62	39.18±4.07	72.09±6.24
T	-	0.214	6.022	0.560	9.064	0.297	5.513
P	-	0.831	0.000	0.577	0.000	0.767	0.000

2.2 生存质量影响

治疗后，综合组 QLQ 评分更高，见表 2，P<0.05。

表 2：对比 QLQ 评分（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	例数	社会功能	认知功能	躯体功能	情绪功能	角色功能
综合组	64	72.19±7.05	73.33±6.79	72.11±7.32	74.30±7.59	70.20±6.22
对照组	64	65.03±7.48	67.20±6.48	64.87±7.26	67.12±7.27	64.60±6.79
T	-	5.573	5.225	5.618	5.465	4.865
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

偏瘫为脑卒中常见后遗症，若康复治疗不当，则可能会导致患者四肢肌肉萎缩，加重其肢体功能障碍，造成不良预后，对于此，临床研究表明^[2]，实施综合康复治疗可显著改善康复疗效和患者预后。

经治疗，综合组 ADL、FMA、QLQ 分值更高，NIHSS 得分更低，提示其日常生活能力、运动功能、生存质量、神经功能康复效果比对照组优，总结原因：常规康复治疗进度缓慢，内容单一，整体疗效欠佳，而实施综合康复治疗可弥补以上不足，

（下转第 6 页）

介质选择大鼠腹部皮肤，将其放置在扩散池和接收池之间，角质层与扩散池相对，将药物紧贴角质层的表面，采用铁夹进行固定。将 37℃ 预热的 40% 乙醇生理盐水注入接收室，放入一颗磁搅拌子。接收系统放置在 37℃ 环境下水浴，合理调节转速，避免边缘效应。试验开始后每小时进行 1 次取样，共进行 12 次，取 1ml 接收液并补充剂量相同的等温空白接收液。

其次，制备离体鼠皮。选择雄性 SD 大鼠，采用氨基甲酸乙酯麻醉致死，取下腹部皮肤，脱毛膏去毛处理，取出皮下脂肪及黏液组织，使用生理盐水反复冲洗，涂少量甘油，使用锡纸包起来，冷藏以作备用。

最后，检测接收液中血竭素的含量。精准称取血竭素高氯盐 1.67mg，甲醇定容至 25ml，通过稀释产生不同浓度；取 10 μL 注入高效液相色谱仪，横坐标为浓度，纵坐标为峰面积，进行标准曲线的绘制，通过计算得到回归方程与线性范围。通过高效液相色谱法对试品血竭素含量进行检测。

通过结果可知，3 批放大制备的复方活血凝胶贴膏综合评分显著高于正交试验值，说明优选结果理想，具有良好的重复性，实现优化目标。且药物与基质具有良好的相容性，黏附性较强，能够反复黏附在皮肤，为临床应用提供便利。

3 讨论

前期实验阶段，将一定量的高岭土加入基质，将其作为填充剂，膏体的硬度得到明显提高，但是该方法导致其黏性下降明显，无法黏钢球，必然会对药物分子从内部向表面的扩散造成影响。所以本次研究中处方中并未添加填充剂。

基质处方对凝胶贴膏剂质量有直接影响，单因素研究结果显示，聚丙烯酸钠、甘羟铝、酒石酸、CMC-Na 的用量对凝胶贴膏剂成型均存在影响。如果聚丙烯酸钠用量不足，会导致膏体硬度不足，进而出现脱膏、烂膏以及膜残留大等问题^[2]。而用量较大则会导致初黏力下降，且涂布困难。甘羟铝作为一种交联剂，和聚丙烯酸钠交联，随着其用量增加，膏体的黏力也会增强。但是仍需要严格控制用量，避免导致交联过度情况。酒石酸为交联调节剂，能够调节膏体的交联速度^[3]。另外，辅料放入顺序也会影响凝胶膏的成型，甘羟铝不溶于水，聚丙烯酸钠在水中易成团，所以二者需要分散在甘油中，作为 A 相；CMC-Na 完全溶胀，作为 B 相。其他混合后与 A 相混合，最终成型。

本次研究实现对传统复方的改制目标，提取有效组分，优选基质处方、工艺，将活血化瘀方改制为现代贴膏剂，弥补传统方药的不足。

参考文献

[1] 皮凤娟, 张庆莲, 许曾, 等. 红麻凝胶贴膏制备工艺研究 [J]. 亚太传统医药, 2021, 17(7):49-51.
[2] 胡兆流, 王佛长, 黄诗莹, 等. 正交试验法优选活血消肿凝胶贴膏交联型基质配方与制备工艺 [J]. 中国药业, 2019, 28(21):21-24.
[3] 王玉巧, 周本宏, 张进, 等. 复方伤痛宁凝胶贴膏制备工艺研究 [J]. 亚太传统医药, 2016, 12(21):32-33.

表 3: 正交试验结果

试验序号	A	B	C	D	得分 (分)			综合评分 (分)
					初黏力	持黏力	感官评价	
1	1	1	1	1	12.5	10	13.5	36
2	1	2	2	2	12	6.5	13.5	32
3	1	3	3	3	14	12.5	17	43.5
4	2	1	2	3	24	15	17	56
5	2	2	3	1	31	22.5	18	71.5
6	2	3	1	2	17	23	18.5	58.5
7	3	1	3	2	34	24	17	75
8	3	2	1	3	24	30	16	70
9	3	3	2	1	30	37.5	17.5	85
K1	111.5	167	164.5	192.5				
K2	186	173.5	173	165.5				
K3	230	187	190	169.5				
R	118.5	20	25.5	27				

(上接第 4 页)

通过体位干预、放松训练与康复锻炼，可有效预防肌肉萎缩、关节挛缩，提高患者肢体协调性^[3]，在改善肌力的同时，还能够提升患者运动功能，改善其生存质量，在此基础上，循序渐进实施日常生活训练，可促进患者日常生活能力恢复，继而改善其预后。

综上，在脑卒中偏瘫患者中实施综合康复治疗，可优化康复疗效，促进神经功能恢复，提升患者生存质量，改善患者运动功能和日常生活状况。

参考文献

[1] 余贡献, 郑宏政. PNF 技术及 Bobath 技术在脑卒中偏瘫患者康复治疗中的效果比较 [J]. 健康研究, 2021, 41(06):699-701+706.

[2] 宋云锋. 脑卒中偏瘫痉挛早期康复治疗中手指点穴对患者肢体运动功能及痉挛症状的改善分析 [J]. 基层医学论坛, 2021, 25(08):1126-1128.

[3] 魏海棠, 彭涛, 杨珺, 等. 基于三维运动分析系统的运动想象疗法在脑卒中偏瘫康复治疗中的应用研究 [J]. 中外医学研究, 2020, 18(35):173-175.

[4] 冯晴, 余晓峰, 王大鹏, 等. 超声电刺激结合目标设置理念下康复训练治疗对脑卒中偏瘫患者周围神经电生理学和形态学的影响 [J]. 实用医院临床杂志, 2020, 17(06):57-61.

[5] 陈颖, 郝淑燕, 王丛笑, 等. 早期综合康复治疗对脑卒中偏瘫患者周围神经电生理学和形态学的影响 [J]. 卒中与神经疾病, 2020, 27(05):658-661.