

度分级均较治疗前明显提高,且观察组更优于对照组(均 $P < 0.05$)。见表1。

表1 2组治疗前后洼田饮水试验及吞咽障碍程度分级比较 例

组别	n	时间	洼田饮水试验(级)					吞咽障碍程度			
			1	2	3	4	5	正常	轻度	中度	重度
观察组	30	治疗前	0	3	6	9	12	0	3	15	12
		治疗后	6	12	6	4	2	6	18	4	2
对照组	30	治疗前	0	2	9	10	9	0	4	15	11
		治疗后	2	10	8	6	4	4	10	10	6

2组与治疗前比较, $P < 0.05$; 治疗后2组间比较, $P < 0.05$

3 讨论

吞咽障碍是脑卒中后常见的并发症,严重影响患者生活质量,若不及时治疗,错失功能恢复的最佳时机,将有可能导致终身鼻饲饮食,容易引起误吸、食管反流,胃肠功能紊乱等并发症,严重影响患者生活质量。因此,脑卒中后吞咽障碍的治疗越来越受到临床重视。目前对脑卒中后吞咽障碍的治疗多采用吞咽功能训练,可以加强舌肌及咀嚼肌的运动功能,提高与吞咽有关肌肉的协调性,提高神经兴奋性,发挥脑的可塑性。中枢神经系统在结构和功能上具有高度的可塑性,这是一切康复治疗能够发挥作用的基础,也是电刺激治疗吞咽障碍的理论基础^[6]。神经肌肉电刺激是利用一定强度的电流通过预设程序刺激咽部肌肉,主要激活咽部、舌肌、口轮匝肌及面颊部肌肉,诱发肌肉运动或模拟正常的自主运动模式,以达到改善被刺激肌肉的目的,同时电流通过神经反射作用于脑,促进中枢

神经系统相应区域功能重建^[7]。其发放的低频脉冲电流既能保证一定强度的反复刺激,又能避免肌肉强直收缩。本研究结果显示,将神经肌肉电刺激与吞咽训练相结合,较单独用吞咽功能训练治疗脑卒中后吞咽障碍效果更佳,观察组患者改善较对照组更为明显。综上所述,神经肌肉电刺激配合吞咽功能训练能有效改善治疗脑卒中后吞咽障碍。

【参考文献】

- [1] Perry LL, Love CP. Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review[J]. *Dysphagia*, 2001, 16(1): 7-18.
- [2] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管病诊断要点[J]. *中华神经科杂志*, 1996, 29(6): 379-380.
- [3] 孙伟平. 115例急性脑卒中患者标准吞咽功能评估[J]. *中国康复理论与实践*, 2006, 12(4): 282-284.
- [4] 伍少玲, 燕铁斌, 马超, 等. 神经肌肉电刺激结合功能训练改善脑卒中后吞咽障碍的临床疗效观察[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2007, 29(8): 537-539.
- [5] 王相明, 李光宗, 詹成, 等. 神经肌肉电刺激对脑卒中后吞咽障碍的影响[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2010, 32(1): 26-29.
- [6] 李红玲, 王志红, 吴冰洁, 等. 脑卒中患者的摄食-吞咽障碍[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2002, 24(5): 279-281.
- [7] 姜昭, 王亚平, 郭承承. 神经肌肉电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2012, 34(5): 357-360.

骨盆运动训练对偏瘫患者平衡及运动功能的影响

李德权, 杨传东, 张秀萍, 王庆

【摘要】 目的: 观察强化骨盆运动训练对脑出血偏瘫患者平衡功能、下肢运动功能的影响。方法: 脑出血偏瘫恢复期患者72例, 随机分成观察组和对照组各36例。2组均进行常规康复训练, 观察组增加骨盆运动训练。结果: 治疗2周后, 2组平衡功能评分均较治疗前明显提高 ($P < 0.01$), 2组间比较差异无统计学意义; 治疗4周后观察组平衡功能评分显著高于对照组 ($P < 0.01$), 2组下肢运动功能评分均明显高于治疗前 ($P < 0.01$), 且观察组高于对照组 ($P < 0.05$); 治疗8周后, 观察组下肢运动功能评分显著高于对照组 ($P < 0.01$), 2组功能性步行分级均较治疗前明显提高 ($P < 0.01$), 且观察组功能性步行分级 ≥ 3 级的患者较对照组明显增加 ($P < 0.05$)。结论: 强化骨盆运动训练在改善脑出血偏瘫患者平衡功能和下肢运动功能方面具有较好的疗效。

