

综上所述,临床对于术后 PGS 患者应尽早采用针刺及低频电刺激联合治疗,以促进疗效进一步提高,缓解患者痛苦,减少住院时间及费用。

参 考 文 献

- [1] 王吉甫. 胃肠外科学. 北京:人民卫生出版社,2000:284.
- [2] 刘凤林,秦新裕. 根治性胃大部切除术后胃瘫综合征的回顾性研究. 中华胃肠外科杂志,2002,5:245.
- [3] Faussone PM, Cortesini C, Pantalone D. Neuromuscular structures specific to the submucosal border of the human colonic circular muscle layer. Can J Physiol Pharmacol, 1990, 68:1437-1446.
- [4] 方燕飞,陈淑洁,赵岚,等. 体表胃电刺激对非糜烂性返流病患者下食管括约肌压力的影响及疗效观察. 中华消化杂志,2007,27:411.
- [5] 秦新裕,刘凤林. 术后胃瘫的诊断与治疗. 中华消化杂志,2005,25:441.
- [6] Livingston EH, Passaro EP. Postoperative ileus. Dig Dis Sci, 1990,

35:131-132.

- [7] 王守军,刘清徐,袁补全. 腹部手术后胃瘫的诊断与治疗. 中国现代医学杂志,2006,16:907.
- [8] 周国赢. 电针和穴位注射治疗呃逆的疗效分析. 中华物理医学和康复杂志,2004,26:185-186.
- [9] 杨春敏,张秀荣,毛高平,等. 足三里中频电刺激对健康人胃电活动的影响. 中华理疗杂志,2001,24:33.
- [10] 李红星. 中西医结合治疗手术后胃瘫 27 例. 新乡医学院学报,2006,23:607-608.
- [11] 杨敏,方殿春,龙庆林,等. 胃起搏对胃动力紊乱犬胃肌电活动和血浆胃动素水平的影响. 胃肠病学,2003,8:15-19.
- [12] 王虹,顾清,高建萍,等. 胃起搏治疗胃肠动力紊乱患者 12 例. 世界华人消化杂志,2002,10:244-245.
- [13] 秦新裕. 胃十二指肠溃疡外科治疗不同术式与胃肠动力的关系. 中国实用外科杂志,1998,18:59-60.

(收稿日期:2008-09-19)

(本文编辑:易 浩)

作业疗法对脑卒中患者生活质量的影响

朱美红 时美芳 沈雅萍 金妹 顾旭东 傅建明

【摘要】 目的 探讨早期作业治疗对脑卒中患者生活质量的影响。**方法** 将 100 例脑卒中偏瘫患者随机分为对照组($n=50$)和观察组($n=50$),对照组接受常规的临床药物治疗及运动疗法,观察组除接受与对照组相同的治疗外,同时还进行系统的早期作业治疗。在患者入组时和治疗 2 个月均采用世界卫生组织生活质量评定量表简表(WHOQOL-BREF)中文版对其生活质量(QOL)进行评定。**结果** 观察组治疗后 WHOQOL-BREF 各领域的评分及总分、Fugl-Meyer 得分、Barthel 指数与对照组比较,差异均有统计学意义($P<0.01$);2 组治疗前、后总分差值比较,观察组明显优于对照组($P<0.01$)。**结论** 早期系统的作业治疗可以明显改善急性脑卒中患者的 QOL 及运动功能。

【关键词】 脑卒中; 作业疗法; 生活质量; 运动功能

脑卒中是我国的常见病和多发病,在急性期脑卒中救治率明显提高的同时,其致残率却高达 80% 以上^[1],其高度致残性严重影响了患者的生活质量(quality of life, QOL)。如今医学模式已由传统的以治疗为目的转变为以有利于促进人类进步和社会发展,改善生存条件、提高患者 QOL 为最终目标^[2]。因此脑卒中中的康复不能只注重于改善患者的生理功能,更应提高他们的 QOL。国外已进行了多项脑卒中患者 QOL 及其影响因素的横断面研究^[3],为临床上针对性采取措施以提高脑卒中急性期患者的 QOL 提供了有益的参考依据,国内也有类似的研究^[4]。本研究旨在通过临床对照来探讨系统的作业疗法对急性脑卒中患者 QOL 的影响。

