

综上所述,本研究采用的综合康复干预是一种集药物治疗、康复训练、心理康复于一体的治疗模式,能进一步提高脑卒中患者临床疗效,对改善患者运动功能及 ADL 能力、降低致残率、提高生活质量等具有重要意义。

参 考 文 献

- [1] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点. 中华神经科杂志, 1996, 29: 379-380.
- [2] 汪士松. 综合康复治疗对脑卒中偏瘫患者下肢功能障碍的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30: 42-43.
- [3] 南登崑, 主编. 康复医学. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 33-38.
- [4] 马艳, 刘琦, 李浩, 等. 及早康复介入对急性期脑卒中患者肢体功能恢复的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28: 328-329.
- [5] 李蹕, 倪朝民, 韩瑞. 急性脑卒中三级康复的功能结局和经济学评价. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29: 192-195.
- [6] 刘罡, 吴毅, 吴军发. 脑卒中后大脑可塑性的研究进展. 中国康复医学杂志, 2008, 23: 87-90.
- [7] 孙皓, 郭富强. 脑卒中后康复训练影响神经功能恢复机制的研究进展. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30: 340-342.
- [8] 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.
- [9] 窦祖林. 脑卒中康复治疗不容忽视的若干问题. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29: 289-291.
- [10] 李春燕, 方岩, 杨青松. 脑卒中后抑郁症对患者肢体运动功能和日常生活活动能力康复的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29: 349-350.
- [11] 王素祥, 杨艳琴. 早期心理干预对脑卒中后抑郁症的预防作用. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30: 265-266.

(收稿日期: 2008-04-12)

(本文编辑: 易 浩)

具体指导下的家庭康复治疗对脑卒中偏瘫患者疗效的影响

王璐平 田泽丽

【摘要】 目的 观察具体指导下的家庭康复治疗对脑卒中偏瘫患者运动功能及日常生活活动(ADL)能力的影响。**方法** 将 52 例脑卒中偏瘫患者随机分为康复组和对照组。康复组患者出院时由治疗师制定详尽的家庭康复计划,并对其家属进行康复知识培训;出院后康复组患者严格按照康复计划进行家庭康复训练(期间由患者家属给予协助),并定期到医院接受评估指导。对照组患者出院后未给予上述系统家庭康复训练,仅让其自行在家进行康复训练。于出院时、出院后 3 个月和 6 个月时采用 Fugl-Meyer 运动功能评分(FMA)、改良 Barthel 指数(MBI)对 2 组患者运动功能、ADL 能力进行评定。**结果** 出院后 3 个月和 6 个月时,2 组患者 FMA 评分及 MBI 评分均较出院时显著改善,且康复组改善幅度明显优于对照组($P < 0.05$);康复组出院后 6 个月时,其 FMA、MBI 评分与出院后 3 个月时比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),而对照组差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 具体指导下的家庭康复治疗可显著促进脑卒中偏瘫患者运动功能和 ADL 能力恢复,是一种行之有效的脑卒中康复治疗手段。

【关键词】 具体指导; 家庭康复; 脑卒中; 偏瘫

脑血管疾病是严重危害中、老年人群身心健康的常见病之一,具有高发病率、高死亡率、高致残率及高复发率等特点。在脑卒中幸存者中,约有 75% 患者存在不同程度劳动能力丧失。由于经济条件等因素的制约,多数患者在医院内接受神经科治疗和短时间早期康复治疗后即出院,但此时患者及家属多缺乏基本康复知识,容易导致患者出院后形成异常动作模式,从而影响其运动功能恢复。本研究通过对脑卒中出院患者进行系统、正规家庭康复干预,观察其对患者运动功能及日常生活活动(activities of daily living, ADL)能力的影响。现报道如下。

