

·短篇论著·

个体化训练计划在家庭康复中的应用

李 清¹ 陈丽霞^{1,2}

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^[1],然而依赖住院期间有限时间内的康复训练是远远不够的。对于脑卒中患者而言康复治疗是一个长期甚至持续终身的过程^[2]。有文献报道,约73.5%的患者出院回家后进一步接受康复治疗的愿望^[3]。如何在回归家庭后继续进行系统全面有效的康复训练,是他们亟须解决的问题。另一方面,随着老龄社会的临近,如何维持众多高龄老者的日常生活能力,减少日常生活中因肢体功能减退而发生的意外,也是一个重要的课题。本研究针对每一位患者制定适合的个体化家庭训练计划,并给予详尽的解释和指导,通过一段时间的观察,认为不仅巩固了前期的治疗效果,而且保持了治疗的连续性和实用性,对患者ADL能力的提高具有重要作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2008年3月—2012年1月在我院住院的患者共计60例,按接诊先后顺序编入应用组与非应用组,其中应用组患者30例,男性22例,女性8例;脑卒中患者12例;高龄患者18例;年龄48—103岁,平均 81.63 ± 14.06 岁。非应用组30例,男性21例,女性9例。脑卒中患者13例;高龄患者17例;年龄45—97岁,平均 83.77 ± 10.18 岁。治疗前两组患者的年龄、性别、Barthel评定指数差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。见表1。

入选标准:①脑卒中患者符合第四届全国脑血管病会议通过的诊断标准^[4];②均经头颅CT或MRI检查确诊;③高龄患者年龄在80岁以上,有明显的运动功能迟缓;④所有患者生命体征平稳,无认知功能障碍;⑤所有患者均经过2个月的规范康复治疗。

排除标准:①未完成2个月的规范康复治疗者;②存在认知障碍者;③有严重心功能不全、恶性进行性高血压等重症并发症患者。

1.2 治疗方法

两组患者均于生命体征平稳后开始系统规范康复训练2个月。康复内容包括:①良肢位摆放,定时翻身,2h/次。②上肢肩、肘、腕关节和下肢髋、膝、踝关节的主被动训练,抗阻训练。③床-椅转移、坐-站转移训练。④平衡训练等。

应用组患者进行个体化家庭训练,康复内容包括:①继续前期训练内容;②日常生活动作训练:手指精细动作训练,如小物品摆放、拣豆子、书画写字、使用电话、穿脱衣服、平地步行、上下楼梯等。③要求应用组患者每日记录训练情况,包括训练项目、时间、次数、训练过程中有无不适。④通过电话随访或就诊方式对该表格使用者每周评价1次,并对训练内容进行更新。⑤1个月为1疗程,共2个疗程,2个月后再应用Barthel指数对患者进行评价。

1.3 评价方法

应用Barthel指数于治疗前后对两组患者分别进行日常生活活动能力的评定^[5],内容包括进食、洗澡、修饰(洗脸、刷牙、刮脸、梳头)、穿衣(包括系鞋带等)、控制大便、控制小便、如厕(包括拭净、整理衣裤、冲水)、床椅转移、平地行走45m、上下楼梯等共10项。完全正常为100分,100—61分为虽有轻残疾但尚能独立;60—41分为中度残疾,需大量帮助;40—21分为重度残疾;低于20分为完全残疾。

1.4 统计学分析

采用SPSS13.0统计学软件包对数据进行统计学分析,两组比较采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

治疗前两组在年龄、性别、Barthel指数评定等方面比较,差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。非应用组在出院2个月后的Barthel指数评分显示患者在各方面没有进步($P>0.05$);应用组患者与治疗前相比,Barthel指数评分有显著提高,差异有显著性意义($P<0.05$)。见表2。

