

[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·

## 居家康复对中长期脑卒中患者 ADL 能力的影响

杜凤珍<sup>1</sup> 邓 朋<sup>1</sup> 侯 莹<sup>1</sup>

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<sup>[1]</sup>。

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

月后 76.6±16.5 分;通过调查了解患者经过医院强化康复训练 3—6 个月后,利用家庭环境进行居家康复使自身功能达到进一步提高的效果自我感觉(或家属)的评价。

1.3 评定内容与标准

1.3.1 采用修订的巴氏量表(MBI)<sup>[2-3]</sup>评定内容包括:洗澡、修饰、进餐、穿衣、如厕、大小便控制、上下楼梯、床椅转移、平地行走 5m 10 项,0、5、10、15 四个功能等级评定,满分共 100 分。

1.3.2 调查结果分三种:非常满意,基本满意和不满意。

1.4 统计学分析

使用 SPSS11.5 统计软件包对资料进行统计学分析,进行  $\chi^2$  检验和 *t* 检验。

2 结果

对两组基本资料,如平均年龄、性别、发病情况、伴随症状进行比较,分别用  $\chi^2$  检验和 *t* 检验,结果见表 1,四项资料无显著性差异( $P>0.05$ )。分别对两组资料进行出院时 ADL 均值与出院后 3 个月 ADL 均值变化的组内比较和组间比较,结果见表 2。训练组患者进行家庭康复后 ADL 有明显提高。非训练组停止机构康复及家庭康复后 ADL 有明显减退。两组出院时 ADL 均值比较  $P>0.05$ ,出院 3 个月后 ADL 均值比较  $P<0.01$ ,结果显示:家庭康复训练组患者的日常生活能力明显高于非康复训练组患者。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		平均年龄(岁)	病变性质(例)		
		男	女		脑出血	脑梗死	伴失语症
训练组	86	52	34	61.5	32	54	16
非训练组	37	21	16	63.2	15	22	11
<i>P</i> 值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

表 2 两组患者出院时和出院 90 天时 ADL 均值的组内和组间比较

组别	例数	出院时	90 天后	<i>P</i> 值
训练组	86	65.8±16.0	77.0±17.3	<0.05
非训练组	37	58.9±19.0	39.2±16.5	<0.05
<i>P</i> 值		>0.05	<0.01	

非常满意率为 36.6%(19/52),基本满意率为 44.2%(23/52),不满意率为 19.2%(10/52);总满意度占 80.8%,反馈信息中建议康复治疗师每周 1—2 次上门服务家庭中训练占 34.6%,建议社区卫生服务站建立训练场所,由专人指导,每周 1—2 次参加训练占 42.3%,建议在家由家属陪同自己训练占 23.1%。

3 讨论

康复治疗可以提高脑卒中患者的 ADL 能力已被很多研究证实。近几年来,随着康复医学的发展,很多学者开始关注

脑卒中后期的康复问题,这是源于社会医疗资源的不足和家庭经济支持困难,脑卒中患者不能长期住院康复治疗的问题。目前我国社区康复工作还不完善,大部分社区没有康复机构,“六位一体”的社区卫生服务还处在萌芽状态,使得每年新发的脑卒中患者出院后完成早、中期康复治疗后续康复治疗发生了困难。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终身残疾,带来了复杂的社会问题。那么出院后后续的功能训练和功能维持的方法将成为康复医学工作者近期研究的目标。本次调查采用了 MBI 评定的方法对患者的生活活动能力进行评测,这种量表具有良好的信度和效度<sup>[2-3]</sup>。作者利用本组资料主要研究脑卒中患者早期阶段在医院康复机构进行强化功能训练大约 3—6 个月后出院,在家中维持性训练和利用日常生活环境进行实用功能训练对提高 ADL 的价值。本研究对象中,训练组患者家庭经济条件普遍比非训练组好一些,文化程度高一些,因此,对患者的病情关注程度要好一些,而非训练组中有 7 个被送到护理院,长期卧床,只给于生活照顾,忽略了功能训练,使已恢复的功能再次丧失,还有的家庭经济困难请不起护工,老人照顾老人,没有能力进行训练。因此,形成了明显的反差。本研究的结果进一步证实,居家康复对脑卒中后期功能恢复是一个重要的途径,与国内资料基本符合。本组资料还显示对于进行医生指导下的家庭训练患者(或家属)对自身功能恢复情况的满意度调查表明,满意度达到 80%以上,说明这种方法是很有价值的。近年来,脑卒中发病率逐年上升,存活者的致残率超过 80%。脑卒中患者回归社会和家庭重建身心平衡、最大限度地恢复自我照顾是其最终的康复目的。文献报道了国外较早注意到加强脑卒中患者回到社区的随访和社区康复治疗,有专门的社区治疗站和志愿者形成社区康复治疗网络,使大多数患者得到康复服务<sup>[7]</sup>。我国的脑卒中患者同样有这方面的需求。通过此次研究从中得到了一些启发:①社区康复是一项迫在眉睫需要发展的社会项目,康复医学三级网络的建立非常重要,二级以上医院康复科做龙头,社区康复站为中转站,居家康复病房为基础的三级康复网络是我国社区康复医学发展的方向,住院患者出院后轻者可以在康复站进行训练,重症或行动不便的以居家康复为主进行功能治疗的延续和巩固。这样对提高患者 ADL 水平有重要的意义。②在社区康复站尚未形成阶段,居家康复不可忽视,医院康复科或社区卫生站均可建立居家康复病房,在康复医生或康复训练员的指导下进行有效功能训练非常必要。

