

· 临床研究 ·

社区脑卒中患者功能状况调查

陈君 颜骅 李泽兵 林岳军 王青青 陈冬冬

【摘要】目的 了解目前在社区中生活的脑卒中患者的功能状况。方法 评定脑卒中患者住院康复治疗时的功能状况,并用邮寄 BICRO-39 问卷调查表的方法对出院后在社区生活的脑卒中患者的功能状况进行调查分析。结果 患者年龄与社区生活时的 BICRO-39 总分、自理分、自我处理事务能力分、移动能力分、家庭交往分和职业分都有显著的正相关($P < 0.01$);患者住院康复治疗出院时的 STREAM 分、MBI 分、Fugl-Meyer 平衡分与 BICRO-39 总分、自理分、心理分、自我处理事务能力分、移动能力分均有显著的负相关($P < 0.05$);BICRO-39 量表的 7 个方面中,除社交和家庭交往外,其余各方面间都有显著的正相关($P < 0.05$);73.50% 的患者愿意进一步治疗。结论 出院前的功能评定可以预测患者出院后在社区的生活质量;社区脑卒中患者年龄越大,相对其功能状况越差,进行社区康复时应注意年龄因素。社区脑卒中患者需进一步进行社区康复教育治疗。从医疗、教学、宣教、科研等多方面来加强三级医院康复医学科与社区卫生服务中心间的合作。

【关键词】脑卒中; 社区; 康复; 脑损伤社区康复结果量表

The functional status of community-dwelling adults with stroke CHEN Jun*, YAN Hua, LI Ze-bing, LIN Yue-jun, WANG Qing-qing, CHEN Dong-dong. * Department of Rehabilitation Medicine, Zhongshan Hospital of Fudan University, Shanghai 200032, China

【Abstract】Objective To investigate the function of stroke patients living in the community. Methods A survey was made by mailing the BICRO-39 scale questionnaire to 255 community-dwelling stroke adults. A correlation analysis was then made between the scores obtained from the survey and the functional status of them as assessed by use of the stroke rehabilitation assessment of movement (STREAM), modified Barthel index (MBI) and Fugl-Meyer balance before the patients were discharged from the hospital. Results The response rate for the mailed BICRO-39 scales was 55.29%. Age of patients was positively correlated to BICRO-39 total score, personal care, self-organization, mobility, family contact, and productive employment, respectively ($P < 0.01$). The STREAM score, MBI score and Fugl-Meyer balance score were negatively correlated to BICRO-39 total score, personal care, psychological, self-organization and mobility, respectively ($P < 0.05$). Mobility is highly correlated with self-organization, and both are moderately or highly correlated with personal care ($P < 0.01$). 73.50% of the patients reported to need community rehabilitation. Conclusion Age correlated with the functional status of community-dwelling adults with stroke. Many of the dependent survivors have ongoing community rehabilitation needs. The functional assessment of stroke patients before hospital discharge can be used to help predict follow-up living status.

【Key words】Stroke; Community; Rehabilitation; Brain injury community rehabilitation outcome scales (BICRO-39 scales)

脑卒中是一种致残率较高的疾病。在社区生活的脑卒中患者中,约 50% 留有不同程度的后遗症^[1]。我们通过对社区脑卒中患者生活功能状况的调查,可进一步了解他们的主要功能障碍和急需解决的问题。要了解社区脑卒中患者的功能状况,就应对患者在社区的综合能力进行评定。目前有许多评测脑卒中患者功能的量表,如评定运动功能的量表有 Fugl-Meyer 评分法^[2]、Chedoke-McMaster 脑卒中评定量表^[3]和脑卒中康复运动功能评定表(stroke rehabi-

litation assessment of movement, STREAM)^[4];评定基本自理活动的量表有 Barthel 指数^[5]、功能独立性评测(functional independence measure, FIM)^[6]和 Kenny 自理评价量表^[7];评定日常生活活动(包括户外和社区基本活动)的量表有 Frenchay 活动指数^[8]和 Rivermead 活动指数^[9];评定生活质量的量表有 Short Form-36^[10]和 Nottingham 健康测试表^[11]等,但这些量表都不太适合评测脑卒中患者在家庭和社区中的综合能力,而脑损伤社区康复结果量表(brain injury community rehabilitation outcome scales, BICRO-39)^[12]所包含的内容比较全面,且简便易行,可以作为评测社区脑卒中患者综合能力的量表。

