

评分之间呈明显负相关,说明气候的变化对该疾病有负面影响,而其它方面的影响不太明显,这可能与本国的国情有关,人们在对待疾病时,还并不能将其与环境因素联系,相信随着生活水平和健康意识的提高,环境因素会成为影响疾病发展变化的一个重要方面。

中文版下背痛简明 ICF 类目评分与 ODI 和 RMDQ 得分均具有较高的相关性,因此在对下背痛患者进行临床评定时,ICF 核心要素也能成为一种新的评定工具。同时,ICF 核心要素作为国际通用的标准化术语系统,不仅可以作为临床工具,也可以作为统计工具、研究工具等,将有助于对下背痛疾病的深入诊断、治疗和研究。但是需要指出的是,本研究样本数量较少,且具有一定的地域限制,同时也没有运用国际上在选择 ICF 核心要素时采用的 Delphi 方法^[11],可能导致所筛选的类目并不能完全反映我国下背痛患者在各方面面临的所有问题,有待进一步研究。

参 考 文 献

- [1] 邱卓英.《国际功能、残疾和健康分类》研究总论.中国康复理论与实践,2003,9;2-5.
- [2] 郑光新,赵晓鸥,刘广林,等. Oswestry 功能障碍指数评定腰痛患

- 者的可信性.中国脊柱脊髓杂志,2002,12;13-15.
- [3] 何高,张建湘,申才良,等.汉译 Roland-Morris 功能障碍调查表评估下腰痛患者的可靠性.中国脊柱脊髓杂志,2005,15;243-245.
- [4] 梁新军,夏仁云,夏侃.下腰痛的诊断与治疗.中国疼痛医学杂志,2005,11;41-42.
- [5] Alarcos C, Gerold S, Martin W, et al. ICF Core Sets for low back pain. J Rehabil Med 2004, 7;69-74.
- [6] Ustun TB, Chatterji S, Bickenbach J, et al. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. Disabil Rehabil, 2003, 25;565-571.
- [7] Alarcos C, Gerold S, Martin W, et al. ICF Core Sets for chronic widespread pain. J Rehabil Med, 2004, 7;63-68.
- [8] Tanja S, Alarcos C, Thomas B, et al. Content comparison of low back pain-specific measures based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). J Clin Pain, 2006, 22;147-153.
- [9] Marjon E, Aage I, Tulder V, et al. Functioning description according to the ICF model in chronic back pain: disablement appears even more complex with decreasing symptom-specificity. J Rehabil Med, 2006, 38;93-99.
- [10] Nordenfelt L. Action theory, disability and ICF. Disabil Rehabil, 2003, 25;1075-1079.
- [11] Martin W, Alarcos C, Christina A, et al. Delphi exercise. J Rehabil Med, 2004, 7;69-74.

(收稿日期:2007-06-09)

(本文编辑:吴倩)

脑卒中患者社区康复的疗效观察

尚翠侠 赵昭 王小娟 庞黎娟 金亚丽 周美 侯海涛

【摘要】目的 观察脑卒中患者社区康复的疗效。**方法** 将社区的脑卒中患者 68 例分为康复组 36 例和对照组 32 例,对照组仅接受一般的常规药物治疗,康复组在常规药物治疗的基础上接受正规的康复指导,采取家属及患者共同参与的方式进行康复治疗。2 组患者均于治疗前、治疗 6, 12 周时用 Fugl-Meyer 运动功能评分法 (FMA) 和功能综合评定量表 (FCA) 评定疗效。**结果** 2 组在治疗 6, 12 周 FMA 和 FCA 评分均有提高,康复组与对照组相比差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。**结论** 社区康复可以明显提高脑卒中患者的运动功能和综合功能。

【关键词】 脑卒中; 社区康复; 运动功能; 综合功能

随着医疗技术水平的提高,大量的脑卒中患者经过治疗得以存活,但其中 80% 患者遗留不同程度的残疾,给患者家庭和社会带来巨大负担。从研究现状来看,有关脑卒中急性期康复的研究很多,康复方法日益成熟,而脑卒中后遗症期的社区康复研究却较少^[1]。针对我国康复资源相对匮乏,患者需求量大,而社区康复具有资金投入少、服务覆盖广、康复效果好的特点^[2],本研究对社区的 36 例脑卒中患者进行社区康复,取得较好疗效,现报道如下。

