

运动康复疗法应用在脑卒中康复治疗中的临床效果

白相然

郑州澍青高等医学专科学校 472000

摘要:目的:分析运动康复疗法应用效果。方法:研究对象:本院100例脑卒中患者,时间:2020年06月—2021年06月,分组方式:随机颜色球抽取法,分为两组,参照组(行常规康复治疗)和研究组(行运动康复治疗),各50例,比较应用效果。结果:研究组FMA(运动能力)、MBI(生活能力)评分均高于参照组($P < 0.05$),有效率高于参照组($P < 0.05$)。结论:行运动康复临床效果更好,改善脑卒中患者运动功能、生活能力,增强治疗效果,促进病情转归,具有推广价值。

关键词:运动康复;脑卒中;运动功能;生活能力;有效率

脑卒中较为常见,起病急,病情隐匿,进展快,预后差,后遗症多,其中以偏瘫最为常见,脑卒中所致偏瘫患者行动功能明显受限,同时存在不同程度意识障碍,严重影响患者生活质量,因此康复治疗对恢复患者正常行动功能至关重要。针灸与运动疗法是临床常用的两种康复方式,效果显著,对提高患者生活能力起到了积极作用^[1]。基于此,本文以本院患者为例,对不同康复疗法进行了探讨,现阐述如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

研究对象:本院100例脑卒中患者,时间:2021年04月—2022年04月,分组方式:随机颜色球抽取法,分为两组,参照组(行常规康复治疗)和研究组(行运动康复治疗),各50例。其中参照组男性28例,女性22例;最小46岁,最大86岁,平均年龄为(68.15±1.18)岁;脑出血、脑梗死、脑血栓分别为20例、20例、10例;左侧偏瘫30例,右侧偏瘫20例。研究组男性27例,女性23例;最小47岁,最大87岁,平均年龄为(68.18±1.19)岁;脑出血、脑梗死、脑血栓分别为21例、19例、10例;左侧偏瘫31例,右侧偏瘫19例。基本资料无较大差异($P > 0.05$),符合比较标准。

诊断标准:符合WHO^[2]中有关脑卒中疾病诊断标准;经影像学检查确诊;均存在不同程度认知障碍以及行为障碍等症状。

纳入标准:家属知情实验内容,监护人签署同意书;符合康复治疗指征。

排除标准:合并恶性肿瘤;合并阿尔茨海默病、抑

郁症等精神异常类疾病;合并严重脏器损伤类疾病。

1.2 方法

1.2.1 参照组

本组患者予以常规康复治疗:降低颅内压,预防并发症,采用针灸康复治疗,针灸穴位包括中渚穴、手三里穴、足三里穴、合谷穴、肩髃穴、肘髎穴等,采用直刺针灸法,确保合理深度,以一寸为宜,连接电针机,进行连续波治疗,每次治疗一小时,每天三次,连续治疗一个月,治疗过程中对患者肢体恢复能力进行评估,治疗后计算有效率,并与参照组进行对比。

1.2.2 研究组

本组患者予以运动康复治疗:

(1)体位干预:为预防肌肉痉挛等并发症,确保康复训练正常进行,需要指导患者保持良肢位,上肢伸展,下肢微屈,保持患侧上肢稳定,在搬动患者身体时,要避免患侧上肢受到牵拉,造成肌肉损伤。患者乘坐轮椅过程中,应注意患侧上肢的摆放,应放在轮椅内侧,避免造成肌肉拉伸。(2)肢体被动运动:针对行动障碍严重患者,予以被动性ROM康复训练,训练前指导患者放松身心,操作者面向患者,活动患者身体每个关节,此过程需要观察患者反应,评估患者耐受力,确定合理的活动力度和强度,抬起患者肢体时,需要操作者转移重心,减轻压力,活动关节主要包括肩关节、髋关节、肘关节、颈部、腕关节、踝关节等,做关节被动屈曲、伸展等运动,确保两侧关节活动量、力度一致,做好对比,在关节活动范围内训练,及时观察患者反应,如出现疼痛等不良反应,应停止训练,恢复后再行训练。每个关节活动次数在五到十次,结束后,恢复舒适体位,监测心率、血压等各项生命体征。其次,予以肢体被动康复训练,双手十指交叉,以健侧上肢为重心,带动患侧上肢,做上举动作,锻炼患侧上肢功能。(3)躯干核心肌力训练:指导并鼓励患者

作者简介:白相然,性别:男 出生年月:2000年10月,民族:汉,籍贯:河南省三门峡市,单位:郑州澍青高等医学专科学校,学历:专科,研究方向:康复治疗,运动康复。

翻身,用健侧肢体带动患侧肢体,开展半坐位、坐位训练,指导患者患侧上肢支撑于床面,健侧下肢屈曲,带动患肢慢慢抬起躯干,保持躯干核心力量,用健侧肢体作为支撑,独立完成半坐位,再逐渐向坐位训练过渡。开展桥式运动训练,锻炼腹部肌肉力量,提高躯体行动功能。

