

脑卒中患者手功能障碍的社区康复效果研究*

叶财德^{1,2} 陈立典^{1,4} 杨珊珊³ 陶静³ 韩平¹ 林志诚³

脑卒中是一组突然起病,以局灶性神经功能缺失为共同特征的急性神经系统疾病^[1]。在我国,脑卒中患者已达500万以上,且每年约有150万人新发病,其中大部分的患者脑卒中出院后回到社区中。由于我国仍处于社会主义发展的初级阶段,与西方发达国家相比,经济、医疗保险、社会福利等制度均不完善。因此,在我国社区中,仅有小部分的脑卒中患者能得到的社区康复服务,其中多为简单地接受传统医学的针灸治疗^[2]。因此,以“低成本,广覆盖”为原则,立足于社区资源,制定适宜的脑卒中社区康复方案,提高卫生保健工作的社会效益,是目前卫生工作的迫切任务之一^[3]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在本研究中,2008年12月—2009年12月,在福建省福州市康复条件较成熟的王庄、南街、苍霞、鼓楼4个社区及社区医院中选取符合上述纳入标准并最终完成评估的44例脑卒中患者作为研究对象。入选患者随机分为作业治疗结合针刺疗法组和作业治疗结合运动疗法组。其中作业治疗结合针刺疗法组24例,男12例,女12例;脑梗死17例,脑出血7例;年龄40—75岁,平均 64.79 ± 4.22 岁。作业治疗结合运动疗法组20例,男11例,女9例,两组比较 $P=0.744$;脑梗死14例,脑出血6例,两组比较 $P=0.382$;年龄34—75岁,平均 62.55 ± 5.85 岁,两组上述情况比较差异无显著性意义($P>0.05$),两组具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断标准:参照国家中医药管理局脑病急症科研协作组制定的《中风病诊断疗效评定标准(试行)》^[4]

1.2.2 西医诊断标准:参照1995年中华医学会全国第四届脑血管病学术会议制定的《各类脑血管疾病诊断要点》^[5]

1.3 纳入标准

①符合脑卒中的中西医诊断标准,并经CT或MRI证实的患者;②病程 ≤ 6 个月;③有手功能障碍的临床表现;④年龄75岁以下者;⑤自愿参加本研究项目者,能理解、接受康复指导并实施;家属能够协助进行康复锻炼。

1.4 排除标准

①由其他脑病如脑肿瘤、脑外伤、脑寄生虫病等引起的肢体偏瘫和/或其他功能障碍者;②合并严重并发症,如顽固性高血压、高血糖、心绞痛等;③合并失语者。

1.5 治疗方法

1.5.1 一般处理:了解患者基础病及平日服药情况,观察患者基础病的控制情况,观测患者心律、呼吸、血压,生命体征平稳者可介入治疗。治疗于患者所住场所进行,病情需要进行相应环境的改造。针对患者其他的功能障碍,分别从提高肌力、降低肌张力、治疗肩痛、改善平衡功能和认知功能各方面介入治疗。治疗根据患者具体情况,具体治疗方案参照2008年国家中医药行业科研专项“围作业治疗针灸方案在卒中社区康复中的研究”的治疗方案。

1.5.2 作业治疗结合针刺疗法组治疗方案:作业治疗:原则是日常生活活动训练,传授简单的日常生活知识,提高其日常生活能力、认知能力,指导患者参与一些使人产生兴趣,能够生产出产品或学到具体的生活、职业技能的活动,把康复活动融入趣味活动中。控制能力训练重点按照“姿势—正确性—速度—适应性—耐力”的顺序,动作从简单到复杂,一个动作所做的次数从少到多。早期以旋转对角方向运动为主,视线对着手指,为将来手眼协调做准备。到了后遗症期主要训练手的精细动作,如:小物品摆放、剪纸、书画、绣花、手工贺卡、园艺、捏橡皮泥、下跳棋等。此治疗通过治疗师上门辅导后,可由患者独立完成或者家属协助完成。1周3次,40—50 min/次,1个月为1个疗程。