作者单位:200032 上海,复旦大学附属中山医院康复医学科(陈君、李泽兵、林岳军);上海徐汇区华泾镇社区卫生服务中心(颜骅、王青青、陈冬冬)

资料与方法

一、临床资料

对在中山医院康复医学科住院的脑卒中患者入、出院时采用 STREAM(1999 年 6 月起至今)、改良巴塞尔指数(modified Barthel index, MBI)(1998 年起至今)和 Fugl-Meyer 平衡功能评定法(1999 年 6 月起至今)进行评定。

对中山医院康复医学科 1998 年 1 月~2002 年 9 月出院的 255 例脑卒中患者及徐汇区华泾镇社区卫生服务中心 2002 年 8~9 月出院的 27 例脑卒中患者邮寄 BICRO-39 问卷调查表,因搬迁、拆迁或地址不明而退回者 20 例,重新入院者 4 例,已死亡 3 例,因此实际有效寄出 255 份,收回 141 份(中山医院 128 份,华泾镇社区卫生服务中心 13 份),回收率为 55.29%,寄出至收到的时间为 3~60 d,平均 (11.32 ± 9.91) d。141 例中,女 56 例,男 85 例;脑出血 32 例,脑梗死 109 例;左侧偏瘫 53 例,右侧偏瘫 62 例,四肢瘫痪 3 例,无肢体瘫痪者 23 例;年龄为 38~90 岁,平均 (68.84 ± 10.28) 岁;病程为 3~74 个月,平均 (26.24 ± 15.35) 个月。以上患者都经 CT 或 MRI 确诊。

二、功能评定方法

1. BICRO-39 问卷调查表:主要用来评测脑损伤(如脑卒中、脑外伤、脑肿瘤等)患者,其可靠性和有效性已得到证实^[12]。它由 39 个问题组成,评价患者社区生活的 7 个方面,即自理、心理、社交、自我处理事务能力、移动能力、家庭交往和职业。每个问题分 6 个等级进行评分(0~5 分),等级越高,能力越差,总分为 195 分(附表)。本研究仅用来评定在社区生活的脑卒中患者。

2. STREAM:主要测量偏瘫患者的患侧,其可靠性和有效性均已得到证实^[4,13],并已进行了临床应用分析^[14]。由上肢运动、下肢运动和基本活动组成,共 30 个小项。肢体运动为三级评定,每项 0~2 分;基本活动为四级评定,每项 0~3 分,总分为 70 分。分值越高,患者运动功能越好。偏瘫患者在入院和出院时各评测 1 次。

3. MBI:常用于评测日常生活活动能力,共 10 项,分值为 0~100 分。分值越高,患者日常生活能力越好^[15]。评测时间同 STREAM。

4. Fugl-Meyer 平衡功能评定法:主要评测脑卒中患者平衡功能,7 项检查均按 3 个等级记分(0~2 分),最高平衡评分为 14 分。评分越少,平衡功能障碍程度越严重^[16]。评测时间同 STREAM。

三、统计项目及方法

脑卒中患者年龄(在社区被调查时的年龄)、患者出院时的 STREAM 分、MBI 分、Fugl-Meyer 平衡分、BI-

CRO-39 总分及自理分(问题 1、2、3、4、5、8 评分相加)、心理分(问题 34、35、36、37、38、39 评分相加)、社交分(问题 22、29、30、31、32、33 评分相加)、自我处理事务能力分(问题 12、13、14、15、16、17 评分相加)、移动能力分(问题 6、7、9、10、11、23 评分相加)、家庭交往分(问题 24、25、26、27、28 评分相加)和职业分(问题 18、19、20、21 评分相加),用配对 t 检验和相关系数 r 作统计分析。

