



Bobath 疗法结合强化引导治疗对脑卒中 后肢体运动功能障碍的疗效观察

郭光明¹, 顾伟²

(1. 阜阳职业技术学院, 安徽 阜阳 236031;
2. 安徽省阜阳市第六人民医院康复医学科, 安徽 阜阳 236000)

摘要:目的 观察 Bobath 疗法结合强化引导治疗在脑卒中后肢体功能障碍的临床疗效。方法 选取 72 例脑卒中后发生肢体运动功能障碍的患者, 采用随机数字表法分为对照组和实验组各 36 例, 对照组患者行 Bobath 治疗, 实验组患者行 Bobath 治疗结合强化引导治疗, 每天治疗 1 次, 共治疗 4 周。于治疗前后对两组患者进行美国国立卫生院卒中量表评分(NIHSS)、简化 Fugl-Meyer 运动功能评测表评分(FMA)及日常生活活动能力评定(采用改良 Barthel 指数, MBI)。结果 治疗前两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$), NIHSS、FMA、MBI 评分比较差异也无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后两组患者 NIHSS、FMA、MBI 评分比较存在显著性差异($P < 0.001$)。结论 Bobath 疗法结合强化引导治疗可以降低脑卒中患者的神经缺损程度, 改善患者的运动功能障碍, 并能提高患者的日常生活活动能力进而提高患者的生活质量。

关键词: Bobath 疗法; 强化引导治疗; 脑卒中; 运动功能障碍

中图分类号: R743 文献标识码: A 文章编号: 1001-5817(2019)06-0668-05
doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2019.06.018

Observation of the effect of Bobath therapy combined with intensive guided therapy on limb motor dysfunction after stroke

Guo Guangming¹, Gu Wei²

(1. Fuyang Vocational and Technical College, Fuyang 236031, Anhui, China;
2. Department of Rehabilitation Medicine, the Sixth People's Hospital of Fuyang, Fuyang 236000, Anhui, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of Bobath therapy combined with intensive guided therapy in the treatment of limb dysfunction after stroke. **Methods** We selected 72 patients with limb movement dysfunction after stroke and divided them into a control group and an experiment group by random number table method, each group included 36 cases. Patients in the control group received Bobath therapy, and patients in the experimental group received Bobath treatment combined with intensive guided treatment, once a day for 4 weeks. Before and after treatment, patients in the two groups were given National Institute of Health stroke scale (NIHSS) assessment, simplified Fugl-Meyer motor function assessment (FMA) and activities of daily living assessment [using modified Barthel index (MBI)]. **Results** Before treatment, there was no statistical difference in baseline data between the two groups ($P > 0.05$), and there were also no statistical differences in NIHSS, FMA and MBI scores ($P > 0.05$). There were statistically significant differences in NIHSS, FMA and MBI scores between the two groups after treatment ($P < 0.001$). **Conclusion** Bobath therapy

基金项目:安徽省教育厅 2019 年度高校科学研究项目自然科学重点项目(KJ2019A1023)

第一作者简介:郭光明(1985-),男,硕士,讲师,研究方向:运动疗法与理疗,E-mail:754379522@qq.com

combined with intensive guided therapy can reduce the degree of nerve defects in stroke patients, improve the motor dysfunction of patients, and improve the ability of daily life activities and thus improve the patients quality of life.

Key words: Bobath therapy; intensive guided therapy; stroke; motor dysfunction

脑卒中已经成为严重的致残疾病^[1],卒中发生后患者会出现不同程度的运动功能障碍、感觉障碍、认知障碍、言语障碍、心理障碍等多种并发症^[2-3],有些功能障碍显而易见,但有些功能障碍却无法观察,如患者可能会存在失认症、失用症、单侧忽略等知觉障碍^[4],这些问题常常不能被很好地认识,因此成为了影响患者其他功能障碍的潜在因素。知觉障碍的问题可能会导致患者进一步出现明显缺乏动机、无法抑制对某种刺激的直接反应、治疗活动不能延伸到日常生活中、肌张力增高、完成简单活动过度用力、明显失去主动性等问题,患者存在的知觉障碍已经是影响患者功能不可忽略的问题,本研究中笔者从改善患者知觉障碍的角度出发,通过对脑卒中后肢体运动功能障碍患者行Bobath疗法结合强化引导治疗,观察到患者肢体运动功能障碍改善较为显著,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取阜阳市第六人民医院从2018年3月—2019年5月收治的脑卒中患者72例,依据患者就诊的先后顺序采用随机数字表法将2018年3月—2018年9月治疗的36例患者作为对照组,将2018年10月—2019年5月收治的36例患者作为实验组。两组患者年龄、病程差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表1。