资料与方法

一、一般资料

选取 2005 年 3 月至 2006 年 12 月分布在 8 个社区中的脑

卒中患者 68 例,诊断均符合全国第四届脑血管病学术会议通过的各类脑血管病诊断要点^[3],并经颅脑 CT 或 MRI 证实,年龄为 39 ~ 79 岁,生命体征稳定,神志清楚,有肢体运动功能障碍,患者及家属自愿接受康复训练。排除标准:①有严重的心、肝、肺、肾疾患;②有痴呆及精神病史;③有其他疾病或非脑卒中引起肢体运动功能障碍者;④聋哑人;⑤无法随诊者;⑥曾接受过康复治疗。将 68 例脑卒中患者分为康复组和对照组。康复组 36 例中,男 20 例,女 16 例;年龄 40 ~ 78 岁,平均 (60 ± 7.9) 岁;脑出血 13 例,脑梗死 23 例;病程 2 ~ 14 个月,平均 4.21 个月。对照组 32 例中,男 20 例,女 12 例;年龄 39 ~ 79 岁,平均 (59 ± 7.3) 岁;脑出血 11 例,脑梗死 21 例;病程 1.5 ~ 12 个月,平均 4.08 个月。2 组患者年龄、性别、脑卒中类型、病程等方面差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

二、治疗方法

2 组患者均接受常规药物治疗,康复组在常规药物治疗的

基金项目:陕西省科学技术基金资助项目 (2004K-G5)01

作者单位:710061 西安,西安交大医学院第一附属医院康复中心理疗科

基础上接受正规的康复指导,采取患者及家属共同参与的方式进行康复治疗,具体措施如下。

1. 向患者及其家属发放康复手册;使患者及其家属了解患者的病情,坚定信心,保证治疗的顺利进行。

2. 对社区医生或社区志愿者进行短期康复培训;培训内容包括如何进行康复训练、康复训练中的注意事项、并发症的预防、辅助支具的应用、如何因地制宜利用社区资源、如何制作简易训练器械、如何进行简单的环境改造使患者尽快适应社会等。

3. 网络指导:帮助患者开展网上咨询,教会他们如何利用现代网络手段(如视频或音频)及时让医生掌握患者的康复动态,进行康复指导。

4. 康复治疗:①床上体位的正确摆放;②正确的卧位-坐位练习;③坐位平衡训练;④坐、站位互换训练;⑤站立平衡训练;⑥步态训练;⑦上下楼梯训练;⑧矫形支具的应用训练,2次/d,30 min/次;⑨作业疗法,针对性地进行作业训练,如正确使用带柄的菜刀、特殊的菜板、特制的缝纫机等;⑩ADL训练,进食、洗梳、穿脱衣、如厕、洗澡等项目的训练;⑪认知训练,依障碍程度进行训练,如猜测游戏、编故事、扔弹球、读报纸、排列数字、物品分类;⑫心理社会适应训练,全面细致的解释病情,让患者家属认识患者的运动障碍,给予患者支持与鼓励,使患者消除思想顾虑,积极配合治疗,让患者在康复过程中体现自身价值,以改善患者的生活质量,及时融入社会。

三、评定方法和观察指标

由熟悉、掌握评定量表的同一人负责评定,治疗人员不参与评定,治疗前、治疗6、12周时各评定1次。

1. 运动功能评定:采用 Fugl-Meyer 运动功能评分法(Fugl-Meyer assessment, FMA)^[4]进行评定,满分100分,其中上肢共66分,下肢共34分。

2. 综合功能评定:采用功能综合评定量表(functional comprehensive assessment, FCA)^[5]进行评定,此量表包括运动和认知两大部分,共18项。运动功能包括自我照料、括约肌功能、转移和行走,为13个小项;认知功能包括视听理解、语言表达、社会往来、解决问题和记忆能力,有5个小项。每个小项最高评分6分,最低评分1分,满分108分,最低18分。108分——综合功能正常;107~90分——综合功能基本正常;89~72分——轻度功能障碍;71~54分——中度功能障碍;53~36分——重度功能障碍;35~19分——极重度功能障碍;18分——完全功能障碍。

