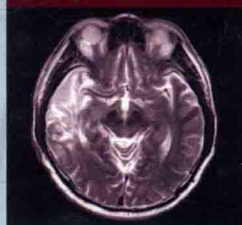
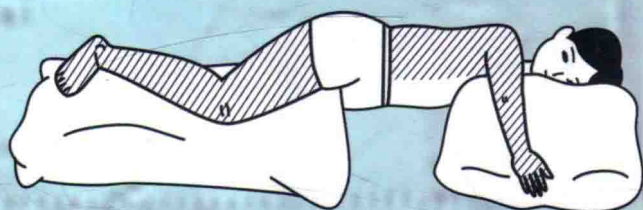


神经康复

主编 朱镛连 何静杰

50 例



科学出版社

神经康复 50 例

主 编 朱镛连 何静杰

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书记录了朱镛连教授及其团队几十年来收治的富有代表性的典型神经康复临床病例,包括脑血管病、缺血缺氧性脑病、脊髓病变、中毒、脑炎、周围神经病等疾病基本知识及相关康复方案制订和讨论。全书深入贯彻了神经系统疾患的早期康复介入、全程康复医疗服务的康复理念,以有效培养康复医务人员跟进最新理念、熟悉临床思辨方法、掌握常见神经病患的康复理论知识,具有快速进行临床诊疗评估、制订康复治疗方,以及处理常见并发症的能力。

本书资料珍贵,学术严谨,是一部实用的神经内外科医师、神经康复医师临床指导用书。

图书在版编目(CIP)数据

神经康复50例 / 朱镛连, 何静杰主编. —北京: 科学出版社, 2017.11
ISBN 978-7-03-053830-7

I. ①神… II. ①朱…②何… III. ①神经系统疾病—康复医学—病案
IV. ①R741.09

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第140390号

责任编辑: 黄建松 董 林 / 责任校对: 张小霞
责任印制: 赵 博 / 封面设计: 陈 敬

科学出版社出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

中国科学院印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

2017年11月第 一 版 开本: 787×1092 1/16

2017年11月第一次印刷 印张: 16 1/2

字数: 391 000

定价: 80.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

编写人员

主 编 朱镛连 何静杰

副主编 杜晓霞

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

陈 巍	陈立嘉	迟茜茜	崔利华	杜晓霞
高 飞	郭 鸣	何静杰	胡雪艳	李 芳
李冰洁	李晁金子	刘 平	刘丽旭	芦海涛
梅利平	米海霞	山 磊	宋鲁平	孙 蓉
王 强	王希悦	王艺铮	吴章薇	郝靖媛
肖 琳	徐 舒	徐 莹	许晓东	杨凌宇
杨淞然	杨宇琦	张 路	张 伟	张 欣
张红云	张小年	赵 军	赵圣杰	周 昊

主编简介

朱镛连,男,江苏省丹阳市人,1925年7月出生,从医67年。现任中国康复研究中心、北京博爱医院主任医师、教授,神经康复内科、神经内科名誉主任,《中国康复理论与实践》杂志副主编。1950年毕业于长沙国立湘雅医学院6年制医学本科,留校任助教、住院医师;1952年调任北京,曾任北京苏联红十字医院神经科医师组长、代主任,北京天坛医院神经内科、北京神经外科研究所神经科学研究室主任;1987年到中国康复研究中心工作,组建了我国首个神经康复科、偏瘫治疗中心并任主任。1991年在中华医学会神经科学会中成立了神经康复学组并任组长。曾任中华神经精神科学会全国委员、常委,北京市神经精神科学会及神经病学会副主任委员;中国康复医学学会神经病学分会会长,北京残联康复顾问组组长;《中华神经科学》杂志特约编委,《中华内科学》杂志编审,《脑卒中与神经疾病》杂志、《国外医学》杂志(神经内科学和神经外科学分册、脑血管分册)等十余种杂志编委。发表学术论文百余篇,主编《脑血管病》《脑卒中的康复评定和治疗》《神经康复学》等著作,参编有关神经科学和神经康复学著作近十种。其中2001年编写出版的我国第一部《神经康复学》学术著作,系统地介绍了国内外神经康复学发展史,以及神经康复临床范畴、基本理论和操作等方法,被康复界读者普遍赞誉。曾多次出国交流访问。1992年、1993年被英国剑桥世界名人中心载入有成就知识分子名人录。