表1 两组患者一般资料比较

组别	性别 (男/女)	年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	病程 ($\bar{x} \pm s$, d)	类型	
				脑梗死	脑出血
对照组	23/13	64.64 ± 5.63	13.75 ± 5.79	30	6
实验组	20/16	63.78 ± 5.35	14.19 ± 5.26	28	8
χ^2/t	0.520	0.615	0.346	0.355	
P	0.471	0.542	0.732	0.551	

1.2 诊断标准 依据《各类脑血管疾病诊断要点(1995)》^[5]中的相关诊断标准,诊断为脑出血或者脑梗死,脑出血诊断标准如下:①多于体力活动或者进行劳动时发作;②发作时伴有头痛、高血压及反复性呕吐;③通常病情发展较为迅速,并伴有偏瘫、意识障碍及其他神经系统局灶性症状;④脑脊液穿刺多含血。脑梗死诊断标准如下:①多在安静时发作;②发病时通常无头痛及呕吐等症状;③病情进展较为缓慢,多和动脉粥样硬化有关;④脑脊液穿刺多不含血,并经CT或者MRI检查确认。

1.3 纳入标准与排除标准 纳入标准:经过上述临床诊断并确诊;年龄40~75岁,且为首次发病;病程处于发病后1~30 d内的患者入选;病情较为稳定,无其他严重并发症;愿意主动配合参与研究的患者。排除标准:非首次发病患者;病程>30 d患者;合并其他严重并发症如恶性肿瘤、心脏疾患、出血倾向疾病患者;有精神异常或者意识障碍不能完成研究的患者;其他情况不能配合完成研究的患者。

1.4 治疗方法 两组患者进行降脂、降压、扩张血管、改善脑部微循环等基础药物治疗,并根据患者情况进行基础性康复训练。

1.4.1 对照组 依据36例患者实际情况进行Bobath疗法治疗。对于仍处于迟缓期的患者行良肢位摆放、坐起训练、翻身训练、转移训练、上下肢ROM训练及坐位平衡训练等;对于处于痉挛期的患者行坐位和坐起训练、站起和坐下训练、站立和行走训练、上下台阶训练、跪立训练等;对于处于恢复期的患者行每日两次的正常步行训练及提高精细功能训练等^[6]。

1.4.2 实验组 36例患者除接受Bobath疗法治疗外,另外接受强化引导治疗,该治疗方法由院内“强化引导治疗小组”实施,该小组是由医生-治疗师-护士-家属组成的“24 h精细化管理”治疗团队,该治疗方法的理念如下:患者发生脑卒中后,会丧失一部分功能,功能丧失的根本原因在于中枢神经损伤,中枢神经损伤导致的知觉障碍是影响患者日常活动的重要因素,知觉障碍的存在会导致患者感觉与肉体分离,只强调某块肌肉的训练是不对的,帮助患者建立正确的运动感觉输入,促进患者正常运动功能模式的形成才是关键。帮助患者建立正确的运动感觉输入就是解决患者知觉障碍与学习的一个过程,因此通过对患者进行强化引导让患者充分活动和感觉,对患者进行正确的引导帮助,解决患者存在的实际困难,帮助患者完成完整的运动过程和步骤,让患者建立自我感知,让患者充分地学习,最终改善患者的知觉障碍。基本内容如下:①医生主要负责通过查房提出问题并进行引导性指导,治疗师根据医生提出的问题进行评估与引导性治疗,护士与患者家属全程参与治疗师与医生的引导性治疗过程,护士负责协助与指导家属对患者进行强化引导,家属负责非治疗时间外的引导帮助,医生-治疗师-护士-家属组成的“24 h精细管理”团队对患者一日的日常活动进行不断强化引导,帮助患者建立正确的感觉输

入;②活动方式的选择大多是基于日常生活活动的作业疗法,引导治疗过程中当治疗师或者护士发现患者处于某种困难情况时,应该通过引导帮助患者完成活动的过程,而不是替代患者做或者告知患者该怎么做,这样通过感觉和记忆,患者学到了必要的步骤。③引导治疗无论坐、卧、站立都可以进行,治疗师通过帮助患者建立正确的运动步骤让患者反复的进行训练,以促进患者建立正确的感觉输入,解决患者存在的实际困难。如切黄瓜训练,患者肢体不能独立完成,则要求治疗师对患者进行治疗性引导,帮助患者完成切黄瓜训练的过程,让患者感知正确的动作过程;护士和患者家属也要在看到患者出现活动困难时给予帮助性引导,如患者训练时轮椅被卡住了,护士或者家属应该抓住他的手并引导他将手放在轮圈上并推动轮椅;总之,无论患者面临的是什么样的活动,如床上翻身、穿衣服、洗脸和刷牙、如厕、吃早餐等,引导是帮助患者的最佳方式,通过不断的引导最终对治疗起到了强化的效果。