四、统计学分析

计量资料采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为

差异有统计学意义。

结 果

一、2组患者治疗前、后 FMA 评分比较

治疗6周后,2组患者 FMA 评分均有提高,但康复组与对照组相比差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗12周后2组的 FMA 评分差异有统计学意义($P < 0.01$),见表1。从表1还可以看出,治疗6、12周2组的 FMA 评分逐渐提高,治疗6周与治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗12周与治疗前比较差异有统计学意义($P < 0.01$),但对照组治疗12周与治疗6周比较差异无统计学意义($P > 0.05$),而康复组治疗12周与治疗6周比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表1 2组患者治疗前、后 FMA 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	上肢	下肢
康复组	36		
治疗前		15.78 ± 8.11	13.67 ± 7.56
治疗6周		29.26 ± 9.70 ^a	20.01 ± 10.16 ^a
治疗12周		44.12 ± 8.32 ^{abc}	29.02 ± 10.12 ^{abc}
对照组	32		
治疗前		16.74 ± 8.86	14.88 ± 7.24
治疗6周		28.20 ± 10.11 ^a	17.12 ± 9.96
治疗12周		30.31 ± 9.63 ^a	20.17 ± 9.89 ^a

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组同期比较,^b $P < 0.01$;与组内治疗6周比较,^c $P < 0.01$

二、2组患者治疗前、后 FCA 总评分比较

经6周及12周治疗后,所有患者 FCA 评分均有提高,康复组与对照组相比差异有统计学意义($P < 0.01$),见表2。从表2还可以看出,治疗6周、治疗12周2组的评分逐渐提高,治疗6周与治疗前、治疗12周与治疗前比较差异有统计学意义($P < 0.05$),对照组治疗12周与治疗6周比较部分项目差异无统计学意义($P < 0.05$),而康复组治疗12周与治疗6周比较差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

三、2组患者治疗前、后 FCA 各小项评分比较

从18个小项得分可以看出经过12周的康复后洗澡及社会往来两项较难恢复,其次是上下楼梯和解决问题恢复较差,其余各项基本正常;康复组患者综合功能恢复到基本正常,而对照组患者存在轻度功能障碍;入组12周后康复组较对照组运动功能评分提高11%,认知功能评分提高32%,见表2。康复组运动、认知功能的恢复优于对照组。

表2 2组患者治疗前、后 FCA 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	自我照料					
		进食	修饰	洗澡	穿上衣	穿裤子	如厕
康复组	36						
治疗前		3.59 ± 1.24	2.86 ± 1.19	2.01 ± 1.40	3.00 ± 1.56	2.88 ± 1.59	3.01 ± 1.41
治疗6周		5.47 ± 1.20 ^{ab}	5.36 ± 1.41 ^{ab}	3.98 ± 1.32 ^a	5.35 ± 1.72 ^{ab}	5.29 ± 1.72 ^{ab}	5.09 ± 0.92 ^{ab}
治疗12周		5.99 ± 1.21 ^{abc}	5.94 ± 1.09 ^{abc}	4.99 ± 1.32 ^{abc}	5.98 ± 1.45 ^{abc}	5.97 ± 1.47 ^{abc}	5.96 ± 1.38 ^{ac}
对照组	32						
治疗前		3.40 ± 1.18	2.87 ± 1.20	2.14 ± 1.39	3.05 ± 1.47	2.84 ± 1.51	3.03 ± 1.37
治疗6周		5.17 ± 1.17 ^a	5.10 ± 1.38 ^a	3.98 ± 1.29 ^a	4.95 ± 1.67 ^a	4.95 ± 1.67 ^a	4.88 ± 1.01 ^a
治疗12周		5.49 ± 1.19 ^{ac}	5.30 ± 1.13 ^a	4.29 ± 1.33 ^{ac}	5.38 ± 1.41 ^{ac}	5.37 ± 1.45 ^{ac}	5.99 ± 1.29 ^{ac}