何静杰,女,中国康复研究中心、北京博爱医院神经康复科主任医师、副教授。任北京博爱医院药品临床试验基地伦理委员会副主任委员,中国康复研究中心、北京博爱医院医学伦理委员会副主任委员,北京康复医学会理事,白求恩医学专家委员会康复医学专业委员会第一届委员会常务委员及中国药理学会药源性疾病专业委员会神经病学分会委员等。1988年7月毕业于白求恩医科大学(现吉林大学医学部)外语医学专业,获学士学位,后获首都医科大学硕士学位。近30年来一直从事神经康复临床、科研、教学工作,并先后多次去国外研修、深造及学术交流,有着丰富的临床工作经验,特别是在脑血管病的功能障碍评定与康复治疗及帕金森病的康复方面有独到的见解。承担首都医科大学康复医学院的多项教学工作及北京市、区级继续医学教育的教学任务及远程会诊工作。承担并参与国家级、省市级多项神经康复方面的课题研究,发表论文数十篇。主编《脑血管病的康复》《神经康复学》,参编《综合康复学》等学术著作。



副主编简介

杜晓霞，女，神经病学博士，中国康复研究中心、北京博爱医院副主任医师，擅长脑血管病、脑外伤、痴呆、帕金森病、多发性硬化、脑炎、周围神经病等疾病的康复治疗。任中国老年保健医学研究会老年认知心理疾病分会青年委员、中国社会福利协会理事、北京康复医学会疼痛分会委员、中国医师协会康复住院医师规培基地评估专家、北京神经变性病学会理事、北京神经内科学会神经康复分会常委。2006 年 10 月在美国约翰·霍普金斯大学神经科学系访问学习；2008 年 7 月分配至中国康复研究中心神经康复科工作，先后任神经康复科住院医师、住院总医师、主治医师、副主任医师。主持完成国家自然科学基金课题 1 项；完成省部级课题 3 项；承担中国康复研究中心课题 3 项。2011 年度以共同第一作者于著名的 *Developmental Cell* 杂志发表 SCI 论文 1 篇。以第一作者或通讯作者在 SCI 期刊或核心期刊发表论文 20 余篇。主译《生物反馈教程》，担任《老年人康复服务指南》副主编。



序

“鲐背之年，医路仁心。”90岁高龄的朱镛连教授与何静杰主任医师、杜晓霞副主任医师等一批中青年专家共同编写的《神经康复50例》即将付梓！

我国康复医学事业自20世纪80年代起步至今已有30余年，在政策支持、学科建设、机构建设、人才培养等多方面都取得了诸多显著成就。然而，相对于临床医学，时至今日，人们对康复医学的认识仍有较大不足，康复观念还未能深入人心。积极、科学的预防性康复可促进身心健康、预防疾病、延缓衰老，从而提高生活质量。早期的预防性康复、及时的医疗性康复，以及后期的维持性康复是改善患者的脑认知和躯体功能及提高生活能力和质量的有效途径。康复治疗的目标与原则，应定位于功能训练、全面康复、回归社会，以及提高生活质量。

加强康复人才的培训，重点环节仍然是教材、师资和质量。目前，全国各地康复机构发展方兴未艾，中国需要医疗康复和护理人数日益增多，康复人才的匮乏制约中国康复医学事业发展，我国需要培养大量康复技术人才。《神经康复50例》记录着朱镛连教授及其团队几十年来收治的临床神经康复病例，富有代表性的典型案例，涵盖了脑血管病、缺血缺氧性脑病、脊髓病变等数十种神经疾患，内容丰富，深入贯彻了神经疾患的早期康复介入、全程康复医疗服务等康复医学理念，有助于神经康复科医师、技师和其他有关学科人员更好地应用康复医学技术促进疾病康复，掌握常见神经病患的康复理论知识，具有快速进行临床诊疗评估、制定康复治疗方案的及处理常见并发症的能力。该书对神经内外科医师、神经康复医师临床实践具有较高的指导价值，患者阅读也会有所裨益。