(4)主动运动训练:患者患肢能够主动抬起时,应着重纠正患者姿势,确保训练姿势正确,做上肢伸展运动时,手心向上,手腕抬高,下肢屈髋,做踝背屈动作,开展主动站立训练,控制膝关节不能弯曲,保持躯体直立,站立时间由短到长,直至患者独立站立十分钟,开展负重练习,锻炼肌力,提高下肢负重能力。开展行走锻炼,起初予以辅助,循序渐进,开展单腿负重、迈步康复训练,直到患者能够自主行走,逐渐恢复肢体运动功能。(5)日常生活康复训练:鼓励患者独立完成日常生活中的简单动作,例如穿衣、洗脸、用筷子等,予以肯定,增强患者信心,提高生活能力,予以语言功能训练,予以单音节、词汇、短句训练,鼓励患者说话,主动与患者沟通,寻找患者关心的话题,激发说话欲望,促进语言能力恢复,提高患者社会功能。

1.3 观察指标

1.3.1 对比治疗效果:判定标准,即患者肢体运动功能恢复至正常水平,能够自我管理,偏瘫等临床症状完全消失,有效:运动功能以及临床症状明显改善,自主管理能力明显好转,能独立完成简单动作,无效:行动障碍未恢复,症状无变化,甚至合并肌肉萎缩等并发症,有效率=(总例数-无效例数)*%^[3]。

1.3.2 对比运动功能、生活能力:FMA评分共100分,分数越高运动功能恢复情况越好,MBI评分共100分,分数与生活能力呈正比例关系,记录两组患者治疗前后数值变化^[4-5]。

1.4 统计学分析

采用SPSS18.0软件进行统计处理,采用方差同质性检验方法,变量资料以“*t*”计算用($\bar{x}+s$)示。定性数据用 χ^2 核实,以(%)表达。各组数据服从方差相同的正态分布, $P < 0.05$ 为有显著差异。

2 结果

2.1 比较治疗效果

研究组有效率高于参照组,组间差异明显($P < 0.05$)。详见表1。

表1 治疗效果[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
研究组	50	30	15	5	90.00
参照组	50	15	20	15	70.00
χ^2	/	/	/	/	6.250
<i>P</i>	/	/	/	/	0.012

2.2 生活质量评分组间比较

治疗前,两组患者FMA、MBI评分较低,无明显统计学意义,治疗后,两组FMA、MBI评分显著提升,研究组高于参照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 FMA、MBI评分组间比较[($\bar{x}+s$),分]

组别	例数	FMA评分		MBI评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	50	27.81±3.94	68.57±2.41	28.43±3.20	67.68±2.55
参照组	50	27.38±3.46	60.71±2.85	28.27±3.04	61.27±2.59
<i>t</i>	/	0.027	14.891	0.256	12.470
<i>P</i>	/	0.979	0.000	0.798	0.000

3 讨论

脑卒中病因复杂,通常认为与脑动脉闭塞、血流动力学改变、动脉血管狭窄及闭塞等因素有关,常见危险因素包括慢性基础疾病、肥胖、缺乏运动以及不良生活习惯等,因此科学预防至关重要^[6]。本次研究对针灸和运动康复治疗进行了对比,研究发现,运动康复治疗效果更加显著,针对脑卒中患者病情恢复起到了促进作用,针灸治疗通过对穴位的刺激,打通经络,促进血液循环,刺激大脑神经元,从而改善神经功能缺损,改善行动障碍等症状。而行动康复锻炼通过被动运动、主动运动、语言训练和日常生活训练等一系列措施,有利于形成新的神经通路,促进神经系统、语言系统和运动系统的重建,改善患侧肢体肌力,减少肌肉痉挛、萎缩等并发症,促进疾病转归,提高FMA、MBI评分,提高治疗总有效率。

综上所述,行运动康复临床效果更好,改善脑卒中患者运动功能、生活能力,增强治疗效果,促进病情转归,值得临床推广和借鉴。

参考文献:

- [1]谢庆,陈成斌.脑卒中患者运动康复疗效观察[J].深圳中西医结合杂志,2021,31(19):122-124.
- [2]陈莹,王雨露,金蕾,赵岳,卢琦.不同康复疗法对脑卒中偏瘫患者上肢运动功能和日常生活活动能力影响的网状meta分析[J].中国康复医学杂志,2021,36(9):1138-1145.
- [3]石锴,李红杏.常规康复治疗与运动康复疗法在脑卒中康复治疗中的应用研究[J].当代医学,2021,27(18):145-146.
- [4]杨红专,惠真珍.综合康复疗法治疗脑卒中后肩手综合征的效果观察[J].中国实用医药,2020,15(3):183-184.
- [5]冯宏然.有氧运动与常规康复治疗治疗脑卒中偏瘫患者临床观察[J].医学理论与实践,2020,33(7):1185-1187.
- [6]张华.针灸手法联合康复疗法治疗脑卒中偏瘫患者的效果分析[J].中外医疗,2020,39(5):164-166.