在问卷表中,还加了 5 个其它问题,即:“目前本人在家是否进行治疗?”、“本人是否愿意进一步治疗?”、“是否请保姆/护工照顾?”、“本人对保姆/护工的照顾是否满意?”和“本人是否有过跌倒?”,对回答的结果进行统计分析。

文中量表用 Office 97-Microsoft Excel 软件处理,对配对 t 检验、相关系数 r 用 SPSS 10.0 统计软件处理。

结 果

一、BICRO-39

经配对 t 检验,自理分低于心理分($t = 3.187, P < 0.01$),心理分低于移动能力分($t = 7.520, P < 0.01$),移动能力分低于自我处理事务能力分($t = 2.467, P < 0.05$),社交分大于自我处理事务能力分($t = 4.052, P < 0.01$)。BICRO-39 各数据结果见表 1。

表 1 患者出院时功能评定及 BICRO-39 各项数据统计结果

项目	$\bar{x} \pm s$	分值范围	n
年龄(岁)	68.84 ± 10.28	—	141
病程(月)	26.24 ± 15.35	—	141
STREAM 分	43.71 ± 16.78	0~70	69
MBI 分	73.55 ± 21.86	0~100	110
Fugl-Meyer 平衡分	8.94 ± 2.16	0~14	68
BICRO-39 总分	103.66 ± 35.58	0~195	126
自理分	6.35 ± 9.22	0~30	141
心理分	8.87 ± 6.39	0~30	126
职业分	18.67 ± 2.75	0~20	141
社交分	21.74 ± 5.11	0~30	141
自我处理事务能力分	17.69 ± 11.32	0~30	141
移动能力分	16.36 ± 11.05	0~30	141
家庭交往分	15.33 ± 3.53	0~25	141

二、各数据间相关系数

患者年龄与社区生活时的 BICRO-39 总分、自理分、自我处理事务能力分、移动能力分、家庭交往分和职业分都有非常显著的正相关($P < 0.01$)。STREAM 分、MBI 分、Fugl-Meyer 平衡分与社区生活时的 BICRO-39 总分、自理分、心理分、自我处理事务能力分、移动能力分有显著的负相关($P < 0.05$)。BICRO-39 量表的 7 个方面中,除社交和家庭交往外,其它方面间都有显著的正相关($P < 0.05$)(表 2)。

表 2 脑卒中患者出院时功能评定与 BICRO-39 各项数据间相关系数

项目	STREAM 分	MBI 分	Fugl-Meyer 平衡分	BICRO-39 总分	自理	心理	职业	社交	自我处理事务能力	移动能力	家庭交往
年龄	0.048	-0.176	-0.093	0.366 **	0.276 **	0.074	0.243 **	0.141	0.282 **	0.267 **	0.392 **
STREAM 分		0.811 **	0.739 **	-0.438 **	-0.307 *	-0.427 **	-0.077	-0.171	-0.298 *	-0.403 **	0.069
MBI 分			0.798 **	-0.666 **	-0.563 **	-0.390 **	-0.298 **	-0.035	-0.619 **	-0.705 **	-0.011
Fugl-Meyer 平衡分				-0.564 **	-0.505 **	-0.399 **	-0.142	-0.123	-0.452 **	-0.554 **	-0.029
BICRO-39 总分					0.800 **	0.609 **	0.536 **	0.298 **	0.885 **	0.897 **	0.274 **
自理						0.452 **	0.277 **	0.099	0.599 **	0.671 **	0.025
心理							0.278 **	0.122	0.426 **	0.388 **	0.121
职业								0.242 **	0.434 **	0.430 **	0.272 **
社交									0.112	0.071	0.266 **
自我处理事务能力										0.838 **	0.035
移动能力											0.111

