

社区康复治疗对脑卒中患者日常生活活动能力的影响*

崔晓¹ 胡永善^{2,3} 吴毅² 瞿佩育¹ 倪欢欢¹ 于建君² 曾慧玲¹ 黄春水¹ 周翠侠¹ 史骏超¹

摘要 目的:探索规范的社区康复(针灸结合功能训练)治疗对脑卒中患者日常生活活动能力的影响。方法:将84例社区脑卒中患者随机化分成康复组和对照组,康复组在常规内科治疗的基础上给予规范的社区康复治疗,对照组仅给予一般的常规内科治疗,分别在治疗后第2个月末和第5个月末采用改良Barthel指数进行日常生活活动(activities of daily living,ADL)能力评定。结果:规范的社区康复治疗5个月后,康复组患者的ADL能力评分平均提高了25.22分,而对照组平均提高了17.50分,两组相比差异具有显著性($P<0.05$)。结论:规范的社区康复治疗对于脑卒中患者的日常生活能力具有明显的促进作用。

关键词 社区康复治疗;脑卒中;日常生活活动

中图分类号:R743,R493 **文献标识码**:B **文章编号**:文章编号:1001-1242(2008)-08-0735-02

回到社区的大部分脑卒中患者需要继续得到康复治疗,本研究采用为时5个月的规范化的社区康复治疗,对社区脑卒中患者各阶段日常生活活动能力进行评定与比较,目的在于探讨社区康复治疗干预在改善脑卒中患者的日常生活活动能力方面的影响及意义。

1 资料与方法

1.1 病例选择标准

入选的患者确诊为脑梗死或脑出血,诊断以1995年全国第四届脑血管病学术会议通过的各类脑血管病诊断要点为标准,并经颅脑CT或MRI证实,复发的脑卒中患者确诊以最近一次发作为主。同时具备以下条件:①入选标准:脑梗死或脑出血后(发病 ≤ 1.5 年);自愿签署知情同意书;生命体征稳定;GCS评分 >8 分;年龄40—79岁;有肢体功能障碍或认知障碍。②排除标准:活动性肝病、肾功能不全、充血性心力衰竭、恶性肿瘤患者;恶性进行性高血压、呼吸功能衰竭患者;既往有痴呆或精神病史、外地无法随访者。

1.2 一般资料

84例脑卒中患者在2007年1月—2008年2月期间,在长宁区的3个社区符合上述选择标准而入组,将每个社区划分为两分区域,随机分为康复组和对照组,两分区域在经济、地域以及文化方面无明显差异。入选患者按脑梗死(A)和脑出血(B)分层,各层患者按区域纳入到康复组或是对照组。发病3个月内为新发病例,发病3个月到1年半内为既往病例。两组患者的一般资料(包括发病类型、病程、性别、年龄、发病部位资料)差异均无显著性意义($P>0.05$),见表1。

表1 患者一般资料 (例)

组别	性别		年龄(岁)		发病类型		病程(月)		发病部位	
	男	女	40—60	61—79	脑梗死	脑出血	新发	既往	基底核	其它
康复组	30	17	10	37	40	7	27	20	34	13
对照组	25	12	10	27	29	8	18	19	27	10

1.3 规范化的社区康复治疗方

1.3.1 社区康复医师培训:课题开展前由我康复科医师培训3个社区卫生服务中心的全科医师,使他们掌握脑卒中患者的社区康复治疗方法。治疗组的患者共治疗14次,入组后第1个月2次/周,入组后第2—3个月1次/周,入组后第4—5

个月1次/月。由康复医师和治疗师上门治疗或在家庭附近的社区站点治疗,在进行社区康复治疗同时,指导患者的家属及护工学会一些基本的康复辅助治疗方法,并要求家属平日里帮助患者完成功能训练,45min/次,每周至少3次。同时给予定期监测血压、血脂、血糖,调整药物控制高危因素、卫生宣教和心理疏导等。

1.3.2 软瘫期患者康复治疗。

1.3.2.1 针灸治疗:针刺穴位:百会、肩髃、曲池、合谷、阳陵泉、足三里、解溪。随证选穴:伴有口角歪斜针刺地仓、颊车、下关;伴有流涎加承浆;伴有言语障碍加廉泉、通里;肩部疼痛活动受限加肩贞、臑俞、肩前穴;手部肿胀加八邪穴。针刺方法:针具采用华佗牌毫针,直径0.32mm,长25—40mm。采用健侧与患侧交替取穴,健侧用泻法,患侧用补法。