针刺疗法:穴位:合谷、八邪。操作:选用30号1.5寸不锈钢毫针进行针刺。作业治疗结合针刺疗法组取患侧合谷穴,常规消毒后,向后溪方向透刺1.5寸,取患侧八邪穴向劳宫透刺1.5寸,施捻转手法,以患者感局部酸、麻、胀、重至整个掌部为度,留针30min,其间捻转行针2遍,待取针后立即进行作业治疗。1周3次,40—50min/次,1个月为1个疗程。

1.5.3 作业治疗结合运动疗法组治疗方案:作业治疗结合运动疗法组在作业治疗的基础上,进行运动疗法:患侧手采用主动、辅助主动运动和被动训练,动作以“被动—辅助—主动”

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2011.02.018

* 基金项目:国家中医药行业科研专项(200807059)

1 福建中医药大学,福州,350108; 2 北京市丰台区方庄社区卫生服务中心; 3 福建中医药大学附属第二人民医院; 4 通讯作者
作者简介:叶财德,男,硕士研究生,住院医师; 收稿日期:2010-04-27

为顺序,反复强化,引导完成动作。选用神经肌肉促进术和运动再学习方法相结合的运动疗法,抑制异常姿势,促进正常姿势。此治疗通过治疗师上门辅导后,可由患者独立完成或者家属协助完成。1周3次,40—50min/次,1个月为1个疗程。患者训练时遇到新情况或者困难时及时向治疗师反馈。

1.6 评价

应用简易上肢功能评定量表评价患者的手运动能力;应用改良的 Barthel 指数评定表评定日常生活活动能力。

1.7 统计学分析

采用 SPSS16.0 统计软件包进行统计学分析。计数资料

采用秩和检验比较;计量资料采用成组 *t* 检验。

2 结果

治疗前作业治疗结合针刺疗法组及作业治疗结合运动疗法组在手功能积分和 MBI 方面的比较,差异无显著性意义 ($P>0.05$),具有可比性。作业治疗结合针刺疗法组与作业治疗结合运动疗法组的手功能积分、MBI 在治疗 1 个月后均有提高,与治疗前比较,差异有显著性意义 ($P<0.05$);治疗后的作业治疗结合针刺疗法组患者的 MBI 指数优于作业治疗结合运动疗法组,两者差异有显著性意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后的手功能积分与 MBI 比较

($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	手功能积分(分)			MBI(分)		
		治疗前	治疗后	<i>P</i> 值	治疗前	治疗后	<i>P</i> 值
作业治疗结合针刺疗法组	24	33.75±2.88	50.71±2.54	0.036	57.04±2.17	84.36±1.32	0.000
作业治疗结合运动疗法组	20	31.20±2.75	51.90±2.57	0.019	55.30±2.13	71.10±1.61	0.012
<i>P</i> 值		0.767	0.878		0.791	0.004	

3 讨论

在我国,脑卒中患者多在医院进行康复治疗。但由于“医院或康复中心”的康复服务方式费用高、覆盖面小,患者不可能长期住在医院或康复中心中进行治疗。而且长时间住院不利于患者回归家庭和社会,影响全面康复的效果。脑卒中患者进入相对恢复期后都应转介入家庭或社区进行康复,规范、有效的社区康复可以帮助脑卒中患者保存其残存的功能,继续发挥潜在能力,最大限度地减轻或消除残疾对他们带来的影响,重返社会^[9]。有研究报道^[7-8]在福建省地区由于社区康复资源缺乏、缺乏有效社区康复方案,很多社区脑卒中患者得不到有效的社区康复锻炼。