3 讨论

近年来康复医学致力于减少患者的住院天数和提高康复效益^[6]。在我国,由于医疗资源有限,使得住院床位紧张,

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2013.01.021

1 中国医学科学院,北京协和医院物理医学康复科,100730; 2 通讯作者
作者简介:李清,女,主管技师;收稿日期:2012-06-29

表1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	应用前 Barthel 指数
		男	女		
应用组	30	22	8	81.63 ± 14.06	40.67 ± 12.07
非应用组	30	21	9	83.77 ± 10.18	41.17 ± 13.16

表2 两组患者治疗前后 Barthel 指数比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	应用前	应用后1个月	应用后2个月
应用组	30	40.67 ± 12.07	64.50 ± 11.25	71.17 ± 14.15
非应用组	30	41.17 ± 13.16	46.09 ± 10.67	46.51 ± 11.73

加之患者的经济压力等问题的束缚,患者不可能长期住院进行康复治疗。回家后患者及家属缺乏住院期间的主动性与积极性^[7],缺少进一步康复训练的指导,使得患者未能维持住前期康复取得的效果,甚至有退步,给患者及其家庭带来极大困扰。

根据世界卫生组织的定义,社区康复是指在社区层面上所采取的康复措施,这些康复措施是利用和依靠社区的人力资源,包括患者本人、他们的家庭和社区人士而实施的^[8]。在社区进行的康复治疗模式是“第三级康复”,而“社区三级康复”是指在家庭进行的家庭康复治疗,即“小三级康复治疗模式”^[9],个体化训练计划即针对此类病人。笔者通过文献检索发现,家庭康复大多强调通过发放康复宣传手册、康复治疗师培训家属或患者在社区医疗站进行康复等手段进行治疗,本研究加入了独创的个体化康复训练周计划表,对患者及患者家属具有更为直观和具体的指导与可操作性,所含内容可增可减,因人而异,具有极大的灵活性。住院期间通过康复医师和治疗师的训练指导,患者已完成早、中期康复治疗。出院后,在此基础上,采取周计划的形式,具体针对患者本人近期需要康复的内容制定适宜的训练计划方案,并采取电话

随访、Email交流、家属来访、本人就医等多种形式,了解训练进程,及时修改训练内容,解疑问。这种形式针对性强,简单易行,适用人群广泛,符合“低成本,广覆盖”的原则^[10]。

本研究发现,出院2个月后患者的各方面功能仍存在较大的恢复空间,因此进行及时、连续的康复治疗,以延续和巩固前期所取得的成果是非常必要的,可以最大限度地帮助患者重建身心平衡,回归社会。

参考文献

- [1] 杜凤珍,邓朋,侯莹.居家康复对中后期脑卒中患者ADL能力的影响[J].中国康复医学杂志,2011,26(2):165.
- [2] 陆蓉蓉,吴敏.慢性病社区康复的适宜技术与规范化管理模式的研究进展[J].中国康复医学杂志,2009,24(11):1052.
- [3] 范文祥,倪朝民,王涛,等.社区康复对脑卒中患者上肢功能及日常生活活动能力的远期疗效观察[J].中国康复医学杂志,2009,24(1):68.
- [4] 全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,12(6):3
- [5] 缪鸿石主编.康复医学理论与实践上册[M].上海:上海科学技术出版社,2000.336.
- [6] 梁连锦,潘卫萍,甘俭.脑卒中早期与晚期康复训练对老年ADL能力的影响[J].中国康复医学杂志,2011,26(10):985.
- [7] 王涛,倪朝民,范文祥,等.社区康复对脑卒中患者功能和生存质量的远期疗效观察[J].中国康复医学杂志,2009,24(10):934.
- [8] 崔立军,胡永善,沈国光,等.社区三级康复改善脑卒中患者神经功能的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2009,24(9):802.
- [9] 崔立军,胡永善,沈国光,等.脑卒中后社区三级康复治疗的卫生经济学评价[J].中国康复医学杂志,2009,24(12):1090.
- [10] 叶财德,陈立典,杨珊珊,等.脑卒中患者手功能障碍的社区康复效果研究[J].中国康复医学杂志,2011,26(2):163.