注: ** $P < 0.01$ (2-tailed), * $P < 0.05$ (2-tailed)

三、回答问题

在回答“目前本人在家是否进行治疗?”的 122 例中,进行运动训练的有 52 例(42.62%),按摩推拿治疗者 22 例(18.03%),针灸治疗者 12 例(9.84%),服用药物者 29 例(23.77%),没有任何治疗者 31 例(25.41%)。回答“本人是否愿意进一步治疗?”的 117 例中,86 例回答愿意(73.50%),31 例回答否。回答“是否请保姆/护工照顾?”的 77 例中,有 34 例回答请了(44.16%),43 例回答没请。回答“本人对保姆/护工的照顾是否满意?”的 40 例中,认为满意者 5 例(12.50%),一般者 25 例(62.50%),不满意者 10 例(25.00%)。回答“本人是否有过跌跤?”的 48 例中,18 例有过(37.50%),30 例没有。

讨 论

一、社区患者功能的比较

在对 BICRO-39 量表的 7 个方面进行比较时,我们只对其中 5 个方面作了配对 t 检验,即自理、心理、社交、自我处理事务能力和移动能力,因为它们各由 6 个问题组成,分值范围相同,而家庭交往和职业分别由 5 个问题和 4 个问题组成。从 5 个方面的统计数据比较结果来看,自理分最低,随后依次为心理分、移动能力分、自我处理能力分,而社交分值最高。说明在社区生活的脑卒中患者个人护理能力最好,社交能力最低。可以认为患者高层次水平的活动能力要差于低层次水平的活动能力。

在自理能力上,可能因为身体上的障碍比较明显,患者及其家属都比较重视,而且在患者住院康复治疗时主要是以运动治疗和作业治疗为主,因此,患者个人的基本活动能力会有很大提高。另一方面,国外有学者认为在社区生活的脑卒中偏瘫患者通过增加日常活动也可提高自身身体的适应性^[17]。所以,社区中患者自理能力(基本日常生活活动能力)相对较好。

在社交能力方面,我们认为由于脑卒中患者年龄和疾病的原因,他们的社会角色趋向单一,社交范围缩小,相对社交能力也就降低。同时也说明患者距离回归或重新参与社会的康复目标较远,根据我国国情,这也是全面康复的薄弱环节,因此脑卒中患者在回到社区后,还需继续加强康复治疗措施。自理能力增强应是社交活动的有利条件,如果全面落实社区康复的各项措施,特别是加强社会组织工作,为患者创造参与社会的条件和机会,必将大大提高其社会交往能力。

从统计结果中,我们可以看到患者心理方面的问题似乎并没有原来想象中的严重(仅次于自理,排在第二位),但在收到的回信中,有 15 例没有回答有关心理方面的问题。这说明有些患者不愿谈及有关心理方面的内容,而这并不意味着患者本身没有心理问题。

由于疾病的影响,脑卒中患者对自己的能力产生怀疑,进而对自己的能力丧失信心,移动能力下降(不敢外出等)以及放弃许多自我处理的事物,而交由家属帮助和料理。

相对于满分为 20 分,18.67 分的职业平均分是非常高的,而且标准差仅为 2.75 分,说明数据间的差异很小,因此我们认为患者由于年龄和疾病的关系,已基本放弃了工作,除了一些年轻和无后遗症或后遗症较轻的患者外。

患者家庭交往分值也较高,这是因为脑卒中患者的年龄都较大,双亲和配偶都相继去世,且有 48.94% 的患者与子女分开居住(问题 25),因此患者在家庭情感上的交流有限。

二、患者年龄、住院时功能与社区生活能力间的关系

患者年龄与 BICRO-39 总分、自理分、职业分、自我处理事务能力分、移动能力分和家庭交往分均有非常显著的正相关,说明患者年龄越大,以上几方面的能力越差,这与患者住院时相似。有人报道^[18],在住院康