1.3.2.2 功能训练:保持患者的正确卧位,指导正确的翻身、卧位到坐位,床坐位到轮椅或家庭内坐椅的转移方法,注意保持正确的坐位,患侧肢体应放置在视线内以及正确的坐位站的方法。

1.3.3 痉挛期患者康复治疗。

1.3.3.1 针灸治疗:针刺穴位:肩髃、曲池、外关、秩边、委中、绝骨、昆仑。随证选穴同弛缓期。针刺方法:针具采用华佗牌毫针,直径0.32mm,长25—40mm。采用平补平泻法。

1.3.3.2 功能训练:此期康复目的主要是抑制协同运动模式,尽可能训练肌肉关节能够随意的独立的运动,提高各关节的协调性,逐渐恢复患者的运动能力和日常生活自理能力。

1.3.4 后遗症期患者康复治疗

1.3.4.1 针灸治疗:针刺穴位:肩髃、曲池、阳陵泉、三阴交、太溪。随证选穴同弛缓期。

针刺方法:针具采用华佗牌毫针,直径0.32mm,长25—40mm。采用补泻兼施法。三阴交、太溪采用捻转补法。

* 基金项目:上海市卫生局科研基金资助项目(2006S001A);上海市长宁区卫生局科研基金资助项目(2006D4Y04002)

1 上海市长宁区天山中医医院康复医学科,复旦大学附属华山医院长宁康复分中心,200051

2 复旦大学附属华山医院康复医学科

3 通讯作者

作者简介:崔晓,女,副主任医师

收稿日期:2008-05-14

1.3.4.2 功能训练:在这一阶段,患者基本可用拐或杖室内步行,前述的日常生活动作可继续进行训练,另外,练习双手配合打蝴蝶结、扣纽扣、系鞋带等日常生活活动。并且鼓励适宜重返工作岗位的患者强化训练某些工作技能,以便将来能更好地融入社会生活。对于言语功能障碍的患者,在家庭中可进行简单的言语训练。康复组患者家属在康复医师的指导下,制作一些简易家庭支具,既便宜又方便,对于患者非常有帮助。

对照组患者的内科常规诊疗与康复组无异,未给予任何规范的康复治疗。发现有些患者在临床医生口头叮嘱下自行活动,有些患者家属根据自己的认识,帮助患者活动,而且不排除患者向他处康复机构求助,而进行的一定的康复治疗,但这些治疗不相同于本研究的规范化康复治疗。

1.4 评定方法

采用改良 Barthel 指数评定量表 (the scale of modified Barthel index, MBI),分别对患者入选时(V1)、治疗后2个月末(V2)及5个月末(V3)进行 ADL 能力评价,设有1名康复评定人员,3个社区的所有康复评定均由其进行评测,评定者不知道分组情况,也不参与治疗。

1.5 统计学分析

资料由两组资料员在软件 SPSS 10.0 两次平行分别录入,然后采用软件 EpiData3.0 进行数据的导入、校正和查错,计量资料比较用 t 检验,计数资料比较用 χ^2 检验。

2 结果

比较两组 ADL 能力评定积分,发现治疗前康复组与对照组之间没有明显的差异 ($P>0.05$),治疗5个月后两组患者的 ADL 能力评定积分之间均没有显著性差异 ($P>0.05$)。但是比较治疗5个月后两组 ADL 能力 MBI 积分与治疗前的差值,具有显著性差异 ($P<0.05$),见表2。

表2 两组患者 ADL 能力 MBI 及差值比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	入组时	第5个月末	两者差值
康复组	49.68±24.43 ^①	73.52±24.20 ^①	25.22±14.14 ^②
对照组	61.22±26.78	78.75±21.19	17.50±14.71

两组比较:① $P>0.05$,② $P<0.05$

3 讨论

脑卒中后患者出现运动、感觉、言语、认知等功能障碍使其生存质量下降,给患者家庭和社会都带来了一定的影响。国内外现代康复已经证实,康复治疗可加速脑血管侧支循环的建立,促进病灶周围组织或健侧脑细胞的重组或代偿,极大发挥了脑功能的“可塑性”。由于神经细胞损伤后不能再生、某些神经通路中断不能再接通,此时脑功能的恢复就有赖于中枢神经系统的代偿功能,而学习和训练可促进脑功能^[1]。规范的三级康复治疗在急性脑卒中患者综合功能恢复的过程中具有重要的意义,能够明显地促进患者的综合功能的恢复^[2]。针灸这一传统疗法对脑卒中治疗有其独到之处,Lo 等^[3]的研究表明针灸可以改善患者的运动功能,Hoopwood 等^[4]研究显示针灸能够提高患者的独立性,还有学者认为针灸能显著提高患者的自理能力,改善精神状态^[5]。但