资料与方法

一、研究对象

选择 2006 年 7 月至 2007 年 12 月在我院康复医学中心接

受治疗的急性脑卒中患者 100 例作为研究对象,均符合以下病例选择标准:①符合 1995 年全国第 4 届脑血管病会议制定的脑卒中诊断标准^[5],经颅脑 CT 或 MRI 确诊为初次发病;②患者意识清楚,无智力障碍;③存在肢体功能障碍;④年龄为 42~70 岁,无严重心、肺、肾脏器官疾病;⑤脑梗死发病 2~24 d 或脑出血后 12~24 d,神智恢复,格拉斯哥昏迷评分(Glasgow Coma Scale, GCS)8 分,生命体征稳定。

将上述 100 例患者按入院顺序随机分为对照组与观察组。观察组 50 例患者中,男 32 例,女 18 例;年龄(64.1 ± 5.2)岁;脑梗死 35 例,脑出血 15 例。对照组 50 例患者中,男 33 例,女 17 例;年龄(63.0 ± 4.1)岁;脑梗死 33 例,脑出血 17 例。2 组间的一般资料,如性别、年龄、文化、病因、偏瘫部位、既往史、发病时间、不良生活习惯等比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

二、治疗方法

对照组于入院时即给予常规药物治疗,脑出血患者给予脱水、护脑等处理;脑梗死患者给予抗凝及改善脑循环等治疗,脑梗死面积较大者还给予脱水处理等。待神经学表现不

再加重、生命体征平稳 48 h(脑出血患者延长 1 周)后即开始运动疗法,主要包括:①良肢位的摆放;②维持关节活动度的训练;③抗痉挛训练;④坐、站位平衡功能的训练;⑤体位转移及步态的训练(以 Bobath 和 Rood 手法为主),联合应用运动再学习方案(motor relearning programme,MRP),根据不同情况可采用反射性抑制手法、反射性促通手法、叩击关键点等手法。以上治疗每日 2 次(上、下午各 1 次),每次 45 min,每周训练 6 d,4 周为 1 个疗程。

观察组患者在对照组治疗方法的基础上增加早期作业治疗,每日 1 次,每次 60 min,每周 6 d。作业治疗师治疗过程均实施“一对一”方式。

作业治疗方法包括:①弛缓期选择增强肌力、减轻疼痛,增强肩关节稳定性的作业,如双手交叉握,健肢带动患肢在治疗桌上抱篮球训练以及桥式运动,每日 2 次,每次各 50 下。②痉挛期选择改善肌力、肌张力及关节活动范围的作业,如双手叉握,患手大拇指在上推滚圆筒,伸肘时健手压在患手上并停留 10~15 s;健手覆盖患手采用单柄刷板擦拭一定高度的摩擦板;患手指稍能屈伸者用双柄刷板,伸肘达到最大限度时保持 10~15 s;利用手撑床面、分指板来防止和矫正手指屈肌痉挛或挛缩畸形。每日 2 次,每次 30 min。③恢复期采用增强协调能力、增强耐力、改善手指精细功能的作业(包括——A 插木钉的训练;B 捏揉橡皮泥、揉面团的训练;C 搭积木、拼图案、上螺母、旋转套圈、使用书报夹、下跳棋、抛实心球、打保龄球等的训练)。每日 1 次,每次 50 min。④ADL 训练,结合日常生活,改善整体功能。⑤提高感觉和认知功能的作业训练:包括视听触温训练、位置觉训练、认物辨别训练以及记忆、理解、表达力训练。也可通过日常用语交流来恢复、提高缺失的感知能力。每日 1 次,每次 30 min。⑥改善患者心理状态的作业训练,练习书法、插花、下棋、球类、游戏、编织、看电视等可调节患者的心情,陶冶情操,形成积极乐观的人生态度。可根据患者的兴趣爱好及各自的特殊情况制订相应的作业内容,最好采用集体活动形式。“一对一”治疗之后,根据患者的爱好安排一系列的作业活动来强化患者正常模式输入,抑制异常运动输出。以上治疗每周治疗 6 d,4 周为 1 个疗程。

三、评定标准

分别于 2 组患者入组时(治疗前)与治疗 2 个月后,采用世界卫生组织生活质量评定量表简表(World Health Organization Quality of Life Scale-Brief,WHOQOL-BREF)中文版对患者生理、心理、独立性和环境 4 个领域进行评定(共 26 个问