复治疗期间,年轻患者的运动功能提高的幅度及治疗效率都高于老年患者。因此,在进行社区康复时应注意患者年龄因素。

脑卒中患者经住院康复治疗,出院时的 STREAM 分、MBI 分、Fugl-Meyer 平衡分与社区生活时的 BICRO-39 总分、自理分、心理分、自我处理事务能力分、移动能力分有显著的负相关,说明患者住院期间的功能状况越好,则患者在社区生活的能力越强,独立性越高。因此,我们可以通过对患者年龄、住院期间功能的观察和评定,来预测患者以后的社区生活能力。

患者的社区生活能力与患者家庭的经济状况和居住条件也都有一定的关系,有关这方面的情况,我们将作进一步研究。

三、患者社区功能各方面的相关性

在 BICRO-39 量表的七个方面中,许多方面间都有显著的相关性,特别是在移动能力与自我处理事物能力间有显著的相关性,并且,它们与自理间都有较高度度的相关性。这反映出该三方面彼此有相互的影响,如果患者不能执行基本的自理,那么他们也不可能妥善处理更高水平的活动,同样,要在自理和移动能力中独立,也需要有一定程度的自我处理事物能力。而其它各方面间大都只有较弱的相关性。

四、社区康复治疗

在问及患者在家是否进行治疗时,回答的 122 例中有 42.62% 的患者进行运动训练,但据我们了解,其中只有 1 例每天在附近的一所福利院的训练室进行器械锻炼,1 例曾经请过专业运动治疗师上门指导训练几个月,而其他患者只是靠家属或保姆进行有限的活动(训练的知识主要来源于住院时的指导),或者患者在本小区内的运动器械活动场所进行自我锻炼。还有 18.03% 的患者进行按摩推拿治疗,9.84% 的患者进行针灸治疗,这些患者大部分都是通过熟人介绍或自己联系的,由医生利用业余时间上门服务。由此可见,现在在上海还没有形成真正广泛性的有组织的社区康复治疗服务网络。但现实已在逐步改观,目前上海正进行医疗改革,到 2002 年底,上海市中心城区的 95 家地段医院将被改建为社区卫生服务中心,为居民提供“六位一体”的基本医疗服务,其中就有“康复”。为配合此医疗改革,上海市卫生局在 2000 年出台了《上海市示范性社区卫生服务中心建设标准》,明确了“中心”建设的“软件”与“硬件”标准,其中对有关“康复”的软件和硬件也作了明确的要求。目前,上海已建成 20 所“示范性”社区卫生服务中心和 41 所“标准化”社区卫生服务中心,已初步形成社区康复治疗服务网络体系。

进行社区康复有助于患者功能的恢复以及康复治疗的连续性^[19,20],同时,也可改善患者的精神状况,增加患者的社会接触面,使患者的社会角色增多,自信心和社交能力提高。

在回答是否愿意进一步治疗的 117 例中,73.50% 的患者表示愿意,占近四分之三,可见康复治疗需求非常大,关键在于如何有组织地进行。我们认为应与街道的社区卫生服务中心(原地段医院)合作进行,即市三级医院康复医学科的技术力量与社区卫生服务中心的资源(场地、设施、人力等)结合,加快社区康复的建设。合作可从医疗、教学、宣教、科研等多方面进行,以提高社区卫生服务中心的康复治疗技术,指导和培训社区康复治疗技术人员,开展对社区居民的康复保健宣传教育。同时与社区卫生服务中心一道开展科研工作,为社区康复打下科学的基础,提高社区康复服务的水平。

五、家庭护理

因脑卒中是常见病,并常导致患者功能障碍,所以大部分患者在家中都需要非正式的护理人员。这种非正式护理人员主要有两类,即患者家属(配偶、子女等)和请来的保姆或护工。从统计结果上看,大部分患者的护理工作都是由家属完成,请保姆或护工的患者占 44.16%,可见家庭护理缺乏受过护理卫生教育和培训的正式护理人员。同时患者对保姆或护工表示满意的仅 5 例(12.50%),大多数患者表示一般(62.50%)或不满意(25.00%),可见患者对护理人员的要求很高,对保姆/护工的满意率很低。由于非正式护理人员在患者日常生活中起不可缺少的作用,因此提高他们的护理水平越发重要。我们认为应通过加强有组织的护理教育和培训来提高他们的护理能力。我们预计,随着社会人口快速的老龄化,将来对保姆或护工的需求会越来越大,家庭护理的负担也会越来越重。

