

病对患者生活质量均有一定程度影响^[12-16]。对分组后的脑卒中患者进行比较,发现各组在社会关系方面的评分变化不明显,可间接提示脑卒中患者在急性期仍得到来自家庭、社会的关怀,与家人、朋友对患者的照顾及支持有关。各病例组患者在环境、个人信仰方面的评分与对照组间差异无统计学意义,可能是由于患者身心过于痛楚或思想、意识功能障碍等,尚未顾及或意识到疾病对环境领域和个人信仰方面带来的影响。

本研所得数据经 Hotelling T^2 检验及多元方差分析后显示,急性脑卒中患者 WHOQOL-100 中文版生活质量评分较对照组显著降低,表明脑卒中患者总体健康状况较差,与正常对照人群生活质量间确实存在显著差异,对脑卒中患者存在的生活质量问题应引起人们普遍关注。WHOQOL-100 中文版生活质量评定量表能为脑卒中患者提供更全面、更准确的个人健康信息,从而有效指导康复医师对脑卒中患者制定及调整治疗方案,以进一步提高患者生活质量。

参 考 文 献

- [1] 宋新杰,王伊龙. 脑卒中患者生活质量的评定及研究现状. 中国康复理论与实践,2005,6:447-450.
- [2] 方积乾,主编. 生活质量测定方法及应用. 北京:北京医科大学出版社,2000:118-119.
- [3] 方积乾,郝元涛,李彩霞. 世界卫生组织生活质量量表中文版的信度和效度. 中国心理卫生杂志,1999,13:203-205.
- [4] 孙振球. 医学统计学. 北京:人民卫生出版社,2003:397-398.
- [5] 方积乾,郝元涛. 生活质量研究的设计与实施. 中国肿瘤,2001,10:69-71.

- [6] Javier CA, Jose AE, Jose LG, et al. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke. Experience of a stroke unit. Stroke, 2000,31:2995-3000.
- [7] 陆敏,彭军,尤春景,等. 脑卒中患者整体功能与生活质量的相关性研究. 中国康复医学杂志,2004,19:824-826.
- [8] 梁翠萍,郭宗成,李玲,等. 脑卒中后抑郁与婚姻状态的关系. 中国行为医学科学,2006,15:887.
- [9] Indredavik B, Bakke F, Slordahl SA, et al. Stroke unit treatment improves long-term quality of life: a randomized controlled trial. Stroke, 1998,29:895-899.
- [10] 陈晓虹,蔺慕会,王玉洁,等. 脑卒中后疼痛. 中国临床康复,2002,6:1714-1745.
- [11] 张立斌,裴晓枫,张立文. 急性脑卒中的早期康复. 中华现代内科学杂志,2005,2:256-257.
- [12] 王新建,王颖. 急性脑卒中患者的运动疗法. 河南大学学报(医学科学版),2003,22:59-60.
- [13] 徐军青,邱纪方,俞莲娟,等. 早期康复干预对急性脑卒中患者生活质量的影响. 中华物理医学与康复杂志,2006,28:696-698.
- [14] 李厥宝,倪朝民,韩瑞,等. 脑卒中患者生活质量的影响因素分析. 中华物理医学与康复杂志,2005,27:542-544.
- [15] 杨兴华,陈洪琳,于石成,等. 北京市某社区高血压患者生活质量评价及影响因素分析. 中国全科医学,2001,4:216-218.
- [16] 陶明,朱本章,李志刚,等. 糖尿病患者生活质量及其影响因素的调查分析. 中国慢性病预防与控制,2000,8:73-75.

(修回日期:2007-06-10)

(本文编辑:易 浩)

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

常淑娟 邢晓红 上官琴苗

【摘要】目的 观察家庭康复训练对出院后脑卒中偏瘫患者肢体功能和日常生活活动(ADL)能力的影响。**方法** 将 70 例住院的脑卒中患者在出院时随机分成家庭康复训练组和对照组($n=35$),出院后家庭康复训练组给予规范康复训练,对照组自行功能训练。分别于出院时、出院后 1,2,3 个月对 2 组进行评定,采用脑卒中临床神经功能缺损程度评分标准评定神经功能,采用 Barthel 指数(BI)评分法评定 ADL 能力。**结果** 经过 3 个月家庭康复训练,2 组的 Barthel 指数和脑卒中临床神经功能缺损评分均有一定程度的改善。家庭康复训练组患者的 ADL 能力明显优于对照组($P<0.01$)。**结论** 出院后家庭康复训练可以显著提高脑卒中偏瘫患者的 ADL 能力,提高患者的生活质量。