1.5 指标评定 ①神经功能缺损程度评定:采用美国国立卫生院脑卒中量表(NIH Stroke Scale, NIHSS)进行神经功能缺损程度评分^[7]。该量表包含意识水平、视野、面瘫、凝视、上肢运动、感觉、下肢运动、共济失调、忽视、语言、构音障碍 11 项内容,共 42 分,分值越高代表神经缺损越严重。②运动功能评定:采用简化 Fugl-Meyer 运动功能评分表法^[8]对患者肢体上下肢运动功能进行评分,该量表上肢功能评分分为 10 项,满分 66 分;下肢功能评分分为 7 项,满分为 34 分,分值越低代表运动功能障碍越严重。③日常生活活动能力评定:采用改良 Barthel 指数法(MBI)^[9]对患者日常生活活动能力进行评分,该量表内容包含进食、个人卫生、洗澡、穿衣、大小便控制等 10 项,共 100 分,评分 60 分以上代表基本生活自理,60 分以下意味着中度及以上功能障碍,分值越低代表功能障碍越严重。以上指标评定由特定的康复治疗师于治疗前后完成,需要进行相应动作的评定要求患者在治疗师的引导下配合完成相应的评定内容,需要填写的内容由治疗师根据患者实际情况及家属描述给予评定。

1.6 统计学方法 采用统计学软件 SPSS 22.0 对实验数据进行分析,计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间治疗后比较采用成组 t 检验,组内治疗前后比较采用配对 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后两组患者神经功能缺损程度比较 治疗前,两组患者 NIHSS 评分比较差异无统计学意义($P = 0.692 > 0.05$);治疗后,两组患者 NIHSS 评分比较差异有统计学意义($P < 0.001$);治疗前后,两组

患者组内 NIHSS 评分比较差异有统计学意义($P < 0.001$),见表 2。

表 2 两组患者 NIHSS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
对照组	36	18.28±3.78	13.94±2.85	15.382	<0.001
实验组	36	18.61±3.32	10.61±2.32	25.298	<0.001
t		0.397	5.444		
P		0.692	<0.001		

2.2 治疗前后两组患者上下肢运动功能比较 治疗前,两组患者上下肢 FMA 评分比较差异均无统计学意义($P_{\text{上肢}} = 0.052$ 、 $P_{\text{下肢}} = 0.562$);治疗后,两组患者上肢 FMA 评分比较差异有统计学意义($P < 0.001$)、两组患者下肢 FMA 评分比较差异有统计学意义($P < 0.001$);治疗前后,两组患者上肢组内 FMA 评分比较差异有统计学意义($P < 0.001$)、两组患者下肢组内 FMA 评分比较差异有统计学意义($P < 0.001$),见表 3、表 4。

表 3 两组患者上肢 FMA 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
对照组	36	33.44±4.91	44.53±4.88	25.251	<0.001
实验组	36	31.39±3.57	54.19±4.23	21.943	<0.001
t		2.030	8.978		
P		0.052	<0.001		

表 4 两组患者下肢 FMA 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
对照组	36	18.36±2.67	24.97±2.97	29.207	<0.001
实验组	36	18.72±2.58	27.81±2.03	28.868	<0.001
t		0.583	4.727		
P		0.562	<0.001		

2.3 治疗前后两组患者日常生活活动能力比较 治疗前,两组患者 MBI 评分比较差异无统计学意义($P = 0.845 > 0.05$);治疗后,两组患者 FMA 评分比较差异有统计学意义($P = < 0.001$);治疗前后,两组患者组内 FMA 评分比较差异有统计学意义($P < 0.001$),见表 5。

表 5 两组患者 MBI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
对照组	36	38.08±4.00	57.11±4.13	46.723	<0.001
实验组	36	37.92±3.16	65.50±4.84	47.396	<0.001
t		0.196	7.912		
P		0.845	<0.001		

3 讨论

脑卒中发生后患者会出现很多我们看得见的问题,如痉挛的肢体、失去运动功能的手、膝过伸、足背屈等^[10],于是针对患者出现的实际问题,治疗的精力大部分用于改善我们所能看到的问题上,如降低患者痉挛、改善患者手功能、促进足的运动等^[11-14]。实际上,脑卒中发生后患者存在的问题非常复杂,还有一些我们无法观察到的问题,知觉障碍就是其中之一,倘若我们无法认识患者观察不到的问题,只是针对我们能够观察到的问题进行康复治疗,康复效果可能不会太理想。