新千年以来，我国康复医学取得了巨大成就，但相比较于北美、西欧和澳大利亚的发展水平，我国康复医学在学科发展、临床实践等诸多方面仍存在一定差距。“十三五”以来，国家高度重视残疾人事业，大力支持康复医学发展，着力发展康复医学教育，把康复工作列为残疾人事业发展的重点。中国残疾人联合会主席张海迪指出“康复是残疾人工作的重中之重”。《神经康复50例》一书的问世，对于康复医学临床实践、康复医师成长成才，以及我国康复医学迅速兴起，必将起到积极的推动作用。在祝贺该书问世的同时，我们共同期待更多的医者薪火相传、众志成城，为我国康复医学事业发展创新作为！

中国康复研究中心党委书记

2017年8月

吴世彰

前言

我国康复医学起步于 20 世纪 80 年代，由于我国政府的重视和残联的努力，短短 30 年间即取得众多显著成绩。1992 年，中国康复研究中心、北京博爱医院成立我国首个神经康复科，全国疑难病例患者蜂拥而至。由于前来就医的患者病情较为复杂，北京博爱医院神经康复科与神经内科逐渐形成了每周三召开一次例行讨论会制度，各级医师及护士均要参加，必要时还得邀请物理治疗师、作业治疗师、言语治疗师、技师及相关科室医师参加，多学科共同研究康复存在问题与如何解决问题，由此积累了不少资料、经验，集腋成裘，这次汇编成册，与同道们共享成果，希望能引起大家共鸣。

大多数神经疾病会造成躯体和脑功能障碍，康复治疗对功能障碍有一定效果虽早有结论，但康复疗效受其原发病的性质、严重度、救治时间、方法、药物应用等多种因素影响。例如，本书中有多例缺血缺氧性脑病患者，因抢救复苏时间等不同，康复措施不一样，效果也不同。脑出血患者如有手术清创或颞部减压等二次脑损伤，康复效果就不如未手术者好。在认知功能方面，目前虽有一些药物可用，但利用计算机创制软件进行康复的方法还不多，需要具有相关技术的复合型康复专家进行研发。当前，神经康复技术发展迅速，如减重平板车步行训练、强制性运动疗法、机器人康复、运动想象康复、镜像疗法、虚拟现实疗法等，有些我们虽然在做，但是还缺少经验，本书涉及较少，有待补充。

本书基本涵盖了临床所见的神经疾病功能障碍的康复治疗，既有脑血管病等常见病，也有多系统萎缩症等罕见病，无论如何，我们都是取患者所表现的特征性障碍进行康复的，而这种特征性康复在其他患者有类似情况下可以借用或引用，故本书对相关病史介绍、辅助检查、康复方案制定、康复治疗的实施及最后的结论均作了详尽叙述，相信这些是基层同行所需要的。

本书主要读者对象是神经康复医务人员，对神经内外科医师及相关患者也会有所裨益。

朱镛连 何静杰 杜晓霞

2017 年 8 月于北京

目 录

第一章 脑血管病的康复 (23 例)