组别	例数	括约肌功能		行走		交流	
		膀胱括约肌控制	肛门括约肌控制	步行/轮椅	上下楼梯	视听理解	语言表达
康复组	36						
治疗前		4.89 ± 1.15	4.91 ± 1.24	3.55 ± 1.48	2.24 ± 1.51	4.01 ± 1.01	3.22 ± 1.43
治疗 6 周		5.69 ± 1.03 ^{ab}	5.67 ± 1.19 ^{ab}	5.40 ± 1.40 ^{ab}	4.98 ± 1.54 ^{ab}	5.02 ± 1.12 ^{abc}	5.07 ± 1.37 ^{abc}
治疗 12 周		5.99 ± 1.09 ^{abc}	5.98 ± 1.14 ^{abc}	5.99 ± 1.46 ^{abc}	5.93 ± 1.49 ^{abc}	5.58 ± 1.07 ^{abc}	5.46 ± 1.21 ^{abc}
对照组	32						
治疗前		4.90 ± 1.09	4.89 ± 1.16	3.59 ± 1.46	2.41 ± 1.49	4.21 ± 1.12	4.32 ± 1.38
治疗 6 周		5.31 ± 1.05 ^a	5.20 ± 1.20 ^a	4.91 ± 1.37 ^a	4.19 ± 1.50 ^a	4.62 ± 1.29 ^a	4.38 ± 1.40
治疗 12 周		5.75 ± 1.10 ^{ac}	5.64 ± 1.19 ^{ac}	5.37 ± 1.49 ^{ac}	5.31 ± 1.51 ^{ac}	4.92 ± 1.13 ^a	4.40 ± 1.19
组别	例数	转移		社会往来	社会认知		记忆能力
		床-椅(轮椅)转移	坐厕-轮椅转移		解决问题		
康复组	36						
治疗前		3.72 ± 1.49	3.47 ± 1.41	3.01 ± 1.57	2.07 ± 1.13	3.21 ± 1.26	3.62 ± 1.23
治疗 6 周		5.51 ± 1.37 ^{ab}	5.49 ± 1.44 ^{ab}	4.99 ± 1.63 ^{ab}	3.37 ± 1.16 ^{ab}	4.44 ± 1.29 ^{ab}	5.51 ± 1.21 ^{ab}
治疗 12 周		5.99 ± 1.51 ^{abc}	5.97 ± 1.38 ^{abc}	5.97 ± 1.49 ^{abc}	4.97 ± 0.99 ^{abc}	5.12 ± 0.98 ^{abc}	5.43 ± 1.01 ^{ab}
对照组	32						
治疗前		3.74 ± 1.38	3.49 ± 1.42	3.02 ± 1.53	2.90 ± 1.20	3.08 ± 1.31	2.72 ± 1.31
治疗 6 周		5.22 ± 1.29 ^a	4.88 ± 1.38 ^a	3.96 ± 1.59 ^a	2.90 ± 1.20	3.38 ± 1.30 ^a	3.68 ± 1.19 ^a
治疗 12 周		5.77 ± 1.14 ^{ac}	5.56 ± 1.29 ^{ac}	4.97 ± 1.50 ^{ac}	2.81 ± 1.01	3.96 ± 1.11 ^{ac}	4.03 ± 1.22 ^a

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组同期比较,^b $P < 0.01$;与组内治疗 6 周比较,^c $P < 0.01$

讨 论

脑卒中后偏瘫严重影响患者的运动功能、日常生活活动及社会参与能力。从研究现状来看,我国脑卒中急性期康复的研究很多,后遗症期社区康复的研究还很少。很多患者由于经济条件的限制,经抢救后生命体征平稳,便回家等待自然恢复,但因缺乏基本的康复知识,错过最有利的康复时机^[6],常形成固定畸形或异常动作,导致生活不能自理。本研究旨在观察脑卒中患者社区康复的疗效。