六、跌倒

有论据表明,脑卒中患者有较高的跌倒风险^[21]。本研究结果显示,在回答问题的患者中,37.50% 的患者有过跌倒。也有学者报道^[22],跌倒的风险与患者抑郁症状有关,抑郁症状越严重,则跌倒次数越多。跌倒在造成身体伤害的同时也会打击患者的自信心,导致患者日常活动减少,活动能力下降,因此应积极预防跌倒。

结 论

出院前的功能评定可以预测患者出院后在社区中的生存质量,在进行社区康复时应注意患者年龄因素;社区脑卒中患者需进一步进行社区康复教育治疗;应加强三级医院康复医学科与社区卫生服务中心间的合

作;亦应提高脑卒中患者家庭护理水平;今后将进一步研究有关脑卒中患者社区康复的费用效率和治疗有效性。

参 考 文 献

- Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Cote R, et al. Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. Arch Phys Med Rehabil, 2002, 83:1035-1042.
- Fugl-Meyer AR, Jaasko L, Leyman I, et al. The post-stroke hemiplegic patient. Scand J Rehabil Med, 1975, 7: 13-31.
- Gowland C, Torrein W, Stratford P. Chedoke-McMaster stroke assessment; a comprehensive clinical and research measure. Proceedings of the 11th International Congress of the World Confederation for Physical Therapy. London. 1991.
- Daley K, Mayo N, Wood-Dauphinee S. Reliability of scores on the stroke rehabilitation assessment of movement (STREAM) measure. Phys Ther, 1998, 78:8-23.
- Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation; the Barthel index. Md State Med J, 1965, 14: 61-65.
- Granger CV, Hamilton BB, Keith RA, et al. Advances in functional assessment for medical rehabilitation. Top Geriatr Rehabil, 1986, 1:59-74.
- Schoening HA, Anderegs L, Bergstrom D, et al. Numerical scoring of status of patients. Arch Phys Med Rehabil, 1965, 46: 689-697.
- Holbrook M, Skilbeck C. An activities index for the use with stroke patients. Age Ageing, 1983, 12: 166-170.
- Collen FM, Wade DT, Robb GF, et al. The Rivermead mobility index; a further development of the Rivermead motor assessment. Int Disabil Stud, 1991, 13: 50-54.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form health survey (SF-36): 1. Conceptual framework and item selection. Med Care, 1992, 30:473-481.
- Hunt SN, McKenna SP, McEwen J, et al. A quantitative approach to perceived health status: A validation study. J Epidemiol Community Health, 1980, 34: 281-286.
- Powell JH, Beckers K, Greenwood RJ. Measuring progress and outcome in community rehabilitation after brain injury with a new assessment instrument-the BICRO-39 scales. Arch Phys Med Rehabil, 1998, 79: 1213-1225.
- 陈君,李泽兵. 脑卒中康复运动功能评定量表的有效性研究. 中国康复医学杂志, 2001, 16:146-148.
- 陈君,李泽兵. 脑卒中康复运动功能评定量表的临床应用分析. 中华物理医学与康复杂志, 2002, 24:667-670.
- 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(上册). 北京: 华夏出版社, 1998. 64-65.
- 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(上册). 北京: 华夏出版社, 1998. 60-61.
- Fujitani J, Ishikawa T, Akai M, et al. Influence of daily activity on changes in physical fitness for people with post-stroke hemiplegia. Am J Phys Med Rehabil, 1999, 78: 540-544.
- 陈君, 郑洁皎, 李泽兵. 老年偏瘫患者临床特征、运动功能状况及恢复期住院费用的分析. 老年医学与保健, 2002, 8:145-147.
- Geddes JM, Chamberlain MA. Home-based rehabilitation for people with stroke; a comparative study of six community services providing coordinated, multidisciplinary treatment. Clin Rehabil, 2001, 15: 589-599.
- Barnes MP, Radermacher H. Neurological rehabilitation in the community. J Rehabil Med, 2001, 33: 244-248.
- Hyndman D, Ashburn A, Stack E. Fall events among people with stroke living in the community; circumstances of falls and characteristics of fallers. Arch Phys Med Rehabil, 2002, 83: 165-170.
- Jorgensen L, Engstad T, Jacobsen BK. Higher incidence of falls in long-term stroke survivors than in population controls; depressive symptoms predict falls after stroke. Stroke, 2002, 33: 542-547.