一、多次脑卒中后双侧大脑半球损伤致双侧偏瘫、假性延髓麻痹 (康复评定会)	3
二、双侧丘脑出血伴舞蹈样运动的康复评价与治疗	8
三、出现 Stevens-Johnson 综合征的脑动脉瘤破裂出血患者早期康复对预后的影响	13
四、脑出血恢复期嗜睡患者的康复疗效观察	18
五、脑梗死所致交叉性失语康复	22
六、脑梗死患者直立性低血压的康复	26
七、卵圆孔未闭所致脑栓塞严重失语症的康复评价与治疗	31
八、嗜铬细胞瘤切除术后大面积脑梗死后血管完全再通康复	35
九、左侧颈内动脉夹层导致失语患者康复治疗	40
十、小脑出血致共济失调患者的康复	45
十一、小脑梗死致共济失调合并吞咽功能障碍患者的康复	48
十二、脑出血伴椎基底动脉扩张延长症患者的康复治疗	52
十三、风湿性心脏病导致急性脑栓塞康复疗效分析	57
十四、脑出血术后伴另一侧周围神经损伤康复疗效分析	61
十五、脑出血后遗症所致肢体痉挛患者的康复疗效分析	66
十六、脑梗死后用过综合症的康复	71
十七、一侧扩大性脑出血术后大面积脑梗死病例的康复	75
十八、脑梗死后出血的老年患者康复疗效临床观察	81
十九、脑出血后无动缄默症的康复	87
二十、脑梗死所致失用症的康复疗效观察	92
二十一、主动脉弓至无名动脉夹层脑梗死康复	97
二十二、头臂型大动脉炎继发脑梗死康复治疗	103
二十三、脑静脉窦血栓形成致肌张力障碍的康复治疗	110

第二章 缺血缺氧性脑病的康复 (8 例)

一、恶性心律失常心肺复苏后缺血缺氧性脑病的康复	117
二、缺血缺氧性脑病合并脑梗死的康复疗效分析	121

三、应用垂体后叶素后渗透性脑病合并缺血缺氧性脑病康复	126
四、冠状动脉旁路移植术所致缺血缺氧性脑病的康复	132
五、心肺复苏后缺血缺氧性脑病的康复	136
六、缺血缺氧性脑病康复疗效分析	140
七、溺水后行 CPR 后复苏的脑缺氧患者的康复	144
八、甲状腺癌术后缺血缺氧性脑病的康复	148

第三章 神经系统中毒性疾病的康复 (5 例)

一、一氧化碳中毒性脑病康复	155
二、有机磷中毒迟发性神经病临床特点及康复分析	161
三、硫化氢中毒性脑病的康复报道	165
四、乌头碱中毒后缺血缺氧性脑病康复	169
五、山豆根中毒后康复	173

第四章 周围神经病的康复 (4 例)

一、重度吉兰-巴雷综合征患者康复成功	179
二、多发性周围神经病康复治疗	185
三、Bickerstaff 脑干脑炎合并吉兰-巴雷综合征病例的康复	190
四、POEMS 综合征周围神经损伤的康复治疗	194

第五章 脊髓病变的康复 (2 例)

一、急性脊髓炎脊髓休克期的康复疗效观察	201
二、主动脉夹层术后并发脊髓缺血康复疗效分析	207

第六章 神经系统其他疾病的康复 (8 例)

一、疑是原发性中枢神经系统血管炎的诊治和康复预后	213
二、多系统萎缩的康复	221
三、服氨酚待因过敏休克致最小意识状态的康复	226
四、乙型脑炎康复	230
五、酒精中毒性脑病的康复	233
六、重型颅脑损伤后植物状态的康复	237
七、脑血管母细胞瘤术后共济失调康复	242
八、运动神经元综合征合并干燥综合征的康复治疗	247