由于各种原因,脑卒中患者不能长期住院康复治疗,常在病情稳定后返回家中继续接受康复治疗,或是由于家属缺乏家庭康复知识和技能,使大部分患者错过最佳康复时机,如此不仅影响了患者自身的工作、生活,同时也给家庭和社会带来了沉重的负担。而社区康复治疗对提高脑卒中患者运动功能和 ADL 的恢复作用显著^[6],能明显提高患者的生存质量^[7],后遗症期患者 ADL 能力的提高是家庭康复的有效标志之一^[8],实践研究证明,脑卒中患者的功能恢复可持续到患病后5年以上,因此,脑卒中患者回归家庭和社区后继续进行康复治疗是非常必要的。

本研究采用针灸结合功能训练等康复治疗技术进入家庭和社区,让回归家庭和社区的脑卒中患者得以继续康复治疗,使脑卒中患者受益,研究表明,两组 ADL 能力评定积分,治疗前没有显著性差异 ($P>0.05$),治疗5个月后两组患者的 ADL 能力评定积分之间均没有显著性差异 ($P>0.05$),但是比较治疗5个月后两组 ADL 能力 MBI 积分与治疗前的差值,可发现治疗5个月后康复组患者的 ADL 能力 MBI 评分提高了25.22分,与对照组提高了17.50分相比,具有显著性差异 ($P<0.05$)。说明适合社区的康复治疗能明显改善脑卒中患者 ADL 能力,提高其生存质量。此研究意义在于:①为社区卫生服务中心培养了康复人才,为进一步开展社区康复打下了基础。②针灸与功能训练的结合,能明显改善脑卒中患者神经功能缺损程度及 ADL 能力^[9]。③针对患者不同时期制定不同的治疗方法,采用个体化的治疗方案,要求患者和家属主动参与和配合治疗,个体化主动康复治疗能明显地改善脑卒中患者肢体运动功能和日常生活活动能力^[10]。④康复治疗同时给予监测血压、血糖、血脂,调整药物控制高危因素,进行卫生宣教和心理疏导等,以预防脑卒中的再发。

参考文献

- [1] 朱镛连主编.神经康复学[M].第1版.北京:人民军医出版社,2001.1—14.
- [2] 胡永善,吴毅,朱玉莲,等.规范三级康复治疗促进脑卒中偏瘫患者综合功能康复的临床研究[J].中国康复医学杂志,2004,19(6):418—421.
- [3] Lo YL, Cui SL, Fook-Chong S. The effect of acupuncture on motor cortex excitability and plasticity [J]. Neurosci Lett, 2005, 384(1—2):145—9.
- [4] Hopwood V, Lewith GT. Does acupuncture help stroke patients become more independent [J]. J Altern Complement Med, 2005, 11(1):175—177.
- [5] Xu Yi. Effects of acupuncture combined with modern rehabilitation technique at early stage on life self-care ability and mental state of the patient of stroke [J]. Zhongguo Zhenjiu, 2005, 25(5): 304—306.
- [6] 陈瑾,倪朝民,陈进,等.社区康复对脑卒中患者运动功能和日常生活活动能力的影响[J].中国康复医学杂志,2008,23(4):322—324.
- [7] 杨坚,乔雷,朱琪,等.个体化主动康复对脑卒中患者偏瘫运动功能和日常生活活动能力的影响[J].中国康复医学杂志,2007,23(6):514—517.
- [8] 冯正仪,张华,胡永善,等.脑卒中家庭康复护理对日常生活活动能力的影响[J].中国临床医学,2003,2(10):148—150.
- [9] 崔晓,胡永善,吴毅,等.针刺结合功能训练对脑梗死恢复期患者日常生活能力的影响[J].中国康复,2007,22(5):314—315.
- [10] 孙惠芳,倪朝民,韩瑞,等.社区康复治疗对脑卒中生存质量的影响[J].中国康复医学杂志,2008,23(4):322—324.