脑卒中后患者会出现肌张力增高,治疗中完成的活动无法延续到实际日常生活中,无法从患侧感知刺激,活动缺乏主动性或者缺乏动机,无法对之前的矫正给予记忆等问题。可见脑卒中后的并发症并不是只有偏瘫那么简单,而是患者的认知、记忆及行为都发生了改变,于是患者相应地表现出了失用、失认、单侧忽略等知觉障碍问题^[15];当患者无法感知到自己身体或者无法对日常活动进行正确认知的时候,上面提到的问题就实实在在发生了。也可以理解成:患者在脑卒中发生后除了我们能够看到的功能障碍外,患者在日常生活中也表现出了无法对活动形成正确的认知,会遇到各种实际困难,而患者自己又无法解决这些困难,因此患者需要学习、需要帮助、需要引导。

治疗的过程本身就是让患者充分学习与感知的过程,但我们的临床治疗工作存在时间短、患者治疗主动性不够、治疗与日常生活活动分离的特点,患者在住院治疗期间大部分时间处于家属陪护的“治疗空白期”,但这段“治疗空白期”却是真实生活情境下的状态,患者和家属每天进行了大量的基于 ADL 情景下的“无引导”自我复习治疗阶段,因此,倘若能在每天的 24 h 都能够对患者进行适当的帮助与引导,康复效果可能就会产生巨大的差异。于是,笔者们在临床工作过程中成立了由医生-治疗师-护士-家属组成的“四位一体”治疗团队,对患者进行全方位 24 h 立体的精细化临床治疗。

任何一个日常活动可以分解为几个动作,患者在完成日常活动时可能会存在动作遗忘及动作不当等困难,倘若不能够对患者日常活动中出现的动作异常进行及时引导与帮助,患者无法建立正确的感觉输入,无法对动作形成正确的认知,治疗可能会无法延续到日常活动中去。医生负责提出问题并制定引导治疗计划,治疗师负责引导治疗计划的实施与培训,护士负责定时的对患者进行引导与监督家属完成日常的引导性治疗,家属负责对患者日常活动中的引导与帮助,于是从医生到家属就组成了对全时间的强化引导治疗团

队。强化引导从患者日常活动的实际困难出发,帮助患者完成日常活动过程,不断加强患者的正确认知,直到患者自己能够完成独立的活动。

本研究中,通过对脑卒中后功能障碍患者行 4 周的在院强化引导治疗,治疗结果可以看到,治疗前后实验组 NIHSS、FMA、MBI 评分比较差异有统计学意义;治疗后,组间 NIHSS、FMA、MBI 评分比较差异有统计学意义。研究结果表明,Bobath 疗法结合强化引导治疗对脑卒中后患者肢体运动功能障碍改善显著,比单纯地应用 Bobath 疗法效果要好,分析原因可能与如下几点有关系:①对患者治疗期间真正实现了 24 h 的精细化管理,让患者有充分的机会与时间感知与学习,患者在感知与学习的时候逐步形成了知觉;②不只是从单块肌肉的治疗出发,而是从 ADL 活动中进行整体感知与引导治疗,切实从解决患者实际困难出发,引导患者建立正确的日常活动感觉输入,为患者中枢部位能够正确地输出奠定了基础;③从吃饭、穿衣、洗漱、如厕等日常活动中由医生、治疗师、护士、家属不断对患者进行引导性帮助,起到了强化作用,治疗效果发生了累积效应;④从患者脑卒中发生后看不见的问题——知觉障碍出发,通过引导性治疗帮助患者改善知觉障碍,让患者的运动与知觉更好地产生联系。

综上所述,对脑卒中后患者行 Bobath 疗法结合强化引导治疗,可以有效地改善患者神经缺损、提高患者的上下肢运动功能、增强患者的日常生活活动能力。但是在本次研究过程中,也存在研究周期过短、未进行随访、样本量较少、缺乏实验室指标与影像学数据支撑等不足,在以后的研究中会进一步改善。

参考文献:

- [1] 岑春兰. 脑卒中偏瘫患者早期康复护理现状[J]. 右江民族医学院学报, 2006, 28(5): 869-870.
- [2] 中华医学会神经病学分会神经康复学组, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组, 卫生部脑卒中筛查与防治工程委员会办公室. 中国脑卒中康复治疗指南(2011 完全版)[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(4): 301-308.
- [3] 吴江, 贾建平. 神经病学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 171.
- [4] 陈立典. 康复护理学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 166.
- [5] 中华医学会神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [6] 刘铭, 李芝慧, 马晖. 电针拮抗肌腧穴联合康复训练治疗脑卒中偏瘫痉挛的临床评价[J]. 针灸临床杂志, 2016, 32(5): 8-10.
- [7] Hinkle JL. Reliability and validity of the National Institutes of Health Stroke Scale for neuroscience nurses [J]. Stroke, 2014, 45(3): e32-e34.