居家康复是社区康复的一种形式,也是我国社保纳入的方式,充分利用家庭资源,因地制宜的设计一些康复计划,培训家庭成员和护工或义工实施,对于脑卒中中后期的康复尤为重要,在我国现阶段,这种方式值得推广。

参考文献

- [1] 中华神经科学会. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379—380.
- [2] 范文可, 胡永善. 日常生活能力评定的研究进展[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30(2): 126—129.
- [3] 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的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.
- [4] 孟兆祥, 李厥宝, 倪朝民, 等. 运动疗法在脑卒中偏瘫康复中的应用[J]. 中国临床康复, 2003, 7(7): 1159.
- [5] 陈进, 倪朝民, 陈瑾, 等. 影响社区脑卒中患者生活质量的相关因素研究[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30(2): 109—113.
- [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.
- [7] 沈光宇, 成彬, 蔡俊燕, 等. 社区康复对脑卒中后遗症患者生存质量的研究[J]. 中国康复医学杂志, 2010, 25(2): 156—157.
- [8] 常淑娟, 邢晓红, 上官琴苗. 家庭康复训练对出院后脑卒中患者日常生活活动能力的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29(8): 548—550.
- [9] 黄凤形, 蒙兰青, 梁连锦. 家庭康复教育对脑卒中患者功能恢复的影响[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2006, 27(11): 1304—1305.
- [10] 巫敏. 脑卒中后遗症期家庭康复的有效性研究[J]. 中国现代医生, 2009(36): 29.
- [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.
- [12] 吴延, 林高萍. 家庭康复训练对亚急性期脑卒中患者运动功能和日常生活活动能力的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2007, 13(9): 866—867.

· 短篇论著 ·

## 强制性使用运动疗法结合作业治疗对偏瘫型脑瘫患儿手功能的影响\*

邱晒红<sup>1</sup> 徐开寿<sup>1,2</sup> 何璐<sup>1</sup> 麦坚凝<sup>1</sup>

强制性使用运动疗法是近年来非常引人注目的针对脑损伤后上肢功能障碍的一种较新的康复训练技术,其主要治疗策略是限制患者的健侧上肢,诱导使用患侧上肢,提供患侧上肢特定行为再塑训练和密集反复的练习机会,来促进患侧上肢运动功能的恢复。脑性瘫痪是造成儿童运动功能伤残的主要疾病之一<sup>[1]</sup>。偏瘫是常见的脑瘫类型之一, 占有脑瘫类型的 14.4%—38.0%<sup>[2-5]</sup>。其主要后遗症表现为单侧肢体功能障碍、感觉和肢体运动也受到不同程度的损伤。偏瘫型脑瘫患儿在日常生活中经常使用健侧上肢,导致患侧上肢的发育性不用(developmental disuse)以及忽略,加重了患侧功能障碍<sup>[6]</sup>。强制性使用运动疗法是 Taub 和其同事经过数年研究<sup>[7]</sup>,由美国 Alabama 大学神经科学研究人员通过动物实验发展起来的治疗上神经元损伤的一种训练方法,它是中枢神经系统可塑性理论为基础,发展起来的一种康复技术。迄今为止,国内有关采用强制性使用运动疗法治疗偏瘫型脑瘫患儿的研究报道较少。本研究对 20 例偏瘫型脑瘫患儿进行强制性使用运动疗法结合作业治疗,取得较好的临床效果,现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 研究对象

选择 2007 年 7 月—2009 年 7 月在广州市儿童医院神经康复科门诊进行治疗的 25 例偏瘫型脑瘫患儿,失访 5 例,最后共有 20 例纳入研究对象。其中男性 12 例,女性 8 例;年龄:3—6 岁,平均(4.5±1.5)岁,右侧偏瘫 13 例,左侧偏瘫 7 例。均符合以下入选标准:①诊断符合脑瘫定义、分型和诊断条件<sup>[8]</sup>;②患侧上肢至少要具备伸腕 10°,拇指掌侧或桡侧外展 10°,其余 4 指中任意 2 指的掌指和指间关节可以伸 10°;③手部感觉的完整性,腕关节与手臂的活动数量:有研究将患手感觉的完整性和/或腕关节及手臂的活动量作为指标<sup>[9]</sup>;④可以理解和执行简单康复训练程序的指令。

排除标准:①上肢接受过矫形外科手术;②上肢有严重功能障碍,伸腕少于 10°,不能对指;③改良 Ashworth 量表:肌张力 ≥ III 级;④戴上限制性器具后有平衡问题;⑤家属不配合配戴矫形器。

#### 1.2 康复治疗方法

1.2.1 患儿治疗期间均给予北京产 KD-2A 经皮电神经刺激

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2011.02.020

\* 基金项目:广州市应用基础研究计划项目(2009J1-C531)

1 广州市妇女儿童医疗中心儿童医院院区神经康复科,广州市人民中路 318 号神经康复科,510120; 2 通讯作者

作者简介:邱晒红,女,康复治疗师; 收稿日期:2010-10-13