我们对社区的脑卒中患者开展社区康复的具体方法是通过调查摸底,针对需求量大和人员严重不足的情况,充分利用现有资源,利用现代的信息沟通技术,根据患者自身情况制定与其家庭生活环境有密切联系的运动训练计划,并有治疗师进行指导,尽可能提高患者的生活自理能力。FMA 评分结果显示,2 组患者治疗 6 周、12 周各项评分均有不同程度的提高,但对照组治疗 12 周与治疗 6 周比较差异无统计学意义,这可能与神经损伤后自然恢复有关,也可能与患者活动的质和量不够有关;而康复组经过 6 周、12 周的治疗仍有较大程度的提高,说明正规的康复训练对脑卒中患者的康复是很有效的。从患者综合功能评分结果可以看出,洗澡及社会往来 2 项较难恢复,上下楼梯和解决问题恢复较差,其余各项基本能够恢复正常。这可能与洗澡需要参与的程序较多,社会往来需要运动、认知、心理康复到一定程度,上下楼梯对下肢各关节的活动度、肌力、平衡的要求较高,解决问题能力需要高级中枢的参与有关。在进行社区康复的研究中我们还发现,利用播放录像的形式进行康复教育使患者有目的的进行模仿学习,患者容易接受,这和郑洁皎等^[7]的研究结果一致。对享有网络资源的患者,充分利用网络资源进行网上咨询、鼓励患者网上聊天,通过视频及时发现问题及时解决,既方便工作人员对患者资料的了解,又增加了患者的兴趣,还锻炼了患者综合解决问题的能力。另外要强调的是脑卒中患者及其家属心理康复的重要性,脑卒中不仅给患者带来躯体功能的障碍和日常生活能力的降低,而且对患者的心理功能和社会功

能会产生严重的影响,有的会出现抑郁,而抑郁会使患者参加社会活动减少或停止,加重躯体障碍^[8]。首先对患者和家属进行正确的心理辅导,工作人员应把患者的实际病情及其预后告诉患者,使患者及其家属有充分的思想准备,把康复的目的、方法、所能达到的预期效果告诉患者,在训练过程中积极鼓励患者,创造良好的家庭关系和社会环境,消除患者负性心理,让患者在康复过程中体现自身价值,以提高患者的康复效果。

本研究中,患者病程为 2~12 个月,通过正规的康复训练各种评分均有提高,我们发现病程越短恢复越快,病程越长恢复相对越慢,但综合功能方面还有一定的提高,这和周宏珍等^[9]的研究结果一致,提示社区康复也是越早越好,对病程较长的患者不要轻易放弃,康复训练应贯穿始终。

总之,社区康复可以明显提高社区脑卒中患者的运动功能和综合功能,是一种比较适合我国康复现状、易普及、低投入、疗效较好的康复模式。

参 考 文 献

- [1] 范晓华,纪树荣,庞红,等. 偏瘫患者肢体运动功能障碍的社区康复. 中国康复理论与实践,2005,11:276-277.
- [2] 卓大宏. 社区康复与社区卫生服务. 中国全科医学,2000,3:46.
- [3] 全国第四届脑血管病学术会议. 各种脑血管病诊断要点. 中华神经科杂志,1996,29:379-380.
- [4] 缪鸿石,朱慵连,主编. 脑卒中的康复评定与治疗. 北京:华夏出版社,1996:9-12.
- [5] 胡永善,吴毅,范文可,等. 功能综合评定量表的研究:(一)量表设计. 中国康复医学杂志,2002,17:35-38.
- [6] 刘书芳,倪朝民,韩瑞,等. 影响脑卒中患者日常生活活动能力社区康复效果的相关因素. 中国康复理论与实践,2007,13:117-119.
- [7] 郑洁皎,徐卫平,郭明,等. 社区脑卒中康复多媒体引导训练的研究. 老年医学与保健,2003,9:48.
- [8] 孙会芳,倪朝民,韩瑞,等. 社区康复治疗对脑卒中患者生存质量的影响. 中国康复医学杂志,2007,22:162-164.
- [9] 周宏珍,李亚洁,周春晓,等. 脑卒中后遗症病人社区康复和预防的研究现状. 护理研究,2005,19:14-19.

(修回日期:2008-05-08)

(本文编辑:松 明)