

癫痫术后患者早期康复治疗探讨

杨远滨^a,倪端宇^b,胡永生^b,肖娟^a,王卓^a,朱琳^a,张国君^b

【摘要】 目的:探讨难治性癫痫术后早期康复介入的可行性和安全性。方法:应用回顾性研究方法,选取我院难治性癫痫术后早期康复治疗患者 40 例作为观察组,并选取同时期难治性癫痫术后未行早期康复治疗的患者 40 例作为对照组。治疗前后,统计 2 组生命体征(体温、呼吸、脉搏、血压)、手术伤口愈合及疼痛、癫痫发作、功能恢复情况进行比较,并统计康复介入时机进行分析。结果:治疗 7d 后,2 组体温、脉搏、呼吸、血压比较差异均无统计学意义;2 组伤口未愈且有疼痛患者比率、癫痫发作率均较治疗前明显降低($P<0.05$),2 组间比较差异无统计学意义。治疗 10d 后,2 组肢体运动、言语、认知评分均较治疗前明显提高($P<0.05$),且观察组较对照组肢体运动功能改善更明显($P<0.05$)。2 组术后康复介入时间统计,大多术后康复介入时间都在 14d(85.0%)。结论:癫痫术后患者早期康复介入是安全的,时间可于术后 2 周内开始。

【关键词】 癫痫;手术;早期康复

【中图分类号】 R49;R742.1 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2014.03.008

Early rehabilitation intervention on patients after epilepsy surgery YANG Yuan-bin, NI Duan-yu, HU Yong-sheng, et al. Department of Rehabilitation Medicine, Xuanwu Hospital of Capital Medical University, Beijing 100053, China

【Abstract】 Objective: To explore the feasibility and safety of early rehabilitation intervention on patients after refractory epilepsy surgery. Methods: Retrospective method was applied in this study. Forty rehabilitation cases of epilepsy surgery were collected as observation group, and 40 epilepsy patients after surgery without rehabilitation as control group. All data including vital signs, surgical wound and pain, epileptic seizure, and rehabilitation efficacy were summarized and compared between two groups. Rehabilitation intervention time in rehabilitation group was analyzed alone. Results: After treatment for 7 days, there were no significant differences between two group in the vital signs. The rate of wound un-healing with pain and rate of epileptic seizures in both groups were declined obviously ($P<0.05$), but there was no significant difference between two groups. After treatment for 10 days, the motor, speech, and cognition function scores in both groups were increased as compared with pretreatment ($P<0.05$), more significantly of motor score in observation group than in control group ($P<0.05$). The patients with rehabilitation intervention time of 14 days accounted for 85.0%. Conclusion: Rehabilitation treatment in the earlier stage after epilepsy surgery is safe for patients. The start-up time is appropriate in two weeks.

【Key words】 epilepsy; surgery; early rehabilitation

癫痫是仅次于脑血管病的第二高发疾病,有 30%~40% 属于药物难治性癫痫,其中 50% 适于外科手术[1]。目前,手术能使 80% 的癫痫发作得到有效控制,而手术治疗的效果主要取决于病例及术前致痫灶的准确定位[2],尽管近些年有脑电图、脑磁图以及神经影像技术辅助[3-8]。但毕竟大脑网络系统复杂,手术不可避免会带来神经系统损伤,导致术后部分患者出现各种功能障碍[9-10]。康复治疗的早期介入成为必要,本文对此进行探讨,以为临床提供参考。

收稿日期:2014-04-24

作者单位:首都医科大学宣武医院 a. 康复医学科;b. 功能神经外科,北京 100053

作者简介:杨远滨(1967-),女,副主任医师,副教授,主要从事神经康复、骨关节病康复、疼痛康复方面的研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料 应用回顾性研究方法,选取我院 2011 年 2 月~2014 年 2 月难治性癫痫术后早期康复治疗患者 40 例作为观察组,并选取同时期难治性癫痫术后未行早期康复治疗的患者 40 例作为对照组。每组男 28 例,女 12 例。①观察组:平均年龄(18.10 ± 8.09)岁;病程(9.62 ± 6.36)年;偏瘫 38 例,失语 16 例,认知功能障碍 30 例。②对照组:年龄(18.60 ± 8.55)岁;病程(11.39 ± 6.52)年;偏瘫 38 例,失语 15 例,认知功能障碍 30 例。2 组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 早期康复治疗的措施:①肢体功能训练。

术后软瘫期,患者卧床时,良姿位的摆放、维持关节活动度,在床上移动以及床上翻身训练,辅以本体感觉神经肌肉促进技术(Proprioceptive neuromuscular facilitation,PNF)及电刺激疗法。进一步开始进行由卧到坐、由坐到站的转移训练,最后据功能改善情况训练步行。出现痉挛患者以 Bobath 治疗法为主,每天 0.5~1h。②言语治疗。采取 Schuell 刺激疗法,治疗师从听觉、视觉、触觉等多途径输入刺激,引出和强化患者的正确反应,反复刺激并逐步增加和控制任务难度。训练任务及治疗计划的选择大都参照受损语言模式、失语类型及程度确定。每次 1h。③认知障碍训练。利用删除作业方法训练患者注意力和半侧空间失认;利用日期和地点练习患者时间和地点的定向力;利用拼凑图案、画图,训练半侧空间失认和结构性失用;利用图片、日常生活活动记忆训练记忆能力;利用数字游戏或作业等综合练习训练计算力;利用数字排列训练、物品分类训练等训练综合分析能力。每次 30min。