通过本研究发现,社区脑卒中患者在手运动功能和日常生活能力方面仍有较大的康复空间,迫切需要有规范的社区康复方案指导治疗,使其残存功能和潜在能力恢复到最佳状态。由于手多进行精细运动,与日常生活能力密切相关。为较好地提高患者的日常生活能力,改善生存质量,很多专家学者一直致力于手功能障碍的治疗研究但均未取得理想的效果。本研究基于社区康复的研究,充分利用了作业治疗在社区康复中的优势及其改善患者日常生活能力的特点,并通过制定了规范的康复治疗方法,最终取得了可喜的结果。作业治疗与日常生活密切相关,其立足于日常生活活动并运用这些活动来锻炼患者的日常生活能力,使患者更快、更好地融入社会、生活、学习、工作中。资料表明,作业治疗不仅可以改善患肢的局部血液循环、肌力、关节活动度等,还可以向中枢神经系统输入大量的本体感觉冲动,刺激脑循环,促进神经系统功能再塑^[10]。在作业治疗中,我们根据患者的社会角色等个人需要,参考患者的年龄、兴趣等因素安排其作业活动。通过作业疗法,让偏瘫患者重新掌握正确的运动技巧,强化上肢及手的精细活动,最大程度地恢复患者的日常生活能力。

另外,本研究通过对两组间的比较发现作业治疗结合针刺疗法在改善日常生活能力方面优于作业治疗结合运动疗法。日常生活活动能力评定包括进食、穿衣、如厕、个人卫生、自己洗澡等 10 个方面,它一定程度上反映了脑卒中患者身体的整体情况,这正符合了我国传统医学所提倡的整体观念^[10]。传统医学认为卒中后手功能障碍的主要病机是由于人体的气血阴阳的失调所致。手是手三阳和手三阴相互传输之处,针刺合谷透后溪,贯穿三阴三阳,数经彼此连贯,内外兼收,阴阳互调,增强通经接气,从而达到调节全身阴阳气的效果。作业治疗强调治疗需要融入社会、生活、工作中,特别需注意患者的心理、兴趣等因素^[11]。针刺疗法结合作业治疗,两者相辅相成,相互补充,在治疗社区脑卒中患者的手功能得到最大的保存和恢复。

从本研究结果来看,社区康复患者的残存功能仍有相当大的恢复空间,迫切要求社会更加重视及协助脑卒中患者的社区康复,及早制定规范的社区康复方案。本研究采用作业疗法与针刺疗法相结合治疗社区脑卒中后手运动功能障碍,是传统中医理论和现代康复理论相结合的体现,特别能充分发挥二者在社区康复中的优势,能使二者优势互补,提高治疗效率,为脑卒中患者手运动功能障碍的社区康复提供了新的思路。但由于本研究尚未形成多中心、大样本及长期随访研究,尚存在部分不确定因素及大样本研究,有待后续研究进一步完善。

参考文献

- [1] 栗秀初,孔繁元,范学文,等.现代脑血管病学[M].第 1 版.北京:人民军医出版社,2003:401.
- [2] 卓大宏.中国康复医学[M].第 2 版.华夏出版社,2004:86—90.
- [3] 胡永善,吴毅,朱玉连,等.规范三级康复治疗对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.

- [4] 国家中医药管理局.中医疗效诊断标准[M].南京大学出版社,1994.23.
- [5] 全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,12(6):3.
- [6] 陈立典,杜建.中西医结合康复学[M].北京:人民卫生出版社,2006.93—94,90—92.
- [7] 韩平,陶静,陈立典,等.福建省脑卒中患者社区康复现状调查[J].中国康复医学杂志,2009,24(7):663—664.
- [8] 叶财德,陈立典,陈少枚,等.厦门市脑卒中患者社区康复情况调查分析[J].中国康复医学杂志,2009,24(9):836—837.
- [9] 谢晓冷,张翠香,孙英.早期康复治疗对脑卒中恢复期神经功能缺损及ADL的影响[J].中国康复医学,2005,15(11):650.
- [10] 孙广仁.中医基础理论[M].第1版.中国中医药出版社,2003:10—18.
- [11] 祁奇,郁嫣嫣,屠霞芬,等.社区及家庭康复指导对脑卒中患者日常生活活动能力的影响[J].中国康复医学杂志,2009,24(11):1021—1023.