【关键词】 骨盆运动训练; 平衡功能; 下肢运动功能; 偏瘫

【中图分类号】 R49; R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2013.03.008

收稿日期: 2013-01-07

作者单位: 一汽总医院绿园住院部康复科, 长春 130062

作者简介: 李德权(1967-), 男, 主治医师, 主要从事脑血管疾病的康复方面的研究。

在脑卒中偏瘫的康复训练过程中, 治疗师通常重视躯干、上下肢训练, 忽略骨盆运动训练。本文拟观察强化骨盆运动训练对脑出血偏瘫恢复期患者平衡功

能、下肢运动功能的影响,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011年6月~2012年6月在我科住院的脑出血偏瘫恢复期患者72例,均符合全国第四届脑血管病会议制定的诊断标准,均首次发病。脑出血部位在大脑皮质或基底节区^[1],出血量30~40ml。72例患者随机分成2组各36例,①观察组,男22例,女14例;平均年龄(56.01±2.33)岁;平均病程(14.01±1.84)d;左侧偏瘫20例,右侧16例。②对照组,男24例,女12例;平均年龄(54.93±2.91)岁;平均病程(13.44±1.31)d;左侧偏瘫19例,右侧17例。2组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 2组患者均进行常规康复训练,以Brunnstrom技术为训练要点,以运动再学习疗法为辅助训练项目^[2],每次45min,每日2次,每周5d。观察组增加骨盆运动训练,包括2个方面,①骨盆相对躯干的运动训练:骨盆前屈、后伸训练,患者侧卧在治疗床上,治疗师牵拉或屈曲患者双下肢至最大后伸位或前屈位,嘱患者双下肢并列作最大限度的屈髋屈膝或伸髋伸膝动作,骨盆前屈或后伸作为协同运动相应完成^[3];骨盆左、右倾训练,患者仰卧位,屈髋屈膝60°~80°,双足并列固定在床面上,治疗师一只手固定患足,另一只手握持同侧髂嵴,协助患者左右扭摆骨盆;骨盆左、右旋转训练,患者侧卧在治疗床上,双下肢并列,同时屈髋屈膝90°,借助臀部软组织曲面向对侧旋转骨盆,治疗师一侧前臂和手横向托住患者双膝后面,另一只手握持双踝前面,施加转动动力矩协助患者旋转骨盆。②骨盆相对双下肢的运动训练:骨盆左、右移训练,患者双足并列位站立,治疗师一只手固定在患者肩部上方,另一只手握持对侧髂嵴,引导躯干、骨盆一起左、右移动,移动范围3~4cm;骨盆前、后倾训练,患者双足并列位站立,治疗师双手挟持患者两大腿大转子下方,嘱患者躯干、骨盆一起后伸45°或前屈90°。每次15min,每日1次,每周5d。

1.3 评定标准 采用Fugl-Meyer评测量表评定患者平衡功能和下肢运动功能^[4],Holden功能性步行分级评定患者步行功能^[5]。

1.4 统计学方法 采用SPSS 14.0统计软件进行分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,t检验;计数资料采用百分率表示, χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

Fugl-Meyer平衡功能评分比较:治疗2周后,2组

均较治疗前明显提高($P < 0.01$),2组间比较差异无统计学意义;治疗4周后观察组显著高于对照组($P < 0.01$)。下肢运动功能评分比较:治疗4周后,2组均明显高于治疗前($P < 0.01$),且观察组高于对照组($P < 0.05$);治疗8周后,观察组显著高于对照组($P < 0.01$)。功能性步行分级比较:治疗8周后,2组均较治疗前明显提高($P < 0.01$),且观察组功能性步行分级 ≥ 3 级的患者较对照组明显增加($P < 0.05$)。见表1~3。

表1 2组治疗前后Fugl-Meyer平衡功能评分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	治疗前	治疗后(周)	
			2	4
观察组	36	7.78±1.04	9.56±1.44 ^a	12.56±0.69 ^{ab}
对照组	36	8.00±0.88	9.00±1.26 ^a	10.44±0.84 ^a

与治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组比较,^b $P < 0.01$

表2 2组治疗前后Fugl-Meyer下肢运动评分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	治疗前	治疗后(周)	
			4	8
观察组	36	14.33±2.24	19.61±2.78 ^{ab}	28.33±2.41 ^{ac}
对照组	36	13.78±2.34	17.89±2.92 ^a	21.65±2.87 ^a

与治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组比较,^b $P < 0.05$,^c $P < 0.01$

表3 2组治疗前后功能性步行分级比较 例(%)

组别	n	治疗前		治疗8周后	
		<3级	≥ 3 级	<3级	≥ 3 级
观察组	36	33(91.67)	3(8.33)	16(44.44) ^{ab}	20(55.56) ^{ab}
对照组	36	36(100.00)	0	24(66.67) ^a	12(33.33) ^a

与治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组比较,^b $P < 0.05$

3 讨论

骨盆运动形式相对复杂,涉及多个关节。人体通过骨盆相应的运动形式调节重力平衡、执行重要的运动功能^[6]。人体通过骨盆的前倾、后倾运动调节前后重力平衡;通过骨盆的左移、右移运动调节左右重力平衡。人体坐位和站立位的转换依靠骨盆前屈、后伸运动的支持;人体行走依靠骨盆旋转、左右倾、左右移运动的支持。强化骨盆运动训练对脑出血偏瘫的康复具有重要意义。