题)^[6]。每个问题得分最低为 1 分,最高分为 5 分,满分为 130 分。采用自我报告法(Self-report),患者用量表自行评分,然后交给评估者。如患者有能力阅读量表就由患者本人填写或回答,否则可由评估者或其家属帮助阅读或填写,所有调查均取得患者同意。

运动能力:采用 Fugl-Meyer 肢体功能评价法,共 50 项,每项得分 0~2 分。其中上肢 66 分,下肢 34 分,总分 100 分,<50 分为有严重运动障碍。

日常生活活动能力:采用 Barthel 指数评价,共 10 项,每项 0~15 分不等,总分 100 分,<60 分为不能自理。

四、统计学分析

所有数据均采用 SPSS 11.5 版统计软件包处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间和组内比较采用 *t* 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

2 组患者治疗前和治疗 2 个月后(治疗后),WHOQOL-BREF 评分情况见表 1,Fugl-Meyer 得分、Barthel 指数评分情况见表 2。

讨 论

偏瘫是脑卒中患者发病后最常见的功能障碍^[7],患者还会出现感觉、吞咽、言语、视力、认知^[8,9]、记忆、定向、精神、心理和社会关系^[10]等方面的功能障碍,这些都严重影响患者的 QOL,同时脑卒中也造成了患者周围环境的急剧变化,而患者 QOL 的优劣则是其心理、生理、独立性、社会关系、环境/宗教/个人信仰等诸多方面的综合体现^[11]。减少患者功能障碍,提高其 QOL,使之回归家庭,乃至重返社会是康复工作早期就应关注的问题,也顺应了当代康复医学以功能为导向的研究方向^[12,13]。本课题采用 WHOQOL-BREF 对脑卒中偏瘫患者 QOL 进行评价,以了解脑卒中患者急性期和恢复期 QOL 的变化及康复治疗对其影响。已有研究证实该简表具有良好的信度和效度^[4]。

脑卒中后的高度致残性严重影响了患者的身心健康和 QOL。传统的评价指标往往仅关注局部躯体功能改善情况。如今医学模式已由传统的以治病为目的转变为以有利于人类的进步和社会发展、改善生存条件、提高患者 QOL 为最终目标^[2]。因此关注患者的 QOL 成了现代康复医学必然发展趋势之一。作业治疗作为康复疗法中的一个重要手段,可使身体、

表 1 2 组患者治疗前、后 WHOQOL-BREF 评分情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	生理领域	心理领域	独立性领域	环境领域	总分
观察组	50					
治疗前		18.62 ± 3.24	15.42 ± 3.92	5.76 ± 3.68	17.52 ± 4.23	57.32 ± 12.27
治疗后		27.07 ± 3.41 ^{ab}	23.04 ± 2.79 ^{ab}	14.32 ± 2.43 ^{ab}	25.78 ± 4.36 ^{ab}	89.14 ± 14.38 ^{ab}
对照组	50					
治疗前		19.13 ± 3.59	14.36 ± 4.17	5.73 ± 2.79	18.68 ± 2.59	57.90 ± 15.43
治疗后		23.01 ± 2.81 ^a	19.01 ± 3.11 ^a	8.12 ± 2.42 ^a	20.34 ± 2.73 ^a	70.64 ± 13.56 ^a

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.01$,与对照组同期比较,^b $P < 0.01$

表 2 2 组患者治疗前、后 Fugl-Meyer 评分及 Barthel 指数比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	Fugl-Meyer 评分	Barthel 指数
观察组	50		
治疗前		15.1 $\pm$ 5.6	16.1 $\pm$ 5.5
治疗后		78.3 $\pm$ 5.7 ^a	80.7 $\pm$ 5.9 ^a
对照组	50		
治疗前		15.5 $\pm$ 4.7	15.8 $\pm$ 4.2
治疗后		66.2 $\pm$ 4.9 ^{ab}	68.2 $\pm$ 4.9 ^{ab}

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.01$;与观察组同期比较,^b $P < 0.01$

精神及认知障碍的个体获得功能或得以控制,因此在康复治疗中起着极其重要的作用。在作业治疗和 ADL 的训练中我们根据患者的生活习惯、日常喜好、兴趣等安排作业活动,通过作业疗法,让患者重新掌握正确运动技巧。本研究结果显示,入组时患者 WHOQOL-BREF 总分、Fugl-Meyer 得分、Barthel 指数差异均无统计学意义,经过 2 个月治疗,观察组 WHOQOL-BREF、Fugl-Meyer 得分、Barthel 指数明显优于对照组($P < 0.01$),且 2 组治疗前、后总分值差值比较,差异也有统计学意义($P < 0.01$),说明早期作业疗法有利于脑卒中患者 QOL 的改善,这与国内外研究结果一致。