·社区康复·

居家康复对中后期脑卒中患者 ADL 能力的影响

杜凤珍¹ 邓 朋¹ 侯 莹¹

康复训练可以提高脑卒中患者的各种功能已被大量的临床实践证实。住院期间大多数患者均可接受综合的康复治疗 and 规范的康复训练,但由于医疗资源、经济因素等问题,患者不能长期住院康复治疗,出院后,因目前大部分社区没有康复机构或未开展家庭康复训练,加之患者及家属回家后缺乏住院期间的主动性与积极性,致使许多具有相当恢复潜力的患者残疾加重,带来了复杂的社会问题。因此,出院后的家庭康复训练是脑卒中患者康复过程中的另一个重要阶段,是提高脑卒中患者 ADL 能力的重要途径之一,通过此次调查研究可以看出脑卒中患者在出院回家后如果能够坚持进行康复训练保持治疗的连续性和实用性对患者的 ADL 能力的提高具有重要作用。

1 资料与方法

1.1 研究对象

纳入标准:①符合 1995 年第四次全国脑血管病学术会议制定的脑血管病诊断标准,经临床和头颅 CT 或 MRI 检查,确诊为脑出血或脑梗死;②生命体征稳定,格拉斯哥昏迷量表(Glasgow coma scale,GCS)评分>8;③有肢体功能障碍;④经过 3 个月以上规范康复治疗的出院患者。

排除标准:①未完成 3 个月规范康复治疗者;②电话联系资料不详者;③合并有心、肺、肝、肾功能不全;恶性肿瘤;恶性进行性高血压者;④既往有痴呆病史、精神病史者;⑤病程超过 18 个月者;⑥聋、哑人^[1]。

2006—2009 年期间在我科住院的脑卒中患者,符合纳入

标准且随访资料完整的 123 例作为本次研究的纳入对象。

1.2 方法

1.2.1 根据康复科常规工作,对出院 3 个月患者由专人进行电话随访,随访内容包括:采用修订的巴氏量表(modified Barthel index ,MBI),通过电话交流、家属协助的方式进行 ADL 评定,了解患者的训练情况、生活条件和护理条件等。对 2006 年至 2009 年符合纳入条件的且随访资料完整的 123 例脑卒中患者的资料进行整理,根据是否按照康复医生计划在家进行训练分为训练组和非训练组。凡是由家属或护工基本按照出院制定的训练计划进行训练,每次 30—40min,每天两次,每周不少于 3 天,平时利用日常生活中的动作不定时的进行训练的患者被列入训练组;出院后转入护理院、或在家没有进行训练或很少进行计划训练的患者被列入非训练组。训练组 86 例,其中,男 52 例,女 34 例;平均年龄 61.5±11.6 岁;脑出血 32 例,脑梗死 54 例,其中大面积梗死 32 例,多发性梗死 22 例;伴有不同程度的语言障碍 16 例。非训练组 37 例,其中男 21 例,女 16 例;平均年龄 63.2±13.5 岁;脑出血 15 例,脑梗死 22 例,其中,大面积梗死 13 例、多发性梗死 9 例,伴有不同程度语言障碍 11 例。分别对出院时和出院 3 个月后的 ADL 评定结果进行比较,以观察出院后家庭继续康复训练对脑卒中患者 ADL 的影响。

1.2.2 问卷调查:对于训练组中 52 例患者本人(或家属)通过电话问卷形式进行了“你对自己(或家人)康复效果感到满意吗?”调查。被调查对象 52 例中:男 39 例,女 13 例,平均年龄 62.4±10.5 岁,ADL 测评出院时平均为 67.3±16.6 分,3 个

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2011.02.019

1 苏州工业园区娄葑医院康复科,苏州市通园路葑春街 400 号,215021

作者简介:杜凤珍,女,主任医师;收稿日期:2010-07-28