【关键词】 脑卒中; 偏瘫; 家庭康复训练; 日常生活活动能力

近年来,随着治疗水平的不断提高,脑卒中的死亡率已明显下降,但是仍有 70%~80% 的脑卒中存活患者留有不同程度的运动功能障碍,严重影响着患者的日常生活活动(activities of daily living,ADL)能力。尽管康复工作者为脑卒中偏瘫患者的康复做了很多努力,住院期间患者的运动功能有一定的恢复,但是由于住院费用昂贵,大多数患者在急性期过后被迫回到家中康复。偏瘫患者出院后如何通过系统地持续康复治疗来提高其生活质量,并帮助患者早日重返社会已成为脑卒中康复的重要问题之一^[1,2]。本研究为出院后的脑卒中偏瘫患者制定了统一的

家庭康复训练计划,并定期到患者家里进行指导和评定,以观察家庭康复训练对出院后脑卒中患者 ADL 能力的影响。

资料与方法

一、临床资料

选择 2005 年 1 月至 12 月在我科住院的脑卒中患者 70 例为研究对象,均为首次发病,无严重心肺疾病,无认知障碍和言语障碍。在出院时将 70 例患者随机分成家庭康复训练组和对照组,每组 35 例。2 组患者在性别、年龄、病变性质、瘫痪侧别及病程等方面经统计学分析差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,详见表 1。

表 1 2 组患者一般资料比较

组 别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病变性质(例)		瘫痪侧别(例)		病程(d)
		男	女		脑出血	脑梗死	左侧瘫痪	右侧瘫痪	
家庭康复训练组	35	28	7	48.3 ± 17.9	23	12	18	17	53.4 ± 14.8
对照组	35	27	8	49.6 ± 16.7	21	14	16	19	56.6 ± 16.5

二、治疗方法

2 组患者出院后均接受相同的神经内科常规药物治疗。家庭康复训练组由住院时的康复治疗师为患者制定详细的家庭康复计划,利用家庭现有条件开展简易肢体功能训练和 ADL 能力训练;对照组患者不参与家庭康复训练,仅根据住院期间所获得的康复治疗技术自由训练。

家庭康复训练组患者出院后由住院期间对其进行康复训练的治疗师(均经过专业的康复培训)负责随访,第 1 个月每周随访 2 次,第 2 个月每周随访 1 次,第 3 个月每周随访 1 次。每次随访同时针对患者不同的运动障碍及 ADL 能力制定治疗计划,包括简易肢体功能训练和 ADL 训练,并指导家属辅助患者进行康复训练,每日 1 次,每次 45 min,每周 5~6 次。

简易肢体功能训练内容:床上良姿位摆放;患侧肢体关节活动度维持训练;体位转移训练(床上体位转换、卧位到坐位转移、站起和坐下);采用 Bobath 方法,患侧肢体随意运动易化训练(双手交叉上举训练、髋关节控制训练、膝关节控制训练、膝关节屈伸训练、桥式训练);坐位平衡训练;站位平衡训练;步行与上下楼梯训练。

ADL 训练:(1)弛缓期 ADL 训练。①独立完成向健侧翻身;辅助下向患侧翻身;床上的纵向转移及横向转移;桥式训练;从健侧坐起;辅助下坐位平衡训练;如坐位可保持一级平衡,可进行坐下左、右移动。②穿上衣可选择开衫,先穿患侧后穿健侧,脱衣应先脱健侧后脱患侧;裤子可用松紧带代替腰带,注意先穿患侧后穿健侧。③如厕可在家属的协助下,从床上坐起再转移到床边坐便器完成。④入浴时由家属用轮椅推进浴室,转移到有靠背的椅子上,由家属协助洗浴。每次活动后应观测血压、脉搏及耐受情况防止意外发生。(2)痉挛期 ADL 训练,尽量独立完成,发挥患者的主动性和积极性。①进食在坐位下进行,尽量用患侧肢体,可把勺子用绷带缠大勺柄便于吃饭。②洗脸、刷牙可在桌上进行,使用大柄牙刷。③穿衣可训练独立完成,扣扣子、解鞋带可有辅助具帮助完成,无条件用健手代偿完成或家属帮助。④如厕由家属扶持进厕所,如患者可以独立使用轮椅,可用轮椅进入,使用坐便器,在旁边安置扶手便于患者扶持。⑤入浴时坐有扶手的椅子上淋浴,肥皂用绳子吊住固定在墙上,洗澡巾要加长,便于患者使用。(3)恢复期 ADL 训练。主要进行平衡、协调、精细和速度训练以及步行训练,可借助步行器或拐杖到室外活动,使瘫痪肢体得到最大程度恢复,减少残疾。如功能恢复有困难,可训练轮椅上的活动和健侧代偿,尽量达到生活自理,减轻家庭的负担,同时应坚持患侧肢体的训练。