骨盆运动训练适合脑出血偏瘫早期运动功能评级较低开始治疗,人体躯干肌肉受双侧锥体束支配,即使是在偏瘫早期,仍存在相应的肌力,足以支持骨盆运动。骨盆运动训练直接作用于腰骶椎间关节、髋关节和关节周围的肌肉,借助躯干下部、骨盆、双下肢组合的正常运动模式促进患侧下肢运动功能的恢复。本文结果显示,康复训练4周后2组患者平衡功能评分均明显提高,且观察组平衡功能优于对照组,观察组Fugl-Meyer平衡功能评分接近正常标准。8周后2组患者下肢运动功能评分及功能性步行分级均显著提

高,且观察组更优于对照组。由此可见,强化骨盆运动训练在改善脑出血偏瘫患者平衡功能和下肢运动功能方面具有较好的疗效。与以往报道一致^[7-9]。

【参考文献】

- [1] 中华神经科学会,中华神经外科学会. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [2] 陈兆聪,黄真. “运动再学习”疗法在脑卒中康复治疗中的应用[J]. 中国康复医学杂志,2007,22(11):1053-1056.
- [3] 刘钦刚译. 实用PNF技术治疗[M]. 云南:云南科技出版社,2003,192-193.
- [4] 王玉龙. 康复功能评定学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008,460-462.
- [5] Holden MK, Cill KM, Magliozzi MR, et al. Clinical gait as-

essment in the neurologically impaired: reliability and meaningfulness[J]. Phys Ther, 1984, 64(1):35-40.

- [6] 杨克勤. 脊柱疾患的临床与研究[M]. 北京:北京出版社,1993,629-629.
- [7] 侯来永,谢欲晓,孙启良. 骨盆控制能力训练对偏瘫患者步态和步行能力的影响[J]. 中国康复医学杂志,2004,19(12):907-909.
- [8] 缪亚萍,杨红专,许继旭,等. 强化骨盆与躯干功能控制训练对脑卒中偏瘫患者运动能力的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志,2011,33(4):286-288.
- [9] 廖亮华,江兴妹,叶志卫,等. 早期躯干与骨盆控制训练对偏瘫患者运动功能的影响[J]. 中国康复医学杂志,2011,26(5):445-448.

电刺激治疗对脑卒中后抑郁的影响

周园园¹, 宗丽春²

【摘要】 目的:探讨电刺激治疗对脑卒中后抑郁的康复疗效。方法:脑卒中后抑郁患者60例,随机分为观察组和对照组各30例,2组均给予西酞普兰等药物治疗,观察组同时给予电刺激治疗。治疗前后分别采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)和汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17)进行评定。结果:治疗6周后,2组患者NIHSS和HAMD评分均较治疗前明显降低($P<0.05, 0.01$),且观察组更低于对照组(均 $P<0.01$)。结论:电刺激治疗对脑卒中后抑郁有较好的疗效。

【关键词】 脑卒中;抑郁;电刺激治疗;康复

【中图分类号】 R49;R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2013.03.09

脑卒中后抑郁症(post-stroke depression, PSD)是脑卒中后出现的常见并发症之一,发生率高达30%~50%^[1]。积极改善抑郁症状有利于脑卒中的康复^[2]。本文拟探讨电刺激治疗对PSD的影响,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011年10月~2012年12月在我院住院的脑卒中后抑郁症患者60例,均符合第四届全国脑血管病会议制订的诊断标准及脑卒中后抑郁的诊断标准^[3-4],汉密尔顿抑郁量表(Hamilton rating scale for depression, HAMD)前17项评分的总分 ≥ 17 分^[4]。60例患者随机分为2组各30例,①观察组,男17例,女13例;平均年龄(59.4 \pm 3.5)岁;平均病程

(1.2 \pm 0.5)年;脑梗死21例,脑出血6例,脑梗死合并脑出血3例;右侧肢体瘫痪20例,左侧8例,双侧2例。②对照组,男16例,女14例;平均年龄(60.1 \pm 4.2)岁;平均病程(1.4 \pm 0.5)年;脑梗死19例,脑出血7例,脑梗死合并脑出血4例;右侧肢体瘫痪19例,左侧8例,双侧3例。2组患者一般资料比较差异均无统计学意义。

1.2 方法 2组患者均给予西酞普兰治疗。按递增法口服给药,初始剂量为10mg/d,并视病情渐加至30mg/d,早晨顿服,入睡困难者可加用苯二氮卓类药物,不合用其他抗精神病药物。观察组在此基础上,加用电刺激治疗:采用YS-3002C型电刺激治疗仪,刺激部位为小脑顶核。电极置于患者两侧乳突,输出电流有效值1mA,频率130%~200%,强度70%~100%,20min,每天1次。

1.3 评定标准 治疗前后进行神经功能和抑郁情绪评价。①美国国立卫生研究院卒中量表(National Institute of Health stroke scale, NIHSS)^[5],包括觉醒水

收稿日期:2013-03-23

作者单位:1. 无锡市精神卫生中心心理科,江苏 无锡 214151;2. 无锡市同仁康复医院康复科,江苏 无锡 214151

作者简介:周园园(1983-),女,护士,主要从事心理康复方面的研究。

通讯作者:宗丽春。