脑卒中患者的神经功能缺损严重影响患者的 QOL。运动疗法能够提高患者肢体运动功能,但是仍然达不到全面康复的目的,作业疗法作为现代康复的一个重要组成部分,对患者的 QOL 有着越来越大的影响,可通过与日常生活、工作、娱乐有关的作业活动,指导患者有目的和有选择地进行某项活动,以患者自身的主动活动为主,充分发挥患者的主动性,消除依赖性。完成一项作业常常需要协调综合地发挥躯体、心理、认知等方面的作用,因而有利于调节情绪,提高注意力,增强记忆,增强心理上的独立感,进一步改善和恢复其心理和社会功能。有目的的作业活动能维持关节活动度,抑制异常活动模式,提高平衡及协调功能,改善心理和认知状态^[14],对患者的心理、生理、独立性、环境领域均可产生积极影响,从而提高患者的 QOL。

本文研究结果显示,患者发病 1、2 周内利用健肢功能及患肢残存功能,进行日常生活活动再学习训练和(或)使用适当自助具完成翻身、进食、转移等活动,使患者尽量获得部分生活自理能力,可避免产生继发性神经萎缩及形成不正常的神经突触和运动模式。总之,作业疗法除了可使患者身体功能得以恢复,还关注其社会心理状况,把患者的个人与家庭环境和社会连接起来,从患者的个人功能的潜力和需要出发,通过

作业治疗,逐步适应家庭和社会环境^[17],有效地促进脑卒中患者的全面康复和 QOL 的提高。

参 考 文 献

- [1] 姜从玉,胡永善,吴毅,等. 规范三级康复治疗对脑卒中患者生存质量的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28:611-614.
- [2] 徐军青,邱纪方,俞莲娟. 早期康复干预对急性脑卒中患者生存质量的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28:696-698.
- [3] 郭铁成,陈小红. 急性期脑卒中患者生存质量及 SF-36 适用性研究. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29:822-824.
- [4] 曹卫华,李俊,郭春晖,等. 脑卒中患者生存质量的影响因素分析. 中华物理医学与康复杂志, 2005, 27:308-311.
- [5] 王茂斌,主编. 脑卒中的康复医学. 北京:中国科学出版社, 2006:25-50.
- [6] 陆敏,彭军,尤春景,等. WHOQOL-BREF 在脑卒中偏瘫患者中的应用. 中华物理医学与康复杂志, 2004, 26:212-214.
- [7] Samsa GP, Matchar DB. How strong is the relationship between functional status and quality of life among persons with stroke? J Rehabil Res Dev, 2004, 41:279-282.
- [8] Hochstetbach J, Prigatano G, Mulder T. Patients, and relatives, reports of disturbances 9 months after stroke: subjective changes in physical functioning, cognition, emotion, and subjective changes emotion, and behavior. Arch Phys Med Rehabil, 2005, 86:1587-1593.
- [9] 王俊,李国荣,朱美兰,肖耀华. 家庭支持对脑卒中患者运动功能和情绪的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2003, 23:178-179.
- [10] Murray V, Martensson B. Emotional reactions common sequelae of stroke. Lakartidningen, 2004, 101:2108-2115.
- [11] Lalu RE. Changes in the quality of life of cerebral stroke patients in the first year after rehabilitation. Z Gerontol Geriatr, 2003, 36:484-491.
- [12] Teasdale TW, Engberg AW. Psychosocial consequences of stroke: a longterm population-based follow-up. Brain Inj, 2005, 19: 1049-1058.
- [13] Vestling M, Ramel E, Iwarsson S. Quality of life after stroke: well-being, life satisfaction, and subjective aspects of work. Scand J Occup Ther, 2005, 12:89-95.
- [14] 朱美红,时美芳,董力微,等. 早期作业疗法对脑卒中单侧空间忽略患者康复疗效的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29: 830-833.
- [15] 黄锦文. 作业治疗从寻找意义开始. 中华物理医学与康复杂志, 2005, 27:56-57.

(修回日期:2008-11-30)

(本文编辑:阮仕衡)

欢迎订阅《中华物理医学与康复杂志》