三、评定方法

2 组患者均于出院时和出院后 1,2,3 个月 4 个时间段进行神经功能缺损评定和 ADL 能力评定。神经功能缺损程度评定采用 1995 年我国第四次脑血管病学术会议通过的脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准^[3],ADL 能力评定采用 Barthel 指数(Barthel Index, BI)评分法^[4]。所有评定均由同一康复医师完成(评定者不参与家庭康复训练)。

四、统计学分析

采用 SAS 8.0 版统计学软件进行分析,数据以($\bar{x} \pm s$)表示,采用配对 t 检验进行统计学分析。

结 果

2 组患者出院时和出院后 1,2,3 个月 2 组神经功能缺损评分和 BI 评分分别见表 2 和表 3。

表 2 2 组患者神经功能缺损程度评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	出院时	出院后 1 个月	出院后 2 个月	出院后 3 个月
家庭康复训练组	35	24.34 ± 3.08	13.10 ± 3.18	10.21 ± 5.13	9.92 ± 4.39 ^{ab}
对照组	35	24.28 ± 2.97	16.46 ± 3.56	15.29 ± 5.22	14.53 ± 4.05 ^a

注:与出院时比较,^a $P < 0.01$;出院后 3 个月 2 组患者评分比较,^b $P < 0.01$

表 3 2 组患者 BI 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	出院时	出院后 1 个月	出院后 2 个月	出院后 3 个月
家庭康复训练组	35	35.14 ± 12.08	68.10 ± 13.28	75.21 ± 13.68	79.62 ± 14.39 ^{ab}
对照组	35	35.28 ± 11.97	55.76 ± 12.20	65.79 ± 14.08	71.53 ± 14.05 ^a

注:与出院时比较,^a $P < 0.01$;出院后 3 个月 2 组患者评分比较,^b $P < 0.01$

讨 论

ADL 能力是指人们每天进行衣、食、住、行、个人卫生处理等照料自己的能力。对于健康人来说 ADL 无需作多大努力即可完成,但对于脑卒中偏瘫患者却极为困难。脑卒中患者在病情平稳后尽早开始康复治疗可以促进瘫痪肢体运动功能恢复,有效地减少肢体功能障碍对患者 ADL 能力的影响。由于脑卒中的恢复过程较长,家庭、经济等因素决定了患者不能长期住院接受系统康复治疗。虽然患者及其家属在住院期间掌握了一些康复知识,具备了一定的康复训练技能,但远不能满足患者的康复需要。出院后如果缺乏正确、科学的家庭康复训练,容易导致其发生废用、过用或误用综合征,或由于患者缺乏训练的积极主动性,不能充分挖掘残存的潜能,对 ADL 能力的恢复有很大影响^[5-8]。如果患者及家属在家中利用现有的家庭设施(或经改进的设施)进行康复训练,让患者反复进行翻身、坐起、坐位平衡、站起、站位平衡和步行训练,同时不断进行 ADL 动作训练,给患者输入正确的运动模式,纠正异常运动模式,患者的 ADL 能力会继续提高。

家庭康复治疗是一种长期、有规律的强化康复训练,应采用由简到繁、从易到难、循序渐进的训练方式,同时应根据患者的性别、年龄、文化程度及个人爱好增加部分不同的训练项目。在家庭康复训练过程中,只有患者不懈的努力及家属的有力支持,才能达到理想的效果^[9]。有指导的家庭康复训练简单易行,既

不增加患者的经济负担,又能提供有效、持久的治疗环境。本研究就家庭康复训练对出院后偏瘫患者的 ADL 能力的影响进行了初步观察,结果显示家庭康复训练组患者经过家属协助康复训练 3 个月后,BI 评分高于对照组。虽然对照组患者在家自行训练 3 个月,BI 评分亦有所提高,但提高的幅度明显低于指导组。因此,康复工作者应关注出院后脑卒中偏瘫患者的家庭康复训练,提高患者生活质量,最大限度、最短时间地恢复患者的自理能力,更好地引导患者走出家庭,重返社会。

参 考 文 献

- [1] 曹卫华,李俊,郭春辉. 脑卒中患者生活质量的影响因素分析. 中华物理医学与康复杂志,2005,27:308.
- [2] 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.
- [3] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑梗死患者临床神经功能缺损程

度评分标准. 中华神经科杂志,1996,12:381-383.