1.3 评定标准 ①统计生命体征(体温、呼吸、脉搏、血压)变化。②比较手术伤口愈合及疼痛、癫痫发作情况。③功能评定:采取 Fugl-Meyer 简易量表评价运动功能;采取西方成套失语症测试(Western Aphasia Battery,WAB)中的失语商(aphasia quotient,AQ)评价言语功能,AQ<93.8分为失语^[11];采用简易精神状态检查表(Minimum Mental State Examination,MMSE)评价认知功能,满分30分,评分越低,认知功能越差。④统计观察组每位患者术后康复的介入时间并总结分析。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 13.0 统计学软件进行分析,计数资料用百分率表示, χ^2 检验或秩和检验;计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组生命体征情况比较 治疗 7d 后,2组体温、脉搏均明显低于治疗前($P<0.05$);而呼吸、血压治疗前后比较差异没有统计学意义。治疗后 2组间各指标差异均无统计学意义。见表 1。

2.2 2组伤口愈合及疼痛、癫痫发作情况比较 治疗前,观察组和对照组伤口未愈且有疼痛患者例数分别为 7 例(17.5%)和 6 例(15.0%),治疗后分别为 1 例(2.5%)和 0 例;治疗后,2组伤口未愈且有疼痛患者比率均较治疗前明显降低($P<0.05$),2组间比较差异无统计学意义。治疗前,观察组和对照组癫痫发作例数分别为 11 例(27.5%)和 12 例(30.0%),治疗后分别为 3 例(7.5%)和 2 例(5.0%);治疗后,2组癫痫发

作率均较治疗前明显降低($P<0.05$),而 2组间比较差异无统计学意义。

2.3 2组功能改善情况比较 治疗 10d 后,2组肢体运动、言语、认知评分均较治疗前明显提高($P<0.05$),且观察组较对照组肢体运动功能改善更明显($P<0.05$),言语、认知评分差异无统计学意义。见表 2。

2.4 观察组康复介入时间统计分析 患者中最早术后 3d 开始康复介入,最晚 26d 开始介入。7d 之内的 19 例(47.5%),7~14d 的 15 例(37.5%),14d 以上的 6 例(15.0%)。大多术后康复介入时间都在 14d 内(85.0%)。

表 1 2组治疗前后生命体征情况比较

组别	时间	体温(°C)	呼吸(次/min)	脉搏(次/min)	血压(mmHg)
观察组 (n=40)	治疗前	37.26±0.72	18.48±1.38	85.30±7.13	107.70±12.09
	治疗后	36.82±0.44 ^a	18.54±0.80	83.53±5.08 ^a	107.58±10.30
对照组 (n=40)	治疗前	37.20±0.69	18.48±1.28	85.35±7.00	107.73±12.00
	治疗后	36.80±0.44 ^a	18.50±0.90	83.60±5.15 ^a	107.88±10.46

与组内治疗前比较,^a $P<0.05$

表 2 2组治疗前后肢体运动、言语及认知功能评分比较

组别	n	时间	肢体运动	言语	认知
观察组	40	治疗前	69.37±12.20	58.40±4.51	17.43±3.28
		治疗后	79.74±1.98 ^a	69.79±19.34 ^a	19.53±4.34 ^a
对照组	40	治疗前	69.42±13.59	57.53±7.24	17.53±3.40
		治疗后	72.79±16.13 ^{ab}	62.39±11.54 ^a	18.65±4.59 ^a

与治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组比较,^b $P<0.05$

3 讨论

癫痫术后患者均出现不同程度、不同种类的功能障碍,即偏瘫、失语、吞咽障碍、认知功能障碍、情感障碍等,有的独立存在、有的合并存在,造成患者新的身心痛苦及家属对手术的认可程度降低,这使康复的介入成为必然且显得尤为重要。然而,如何选择康复的时机?即何时介入?康复介入的安全性如何?通过上述对多年的临床数据统计显示:康复治疗介入前后患者一般生命体征无明显变化,甚至体温和脉搏较康复治疗前更趋于正常和稳定。手术伤口愈合及疼痛情况在康复 7d 后基本所有病例愈合良好、疼痛消失,并未因康复介入而加重或受到影响。尽管进行致痫灶的切除,但是术后患者仍可能癫痫发作,并需配合服药加以控制,康复训练不恰当可能使发作更频繁,但本文统计的病例中,治疗后患者癫痫发作的病例数较治疗前明显减少,与对照组比较无明显差异。对康复介入时间的统计显示大部分病例(85.0%)是术后 7d 内或 7~14d 内开始康复治疗的。所以综合以上资料分析可看出康复治疗训练是安全的,并且可以早期介入,7d 内