资料与方法

一、研究对象

共选取 2005 年 3 月至 2006 年 8 月间在我院神经内科和康

复科住院的急性脑卒中偏瘫患者 52 例,患者纳入标准如下:①符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议修订的脑卒中诊断标准^[1];②病情稳定,包括神经病学和其它并发症情况;③年龄 < 80 岁;④有明显运动功能障碍,或伴有言语、吞咽功能障碍;⑤有足够的认知功能,可主动配合运动训练;⑥无严重心肺系统疾患或其它严重合并症等;⑦有较为固定的亲属能够帮助患者实施家庭康复治疗。患者排除标准如下:①病情严重或进行性加重;②伴有严重并发症,如严重感染、糖尿病酮症、急性心肌梗死、失代偿性心功能不全等;③家庭支持不足等。将符合上述入选条件的 52 例患者随机分成康复组和对照组。康复组患者 26 例中,男 16 例,女 10 例;脑出血 11 例,脑梗死 15 例;年龄 44 ~ 76 岁,平均 (58.6 ± 5.74) 岁;左侧瘫 12 例,右侧瘫 14 例。对照组患者 26 例中,男 15 例,女 11 例;脑出血 12 例,脑梗死 14 例;年龄 40 ~ 78 岁,平均 (56.2 ± 6.12) 岁;左侧瘫 14 例,右侧瘫 12 例。2 组患者一般情况及病情经统计学分析,组间差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

二、治疗方法

2 组患者住院期间均接受神经科常规药物治疗及短期(2~4 周)康复治疗;出院后 2 组患者均继续接受常规药物治疗。康复组患者于出院时,由治疗师为其制订详细家庭康复方案,同时对患者家属进行康复知识培训。患者出院后,由其家属指导患者进行运动功能训练及 ADL 训练,每次 40~60 min,每日至少训练 1 次。患者由家属陪同定期(出院初期每 1~2 周 1 次,3 个月后改为每 3~4 周 1 次)到医院复诊,治疗师则根据患者实际恢复情况及时调整治疗方案。对照组患者自然出院,未明确要求其家属接受康复治疗指导及定期复诊,不排除部分患者在家中自行进行运动训练、针灸等康复治疗。

康复组患者出院后家庭康复内容主要包括:①偏瘫侧肢体良肢位摆放;②偏瘫侧肢体各关节被动运动;③躯体转移及平衡训练,包括翻身、床上侧方移动、卧位和坐位转换、坐位平衡、坐位与站立位转换、站立平衡训练等;④步行前训练及步行训练,步行前训练包括重心转移、单腿负重、主动屈膝、屈髋、踝背屈训练等,步行训练包括平地走、前后及侧方行走、上下楼梯训练等;⑤偏瘫侧上肢及患手功能训练,包括肩屈曲、外展训练、肘屈伸、腕屈伸、手指屈伸训练等;⑥ADL 训练,如穿脱衣服、进食、洗梳、洗澡及如厕等生活自理性活动;⑦选择性作业训练,针对患者功能障碍情况,并结合其兴趣、爱好设计不同作业活动,如揉泥巴、编织、锤钉、打字、摆棋子、家务活动等;⑧进行心理治疗及社会适应能力训练,鼓励患者与周围人群交流,促其积极参与家庭和社会活动;⑨进行脑卒中相关知识宣教,向患者及家属讲解脑卒中病因、危险因素、饮食及用药注意事项等。对照组患者出院后未给予上述系统康复治疗,患者仅凭自身知识在家中自行进行康复训练。

三、疗效观察指标及评定标准

2 组患者分别于出院时(发病后 4~6 周)、出院 3 个月及出院 6 个月时进行运动功能、ADL 能力评定。运动功能评定采用 Fugl-Meyer 运动功能评分(Fugl-Meyer assessment, FMA),ADL 能力评定采用改良 Barthel 指数(modified Barthel index, MBI),根据 MBI 评分结果,可将患者 ADL 依赖程度分为完全依赖(<20 分)、重度依赖(21~40 分)、中度依赖(41~60 分)、轻度依赖(>60 分)、独立(100 分)共 5 个级别。所有患者评定均由同一位对本研究不知情的康复医师负责。

四、统计学分析

本研究所得数据以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 SPSS 10.0 版统计学软件进行数据分析,计量资料比较采用 *t* 检验,患者 ADL 依赖程度比较采用秩和检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

结 果

一、2 组患者出院后运动功能比较

2 组患者出院时,其 FMA 评分组间差异无统计学意义($P > 0.05$);出院后 3 个月及 6 个月时,2 组患者 FMA 评分均较出院时明显提高($P < 0.05$),且康复组 FMA 评分提高幅度显著大于对照组($P < 0.05$);康复组出院后 6 个月时 FMA 评分与出院后 3 个月时比较,差异也有统计学意义($P < 0.05$);而对照组出院后 6 个月时 FMA 评分与出院后 3 个月时比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具体数据详见表 1。