第一章

脑血管病的康复（23 例）

一、多次脑卒中后双侧大脑半球损伤致双侧偏瘫、假性延髓麻痹（康复评定会）

【摘要】 本文展示了康复评定会的工作模式，并通过对 1 例多次脑卒中导致双侧偏瘫、假性延髓麻痹患者的康复评定，总结了双侧偏瘫患者康复治疗的特殊性。

【关键词】 康复评定；脑卒中；双侧偏瘫；假性延髓麻痹

（一）病历介绍

患者，女性，60 岁，右利手，主因“左侧肢体活动不利伴言语不清、饮水呛咳 28 天”收入院。

病残史：患者入院前 28 天凌晨起床时，突感左侧下肢活动不利，不能行走，渐加重，约 2 小时后左上肢不能抬起，左下肢完全不能活动，右下肢较前沉重，伴头晕、言语不清、饮水呛咳及吞咽困难。无头痛、呕吐、视物旋转、耳鸣耳聋及肢体抽搐等症状，被送当地医院行头颅 CT 检查，示“左侧基底核区小片状低密度灶，未见高密度灶”，诊断为“急性脑梗死（右侧颈内动脉系统可能性大），陈旧性脑梗死（左侧基底节，左大脑中动脉供血区）”，予控制血压、改善循环、营养神经等药物治疗。经针灸及肢体被动活动等康复措施，左侧肢体可动，饮水呛咳较前改善，言语欠清，不能自行起坐及站立，翻身、进食、洗漱、更衣等日常生活动作不能自理，为进一步康复入院。

既往史：7 年前突发右侧肢体活动不利，以“脑梗死”住院治疗，无明显后遗症。5 年前再次因突发右侧肢体活动不利以“脑梗死”住院，遗留右侧上肢欠灵活，右手尚可执笔写字但笨拙，可独立步行但自觉右下肢力稍弱，生活可自理。高血压病史 30 余年，不规律口服降压药物，血压波动于 $(150 \sim 160) / (70 \sim 90)$ mmHg。否认糖尿病、高脂血症、冠心病等病史。饮酒 20 余年，每周半斤白酒，否认吸烟史。

家族史：母亲患有高血压，死于“脑血管意外”。父亲已故，死因不详。有兄弟姐妹 5 人，均患有高血压，其中 1 人患有糖尿病。

职业史：从事机关公务员工作至退休。

心理史：病前性情温和，病后无明显改变。否认重大心理创伤史。

入院查体：血压 140/80mmHg，神清，对答切题，言语欠清晰，MMSE 25 分（文化程度中学），偏侧空间忽略筛查阴性。双瞳孔等大等圆，直径 3mm，直接、间接对光反射灵敏，眼动充分、自如，双侧额纹对称，左侧鼻唇沟浅，示齿口角右偏，张口欠充分、闭

唇力弱不能抗阻、咽反射减弱、舌各方向运动幅度小,伸舌左偏,构音障碍,洼田饮水试验Ⅲ级,余脑神经查体未见异常。各关节活动度正常。肌张力左上肢低,左下肢略偏低,右上下肢正常。Brunnstrom 分期:左上肢Ⅱ,左手Ⅱ,左下肢Ⅲ,右上肢Ⅴ,右手Ⅴ,右下肢Ⅵ。手的实用性:左手废用手,右手实用手 B。双侧针刺觉对称存在,双侧关节位置觉、运动觉正常。双侧肱二头肌腱反射、膝腱反射活跃。双侧掌颏反射阳性,双侧 Hoffmann 征阳性,双侧 Babinski 征阳性。颈抵抗阴性。左肩关节半脱位一横指,左手肿胀,左手皮温略高于右侧。改良巴氏 ADL 指数评定 35 分。

【辅助检查】

头颅 MRI (发病第 7 天):双侧基底节区多发长 T_1 长 T_2 信号,右基底节区病灶呈高弥散信号。

(二) 康复诊断

(1) 脑梗死恢复期:右大脑中动脉供血区,左侧偏瘫,动脉粥样硬化性;左大脑中动脉供血区,右侧偏瘫,动脉粥样硬化性,脑梗死后遗症,高血压病 3 级(极高危)。

(2) 构音障碍,吞咽障碍,双侧肢体运动功能障碍,平衡障碍,左肩关节半脱位,左侧肩手综合征一期。

(3) ADL 严重功能缺陷。

(4) 社会参与能力降低。

(三) 康复评定

康复评定是康复治疗的基础。康复评定会是康复评定工作的重要形式之一,一般由康复医师主持。在会上,各康复小组成员通过各自的评定,对患者功能障碍的性质、部位、程度、发展、预后及康复目标充分发表意见,提出各自领域的康复对策、康复目标和治疗处理意见,然后由康复医师归纳总结为完整的康复评定和治疗方案,指派各专业人员分头实施。通常在治疗中、治疗后再次召开评定会,总结康复疗效、调整康复计划。参加评定会人员一般包括康复医师、康复护士、物理治疗师(PT)、作业治疗师(OT)、言语治疗师(ST)、心理医师、认知治疗师、矫形技师、营养师、患者及患者家属等。以下介绍该患者的两次康复评定会。