- [8] 朱铺连,张皓,何静杰. 神经康复学[M]. 2版. 北京:人民军医出版社,2010:44,160.
- [9] 闵瑜,吴媛媛,燕铁斌. 改良 Barthel 指数(简体中文版)量表评定脑卒中患者日常生活活动能力的效度和信度研究[J]. 中华物理医学与康复杂志,2008,30(3):185-188.
- [10] 王飞,张丽娟,王建华,等. 梅花针关键点叩刺结合 Bobath 疗法治疗偏瘫痉挛状态:随机对照研究[J]. 中国针灸,2015,35(8):781-784.
- [11] 郝建波,王云翠. 拮抗肌推拿结合 Bobath 疗法治疗中风痉挛性偏瘫的临床观察[J]. 湖北中医药大学学报,2016,18(3):98-100.
- [12] 刘铭,李芝慧,马晖. 电针拮抗肌腧穴联合康复训练治疗脑卒中偏瘫痉挛的临床评价[J]. 针灸临床杂志,2016,32(5):8-10.
- [13] 霍新慧,赵百孝,周钰. 艾灸结合康复治疗脑卒中偏瘫上肢痉挛临床研究[J]. 中医学报,2016,31(2):306-308.
- [14] 杨妮,杨凯. 运动康复功能锻炼联合针灸疗法对急性脑卒中偏瘫患者肢体运动功能和日常生活活动能力的影响[J]. 中国中医急症,2016,25(3):502-504.
- [15] 王恩玺. 40 例认知康复护理对精神分裂症患者认知功能障碍的影响[J]. 当代医学,2014,20(19):129-130.

收稿日期:2019-08-23;修回日期:2019-09-09

(上接第 667 页)

升点埋线治疗后疼痛立刻消失或减轻,且治疗效果持久稳定,不良反应小,患者依从性好。总之,高升点埋线治疗具有取穴简单、操作容易、疗效肯定、治愈率高、费用低廉、安全可靠等优点,值得在临床上进一步推广应用。

参考文献:

- [1] 谢幸,孔北华,段涛. 妇产科学[M]. 9版. 北京:人民卫生出版社,2018:351.
- [2] 张继东. 摆脱痛经先要“暖宫”[J]. 中国保健食品,2016(5):52-53.
- [3] 林艳明,马卓飞,张红参. 当归芍药散联合壮医药线灸治疗原发性痛经临床观察及对前列腺素的影响[J]. 右江民族医学院学报,2019,41(1):83-85.
- [4] 宋蓉杰. 原发性痛经的中医外治法研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育,2018,16(4):149-150.
- [5] 中国针灸学会. 循证针灸临床实践指南:原发性痛经[M]. 北京:中国中医药出版社,2014:5-6.
- [6] 马宝璋,杜惠兰. 中医妇科学[M]. 3版. 上海:上海科学技术出版社,2018:93-97.
- [7] 刘碧岩. 妇产科学[M]. 2版. 长春:吉林科学技术出版社,2019:378-383.
- [8] 董丽. 急性痛经,按揉女福穴可缓解[N]. 医药卫生报,2018-03-29(7).
- [9] 赵雅丽. 按揉女福穴可缓解痛经[N]. 大河健康报,2017-10-17(12).
- [10] 龙晓. 周杨斌献来小偏方:女人奇穴女福穴[N]. 邵阳城市报,2015-07-28(9).
- [11] 高树中,杨骏. 针灸治疗学[M]. 4版. 北京:中国中医药出版社,2016:100-102.
- [12] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中华人民共和国卫生部,1997:263-265.
- [13] 周尔晋. 人体生态平衡论[M]. 合肥:合肥工业大学出版社,2008:29.
- [14] 周尔晋. 人体 X 形平衡法[M]. 合肥:合肥工业大学出版社,2002:3,13,504.
- [15] 许靖,李春燕,黄文华,等. 原始点埋线配合正骨手法治疗腰腿痛 81 例临床观察[J]. 右江民族医学院学报,2016,38(3):310-312.

收稿日期:2019-10-25;修回日期:2019-11-15