表 1 2 组患者出院后不同时间点运动功能比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	FMA 评分		
		出院时	出院后 3 个月	出院后 6 个月
康复组	26	35.42 ± 20.36	56.47 ± 19.33 ^{ac}	65.21 ± 20.63 ^{abc}
对照组	26	33.59 ± 21.36	44.56 ± 21.33 ^a	46.32 ± 18.69 ^a

注:与出院时比较,^a $P < 0.05$;与出院后 3 个月时比较,^b $P < 0.05$;与对照组比较,^c $P < 0.05$

二、2 组患者出院后 MBI 评分结果比较

2 组患者出院时,其 MBI 评分组间差异无统计学意义($P > 0.05$);出院后 3 个月和 6 个月时,2 组患者 MBI 评分均较出院时明显提高($P < 0.05$);且康复组 MBI 评分改善幅度显著大于对照组($P < 0.05$);康复组出院后 6 个月时 MBI 评分与出院后 3 个月时比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$);对照组出院后 6 个月时 MBI 评分与出院后 3 个月时比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具体数据详见表 2。

表 2 2 组患者出院后不同时间点 MBI 评分结果比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	MBI 评分结果		
		出院时	出院后 3 个月	出院后 6 个月
康复组	26	32.1 ± 19.8	65.8 ± 21.6 ^{ac}	74.8 ± 20.3 ^{abc}
对照组	26	31.6 ± 24.6	46.6 ± 21.3 ^a	48.3 ± 19.5 ^a

注:与出院时比较,^a $P < 0.05$;与出院后 3 个月时比较,^b $P < 0.05$;与对照组比较,^c $P < 0.05$

三、2 组患者出院后 ADL 依赖程度比较

出院时 2 组患者依赖程度组间差异无统计学意义($P > 0.05$),均以严重依赖或中度依赖为主;出院后 3 个月及 6 个月时,发现 2 组患者依赖程度组间差异均有统计学意义($P < 0.05$);在出院后 3 个月时,康复组中处于严重依赖程度患者比例下降,而处于中度或轻度依赖程度患者比例上升;在出院后 6 个月时,康复组功能独立患者比例明显上升;对照组患者依赖程度也有类似变化趋势,但改善幅度远不及康复组显著,组间差异具有统计学意义($P < 0.05$),具体数据详见表 3。

表 3 2 组患者出院后不同时间点依赖程度比较(例)

组 别	例数	完全依赖	严重依赖	中度依赖	轻度依赖	独立
康复组						
出院时	26	1	7	17	1	0
出院后 3 个月	26	0	0	12	8	6
出院后 6 个月	26	0	0	8	6	12
对照组						
出院时	26	2	7	15	2	0
出院后 3 个月	26	1	4	13	6	2
出院后 6 个月	26	0	4	11	8	3

讨 论

目前临床普遍认为,脑卒中后肢体功能恢复时间基本在发病后 3 个月以内,约 95% 脑卒中患者上肢功能恢复到平台期的时间为发病后 6~10 周,下肢为发病后 4~11 周;发病 6 个月,脑卒中患者瘫痪肢体运动和步行能力进一步改善的可能性相对较小^[2]。本研究结果表明,出院时 2 组患者运动功能评分差异无统计学意义($P > 0.05$);出院后 3 个月时,2 组患者运动

功能评分均较出院时提高,但以康复组改善幅度更显著,且康复组患者出院后 6 个月时运动功能评分较出院后 3 个月时仍有显著提高,而对照组患者出院 3 个月时,其运动功能再无显著改善。关于 ADL 能力的恢复,临床普遍认为 95% 脑卒中患者 ADL 能力恢复至平台期的时间为发病后 11.2 周^[2]。本研究结果发现,康复组患者出院后 6 个月时 ADL 能力较出院后 3 个月时仍有显著提高,而对照组患者出院 3 个月时,其 ADL 能力再无明显提高。出院后 3 个月时,康复组处于严重依赖程度患者比例下降,处于中度或轻度依赖程度患者比例上升;出院后 6 个月时,康复组功能独立患者比例明显上升,对照组也有类似变化趋势,但改善幅度明显不及康复组显著。上述结果均表明,持续、系统的家庭康复治疗可进一步提高恢复期和后遗症期脑卒中患者运动功能和 ADL 能力。这与国内一些研究结果类似^[3-5]。