1. 初期康复评定(入院第 7 天)

(1) 物理治疗师:该患者的主要障碍点为左侧肢体肌张力低;左肩关节半脱位大约一横指,左手肿胀,左侧肩手综合征;双下肢负重能力差(左膝关节不能自主控制,右膝关节控制能力低下);左侧髋、膝、踝关节无分离运动,双侧躯干肌无力,核心控制能力差,躯干平衡差;参与呼吸的肋间肌、膈肌、腹肌肌力弱。训练重点,①核心控制及躯干肌肉控制训练;②诱发左侧上肢主动运动出现;③提高左侧下肢肌张力,诱发髋、膝、踝三关节部分分离运动;④增强右侧肢体肌力;⑤站起立床提高下肢负重能力,改善心肺功能;⑥呼吸训练。康复目标:近期目标,诱发左上肢主动运动、促通左下肢分离运动出现,增强右侧肢体肌力,提高躯干肌核心控制能力,改善呼吸运动功能;远期目标,达到轮椅生

活自理。

(2) 作业治疗师：主要障碍点包括躯干平衡差，独立坐位静态保持可达 5min，动态平衡保持困难；左侧肩关节半脱位达一横指；左肩手综合征，左手肿胀；左上肢肩肘关节控制稳定性差；右上肢运动速度差，全身耐力差。康复目标：远期目标以患者回归家庭、减少家人护理负担为目标；近期目标，①提高静态及动态坐位平衡能力；②改善左侧肩关节半脱位，缓解左手肿胀；③提高左上肢肩肘关节稳定性；④右上肢运动速度训练及协调性训练及右上肢耐力训练。提高 ADL 能力。具体训练措施：①双上肢推滚筒以提高左上肢运动功能并改善躯干肌运动耐力；②坐位下躯干控制训练（静、动态坐位平衡训练）；③被动手法刺激左肩关节周围肌肉以改善肩关节半脱位、冷热水交替浴改善左手肿胀；④单手扶球训练（由易到难），仰卧位双手交叉握手后肩屈曲 90° 肘关节伸直保持训练，提高肩肘关节控制能力；⑤右手持木钉向高处定位插放训练；⑥以右上肢功能为重点，以右手为利手，训练进食、穿脱上衣及转移训练。

(3) 言语治疗师：患者神志清晰，被动坐位，交流态度好。经构音障碍检查：言语清晰度差，日常交流可听懂 70%；单音节构音尚可，多音节构音差，音质为费力声，发音嘶哑。鼻腔发音好，送气音发音好于不送气音。句子检查有不适宜停顿。经构音器官检查：唇舌运动范围小、力度差。最长发音时间约 2s，快吸慢呼均不能，音调无变化，音量变化较差。经吞咽障碍检查：水分误咽。认知期正常，口腔前期食团形成速度慢，口腔期舌体上抬力弱，食团向后推送稍慢。电视内镜吞咽检查：水（液体，亚甲蓝染色）1ml 吞咽完全残留在会厌谷、梨状窝，未形成完整吞咽，3ml 吞咽后喉前庭蓝染，渗透，5ml 吞咽后声门下蓝染，误咽；酸奶（半流质）食物吞咽后梨状窝有残留，二次吞咽可完全清除；面包（固体）吞咽无残留无误咽。康复目标：提高言语清晰度、吞咽速度及安全性。康复训练计划：①呼吸运动训练，吹纸条，增加肺活量，提高呼吸协调性；②构音训练，送气音、卷舌音、爆破音训练；③吞咽训练，构音、吞咽器官感觉刺激、运动训练等间接训练；给予液体、半流质饮食直接吞咽训练；指导患者调整进食体位姿势，强化正常吞咽模式，限制液体一口量 3ml 以内。