- [4] 中华人民共和国卫生部医政司,主编. 中国康复医学诊疗规范. 北京:华夏出版社,2000:73-78.
- [5] 张苟芳,郑彩娥,余丽珍. 脑卒中患者 ADL 评定及康复护理干预. 中国康复医学杂志,2006,21:1132-1133.
- [6] 司惠芳,梁岚萍,刘向真,等. 脑卒中肢体功能康复现状综述. 中华护理杂志,2004,39:535-536.
- [7] 王玉芬,蒋丽君,申玲,等. 脑梗死功能训练时机与疗效关系探讨. 中华物理医学与康复杂志,2004,26:223-225.
- [8] 严春泽,戴秋影,王建兰,等. 脑卒中患者 13 例社区康复情况. 中华物理医学与康复杂志,2006,28:707-708.
- [9] 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.

(修回日期:2007-06-03)

(本文编辑:阮仕衡)

半导体激光治疗正畸患者颞下颌关节紊乱病

陈卓 刘惠莉 赵曼

【摘 要】 目的 探讨半导体激光治疗正畸患者颞下颌关节紊乱病的效果。**方法** 选择正畸患者合并颞下颌关节紊乱病患者 28 例,采用半导体激光治疗,应用 Friction 指数定量评定表分别评定治疗前、后的颞下颌关节功能状况。**结果** 治疗后颞下颌关节功能障碍指数(DI)、肌肉压痛指数(PI)和 Friction 指数(CMI)评分较治疗前明显降低。**结论** 半导体激光治疗正畸儿童颞下颌关节紊乱病能有效地缓解疼痛,改善颞下颌关节功能状况。

【关键词】 颞下颌关节紊乱病; 半导体; 正畸

颞下颌关节紊乱病(temporomandibular disorder, TMD)是指累及颞下颌关节和(或)咀嚼肌系统、具有相关临床问题(如疼痛、弹响、开口受限等)的一组疾病的总称。在正畸治疗过程中伴随着颌关系的重建和颞下颌关节的改建,可能产生颞下颌关节内创伤而诱发颞下颌关节紊乱病的发生。我科采用半导体激光治疗 TMD 患者 28 例,现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

在我科就诊符合 TMD 诊断标准^[1]的正畸患者 28 例,其中男 16 例,女 12 例;年龄为 11~16 岁;病程为 1~10 个月。按 TMD 的命名和诊断分类^[2],肌肉功能紊乱型 13 例,结构紊乱型 13 例,器质变化型 2 例。

二、治疗方法

采用 MDC-500 型半导体激光口腔治疗机,波长为 830 nm,输出功率 0~500 mW,连续可调。取穴照射以痛点(阿是穴)为主,配合颊车、下关、听会等穴位,局部照射功率为 250~350 mW,光束直径 3~5 mm,每点照射 3~5 min,通常每天 1 次,急性患者可每天 2 次,5 次为 1 个疗程,慢性患者适当增加疗程。

三、评定方法

采用 Friction 指数^[3]评定治疗前、后颞下颌关节的功能状况。Friction 指数检查项目包括下颌运动(mandibular movement,

MM)、关节杂音(joint noises, JN)、关节压诊(joint palpation, JP)、咀嚼肌及相关肌群压诊(masticatory muscles palpation, MP) 4 个方面的内容。其中 MM 16 项;JN 8 项,每例患者最多只选 4 项;JP 3 项;MP 14 项。每一项检查结果如为阳性则计为 1 分。Friction 指数计分方法见表 1。Friction 指数包含颞下颌关节功能障碍指数(dysfunction index, DI)和肌肉压痛指数(palpation index, PI),DI 和 PI 的平均值为颞下颌关节紊乱指数(craniomandibular index, CMI)。

表 1 Friction 颞下颌关节紊乱指数评分方法

项 目	计分方法	分值范围(分)
下颌运动分(MM)	阳性项目数	0~16
关节杂音分(JN)	阳性项目数	0~4
关节压诊分(JP)	压痛点数	0~6
肌肉压诊分(MP)	压痛点数	0~28
颞下颌关节功能障碍指数(DI)	$DI = (MM + JN + JP) / 26$	0~1
肌肉压痛指数(PI)	$PI = MP / 28$	0~1
颞下颌关节紊乱指数(CMI)	$CMI = (DI + PI) / 2$	0~1

四、统计学分析

将所测各组数据录入 SPSS 10.0 版统计系统,进行 *t* 检验。

结 果

28 例正畸合并 TMD 患者经半导体激光治疗后,关节疼痛