有研究指出,系统康复治疗应贯穿于脑卒中后发病不同阶段^[5],当脑卒中患者病程进入中、后期时,此时多数患者已出院回到社区和家庭中,该阶段仍需进行康复干预。目前我国已提出社区卫生服务应具有包括康复在内“六位一体”的功能,但实际上多数地区康复体系还不够完善,由于人力、经费等因素限制,不能保证每一例社区脑卒中患者获得长期、有效的社区康复服务^[6]。对大多数脑卒中患者而言,依靠家属进行家庭康复训练是更加切实可行的方法。本研究为康复组每位患者制定了“家庭康复计划”,同时对患者家属进行康复知识培训,要求患者定期复诊,适时调整康复训练内容。本研究除重视恢复患者运动功能外,还因人而异为其设计作业治疗方案,并对患者 ADL、心理状况进行积极干预。这种在治疗师具体指导下的家庭康复干预可保证患者每天的有效康复时间,并促使其将运动训

练内容与日常实际生活相结合;另外患者在家庭环境中进行康复训练,有利于其克服不良情绪,提高参与康复治疗的积极性;同时家庭康复干预还可显著降低脑卒中患者康复医疗费用,提高资源利用率^[7]。

综上所述,本研究所采用的家庭康复干预(在治疗师具体指导下)是一种行之有效的康复治疗手段,该治疗方案与目前我国脑卒中偏瘫患者数量众多、经济条件有限等特点相适应,值得临床推广、应用。

参 考 文 献

- [1] 中华神经学会,中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点. 中华神经科杂志,1996,29:60-61.
- [2] 卓大宏,主编. 中国康复医学. 2 版. 北京:华夏出版社,2003:757-807.
- [3] 王振升,孙英华,王莉,等. 家庭康复治疗对脑卒中偏瘫的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志,2003,25:116-117.
- [4] 李永林. 脑卒中患者社区家庭康复治疗的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志,2007,29:84.
- [5] 林秋兰,张长杰,冯南尧. 出院康复指导对脑卒中患者日常生活活动能力恢复的影响. 中国康复理论与实践,2004,10:702-703.
- [6] 陈春铁. 北京市西城区社区康复的实践与思考. 中国康复理论与实践,2002,8:252-253.
- [7] 王俊,李国荣,朱美兰,等. 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,2003,25:178-179.

(修回日期:2008-05-09)

(本文编辑:易 浩)

低频脉冲电磁场为主治疗骨质疏松症疼痛的影响因素分析

杨 闯 周贤刚 何成奇

【摘 要】 目的 探讨以低频脉冲电磁场为主治疗骨质疏松症疼痛的影响因素,为减轻患者痛苦和提高临床疗效提供依据。**方法** 应用低频脉冲电磁场、超短波、健康教育及口服维生素 D 钙咀嚼片等方法综合治疗 106 例骨质疏松症患者。于治疗前、后,采用视觉类比量表(VAS)对患者疼痛程度进行评估,并按“中药新药临床研究指导原则”中骨质疏松症疗效判定标准评定疗效,对可能影响其疼痛缓解的因素进行 Logistic 回归分析。**结果** 以低频脉冲电磁场为主的综合疗法治疗骨质疏松症疼痛的近期缓解率为 74.53%;Logistic 回归分析显示,性别、患者体质、是否合并偏(截)瘫等是其影响因素。**结论** 性别、患者体质、是否合并偏(截)瘫等因素对骨质疏松症患者疼痛的缓解有重要影响,应尽早采取针对性防治措施,以提高临床治疗骨质疏松症的疗效。

【关键词】 骨质疏松症; 疼痛; 低频脉冲电磁场; 影响因素

腰背疼痛是骨质疏松症(osteoporosis, OP)患者最为常见的症状,严重影响患者的生活质量。近年来,随着康复医学的发展,低频脉冲电磁场(pulsed electromagnetic field, PEMF)在临床

上已广泛用于 OP 的治疗^[1]。临床实践表明,多数 OP 患者经过系统规范的以 PEMF 为主的治疗,预后均良好,对腰背疼痛的缓解具有见效较快、维持时间较长、无副作用等优点^[2-4]。尽管如此,还是有少数 OP 患者即使经系统、规范、长程的康复治疗,疼痛改善仍不明显,严重影响患者的日常生活。为更加有效地诊治该病症,笔者对可能影响 OP 疼痛缓解的因素进行了分析,现将研究结果报告于下。

作者单位:642150 内江,四川省隆昌县人民医院康复医学科(杨闯、周贤刚);四川大学华西医院康复医学科(何成奇)

通讯作者:周贤刚,Email:zxg1026@tom.com