(4) 康复护师：①饮食宣教，指导患者低盐低脂的饮食安排；②患者左上肢肌张力低，无主动运动，指导患者及家属良肢位的摆放；③坐位动态平衡差，跌倒坠床风险高，加强对患者及家属的安全宣教，嘱患者家属随时放置床挡板，护理患者时不穿拖鞋；④指导患者及陪护家属介助下由床到轮椅的转移方法；⑤指导患者进行进食、更衣等 ADL 动作的自我训练；⑥患者左侧肩手综合征，督促患者每日坚持进行冷热水交替刺激及向心性缠线，以改善症状。

(5) 康复医师：总结该患者目前存在的障碍点，包括①构音障碍，主要表现为声音嘶哑、清晰度低；②吞咽障碍，准备期、口腔期、咽期均存在动作力弱及不协调，存在水分误咽；③双侧肢体运动功能障碍，Fugl-Meyer 运动功能评定，左侧 25 分（上肢 7 分，联合反应水平；下肢 18 分，协同运动水平），右侧 79 分（上肢 59 分，分离运动水平；下肢 20 分，部分分离运动水平）；④平衡障碍，坐位平衡静态可，动态差，Fugl-Meyer 平衡功能评定 2 分（无支撑坐位可保持 5min）；⑤左肩关节半脱位一横指；⑥左侧肩手综合征

一期；⑦患者改良巴氏 ADL 指数评定 35 分，ADL 严重功能缺陷，大小便能控制，洗脸、梳头、刷牙等修饰动作不能独立完成；进食、转移需要大部分介助；行进、穿衣、洗澡完全介助；⑧社会参与能力降低。康复目标：轮椅生活、安全进食、ADL 部分自理、回归家庭。目前康复训练的重点：①提高躯干肌的控制能力，改善坐姿及头颈部的控制能力；②促进左侧肢体肌张力恢复，诱发左上肢的主动运动及促进左下肢分离运动充分出现；③呼吸肌训练，改善发音质量和咳嗽排痰能力；④通过体位、食物（尤其是液体）一口量的控制提高进食安全性；⑤通过改善坐位动态平衡及右上肢运动速度及协调性的训练，提高 ADL 能力。

(6) 康复科主任医师：患者中年女性，右利手，有高血压病史。既往两次脑梗死，遗留右侧肢体轻瘫。需控制血压等危险因素，继续抗血小板聚集、降低血脂等卒中预防治疗。此次脑梗死责任病灶位于右基底节区，致左侧偏瘫，同时右侧肢体运动障碍加重。考虑其可能的机制为①既往左侧半球损伤后，以右大脑半球形成功能活跃区代偿功能，故右半球代偿功能区损伤导致右侧偏瘫肢体功能下降；②此次右基底节病损时，左半球应向右侧代偿供血，然而由于左侧半球以往有过二次缺血病变，供血已有下降，在向右侧供血代偿的情况下，左侧缺血可能加重，导致右侧肢体运动功能障碍加重。双侧半球损伤导致假性延髓麻痹，表现为构音障碍、吞咽障碍；双侧肢体运动功能障碍，左侧较重；躯干控制障碍，平衡障碍；ADL 能力下降。

患者康复的有利因素：①交流态度好，无明显认知障碍；②康复训练欲望高，主动性好；③无明显感觉（尤其深感觉）障碍；④目前被动坐位下头颈部可以保持中立位，能够达到吞咽、构音障碍训练对体位姿势的基本要求。不利因素：①躯干平衡差，腹横肌、腹斜肌、腰大肌等躯干深部肌肉力弱，导致抗重力性姿势控制障碍，头颈部运动控制能力有待提高；②双上肢运动功能障碍，发病 1 个月余左上肢肌张力仍低，且未出现主动运动，判定预后不良，严重限制 ADL 能力提高。