或7~14d内即可开始,部分患者术后26d开始是因为患者出现颅内感染的情况,所以推迟康复介入。

康复介入的效果如何呢?数据统计显示2组治疗10d后运动、言语、认知功能均较治疗前明显改善,说明手术后患者大脑仍有一定的自我修复能力,且随着水肿的消退,功能也会进一步好转。观察组仅肢体运动改善较对照组更显著,言语及认知功能较对照组改善不明显,这可能与样本量较小有关,此外还与患者长期口服抗癫痫药物对大脑的抑制损害、手术创伤,康复时间长短有关。国外目前对癫痫术后认知功能的恢复研究较关注,有报道对术后认知功能训练改善记忆功能,并考虑应该进行术前康复训练,尽管研究表明术前康复与术后康复比较无差异,但是术前康复能否抵消手术造成记忆功能减退值得深入研究^[12]。还有学者提出癫痫术后康复的心理社会框架,以此提高患者术后社会适应,提高生活质量^[13]。

综上所述,我们总结几点体会:严格掌握适应症及禁忌症;治疗前了解手术的部位、病灶切除的范围,预估可能的功能障碍;与手术医师沟通了解术后的可能并发症;详细查体,全面评估功能障碍的种类和程度,据患者情况制定可行性康复方案;风险控制,对康复过程中可能出现的风险进行预测和评估,制定应对措施加以避免。只有做到以上几点,才能保证康复治疗的安全性,并可以早期介入且收到满意的效果,使患者及家属满意。今后还应专门对术后康复治疗的方法及效果进行深入探讨和研究。

【参考文献】

- [1] 姜平阳,张建国. 难治性癫痫的术前评估及手术治疗[J]. 立体定向和功能神经外科杂志,2008,21(3):176-181.
- [2] 万衡,王伟,雷町,等. 难治性癫痫手术效果评判时限[J]. 立体定向和功能神经外科杂志,2006,19(6):347-350.
- [3] Nordli DJ. Usefulness of video-EEG monitoring[J]. Epilepsia,2006,47(Suppl 1):26-30.
- [4] Lai Y, van Drongelen W, Hecox K, et al. Cortical activation mapping of epileptiform activity derived from interictal ECoG spikes[J]. Epilepsia,2007,48(2):305-314.
- [5] Lemieux L, Salek-Haddadi A, Josephs O, et al. Event-related fMRI with simultaneous and continuous EEG: description of the method and initial case report[J]. Neuroimage,2001,14(3):780-787.
- [6] Salek-Haddadi A, Friston KJ, Lemieux L, et al. Studying spontaneous EEG activity with fMRI[J]. Brain Res Brain Res Rev,2003,43(1):110-133.
- [7] Makela JP, Forss N, Jaaskelainen J, et al. Magnetoencephalography in neurosurgery[J]. Neurosurgery,2006,59(3):493-510,510-511.
- [8] 吴湖炳,王全师,王明芳,等. 18F-FDG PET显像对致痫灶的定位及在外科治疗中的价值[J]. 中华核医学杂志,2006,26(2):69-72.
- [9] Schramm J, Delev D, Wagner J, et al. Seizure outcome, functional outcome, and quality of life after hemispherectomy in adults[J]. Acta Neurochir (Wien),2012,154(9):1603-1612.
- [10] Ponds RW, Hendriks M. Cognitive rehabilitation of memory problems in patients with epilepsy[J]. Seizure,2006,15(4):267-273.
- [11] 王荫华. 西方失语症成套测验(WAB)介绍(二)[J]. 中国康复理论与实践,1997,3(3):135-140.
- [12] Koorenhof L, Baxendale S, Smith N, et al. Memory rehabilitation and brain training for surgical temporal lobe epilepsy patients: a preliminary report[J]. Seizure,2012,21(3):178-182.
- [13] Sarah JW, Peter FB, Michael MS. The burden of normality: A framework for rehabilitation after epilepsy surgery[J]. Epilepsia,2007,48(Suppl 9):13-16.

声明

最近,本编辑部收到作者反映或向本编辑部查询,有网络不法分子冒名本编辑部,向广大作者行骗,诈取版面费。不法分子伪造了一个与《中国康复》编辑部非常相似的网站,网址为 <http://www.zgkfyx-zz.com>,并通过邮箱 zgkfzz@163.com 与作者联系,通知交版面费,并给予盖有伪造的《中国康复》公章的录用通知。

在此,本刊特别声明:《中国康复》编辑部均为网站投稿系统投稿,不接受邮箱投稿方式!本编辑部收取任何费用都是通过邮局按地址汇款!如有任何疑问,请联系本编辑部。网址: <http://www.zgkfzz.com>; E-mail: kfk@tjh.tjmu.edu.cn; 电话:027-83662686; 汇款地址:武汉市解放大道1095号《中国康复》编辑部,邮政编码:430030。

《中国康复》编辑部