同意大家意见，设定康复目标为介助下轮椅生活，回归家庭。言语治疗师通过改善唇舌运动及协调性，培养正确的坐位进食姿势，限制进食的一口量，注意食物性状及控制进食时间，提高进食的安全性。物理治疗师训练侧重核心控制，同时强化呼吸肌训练，以辅助言语治疗改善构音障碍。作业治疗师以改善坐位平衡，提高右上肢功能、右手实用性为训练重点。作业治疗师及护理均选择右手为利手进行进食、洗漱等 ADL 训练。

2. 再次康复评定（入院第 37 天） 患者按照评定会方案康复治疗 1 个月，再次康复评定，参加人员、讨论形式同前。患者病情变化如下：①患者可主动控制头颈姿势，躯干平衡较前改善，坐位动态平衡能力提高，掌握了头部前倾、小于 3ml 一口量饮水的方法；②左上肢肌张力略有恢复，未出现主动运动，左手肿胀明显改善；③右手实用性提高到实用手 A，但运动速度稍差，以右手为利手，可独立完成进食、更换上衣等 ADL 动作；④辅助下站立，左下肢负重能力提高，床与轮椅之间的转移介助减少。介助下轮椅生活目标达到，康复有效出院、回归家庭。

(四) 讨论

脑卒中康复的管理涉及多学科、多部门的合作。本文介绍了康复评定会的工作模式,并通过评定会的讨论,了解双侧偏瘫患者康复治疗的特殊性。

双侧偏瘫指由双侧皮质脊髓束损伤导致的双侧肢体运动功能障碍,患者常伴有双侧皮质脑干束损伤导致的假性延髓麻痹。患者的功能障碍及康复治疗的特殊点在于:①由双侧皮质脊髓束共同支配的躯干肌群力量减弱,躯干平衡差,坐位、立位保持困难,训练中强调四肢运动时近端动态稳定的重要性,躯干平衡的改善是提高 ADL 能力的基础,稳定控制躯干的核心肌群是恢复患者各项功能的前提;②双侧肢体运动功能障碍的程度不同,应通过分别判断双侧肢体功能预后,选择利手并进行有针对性的 ADL 能力训练;③吞咽及构音障碍若由假性延髓麻痹导致,大多预后相对好,积极康复治疗可提高进食安全和生存满意度。躯干问题导致的呼吸肌无力、坐位平衡障碍、头颈控制困难,是双侧偏瘫患者进行构音、吞咽障碍训练时需要首先解决的问题。躯干问题也会降低咳嗽反射、被动咳嗽等吞咽的防御功能。物理治疗师呼吸训练对矫正异常呼吸模式、提高进食的安全性有益。

双侧偏瘫患者的障碍多而且复杂,需要治疗团队的多方面配合,所有的治疗都应向有助于日常生活活动的方向努力。

(杨凌宇 刘丽旭 何静杰 卫冬洁 苏国栋 窦菲菲 杨淞然)

参考文献

- 长谷川和子,常冬梅,卫冬洁.2011.脑卒中后进食吞咽障碍的 Bobath 理论的应用.中国康复理论与实践,(9):830-833.
- 纪伊克昌,刘畅,常冬梅.2011.Bobath 理论与历史的变迁.中国康复理论与实践,(9):801-804.
- 张通.2006.脑卒中的功能障碍与康复.北京:科学技术文献出版社.
- 周晓辉,贾伟,邱永斌,等.2015.早期核心肌群训练对脑卒中患者躯干控制能力的影响.东南国防医药,(3):269-271,310.
- Bobath B LPPO.1990.Adult Hemiplegia: Evaluation and Treatment.3rd ed. Oxford: Heinemann Medical Books.
- Granacher U, Lacroix A, Muehlbauer T, et al.2013.Effects of core instability strength training on trunk muscle strength, spinal mobility, dynamic balance and functional mobility in older adults. Gerontology, 59 (2): 105-113.
- Strasser DC, Falconer JA, Stevens AB, et al.2008.Team training and stroke rehabilitation outcomes: a cluster randomized trial.Arch Phys Med Rehabil, 89 (1): 10-15.