附录

BICRO-39 问卷调查表

说明:本调查表用于了解您目前日常生活的状况,请回答每个问题,并选择一个最恰当的答案(打“√”)

你在做以下活动时需要多少帮助	不需要 帮助/提醒	需要 提醒	需要一 些帮助	需要许 多帮助	需要不 断帮助	我根本 不能做
01. 上床和下床						
02. 从一个房间到另一房间						
03. 到卫生间						
04. 使用电话						
05. 使用电视或收音机						
06. 乘公共交通工具						
07. 去附近商店						
08. 上厕所						
09. 洗衣						
10. 清扫房间/房屋						
11. 购物(食品等)						
12. 使用你的钱						
13. 处理你自己的银行帐户						
14. 支付家庭帐单(水、电费等)						
15. 写公务信件						
16. 写私人信件						
17. 布置家具						

你花多长时间	每天几小时	每天 1 小时	每周几次	每周 1 次	每周少于 1 次	我没做过
18. 做有报酬的工作						
19. 做没有报酬或自愿的工作						
20. 学习, 参加培训等活动						
21. 照顾小孩						
22. 在家与家人/朋友相聚						
23. 外出散步						
你多久和他们会面	每天	每周 1 次	每月 1 次	每隔 1 月	每半年	从来不/没有合适的
24. 你的配偶						
25. 你的孩子						
26. 你的母亲						
27. 你的父亲						
28. 你的兄弟姐妹						
29. 你的其他亲戚						
30. 你最亲密的朋友						
31. 别的长期固定的朋友						
32. 你的同事						
33. 一位新结识的朋友						
你有多长时间	从不	很少时候	有时	经常	常常	一直
34. 急躁、不耐烦						
35. 对其他人发怒和喊叫						
36. 对你将来的生活感到无望						
37. 感到孤独						
38. 感到不知所措或筋疲力尽						
39. 感到厌烦						

目前本人在家是否进行治疗(运动训练、推拿、按摩、针灸等)? _____

本人是否愿意进一步治疗? ☐是; ☐否。

是否有请保姆/护工照顾? ☐有; ☐没有。

本人对保姆/护工的照顾是否满意? ☐满意; ☐一般; ☐不满意。

本人是否有过跌倒? ☐有过; ☐没有。

(收稿日期:2002-11-10)

(本文编辑:郭正成)

高压氧综合治疗持续性植物状态患者的疗效及其影响因素分析

王普清 罗韵文 罗文浩 黄本友

植物状态(vegetative state, VS)是一种由昏迷过渡而来的特殊意识障碍,植物状态持续 1 个月以上称为持续性植物状态(persistent vegetative state, PVS)。目前对 PVS 患者尚缺乏有效的治疗方法。我院应用高压氧综合治疗 PVS 患者,取得了一定疗效,现报道如下。

资料和方法

一、资料

PVS 患者 35 例,其中男 21 例,女 14 例,年龄 12~61 岁,平均 38.5 岁;病程 31~395 d;病因:脑外伤 21 例,脑出血 8 例,有害气体中毒 3 例,呼吸心跳骤停 3 例。

二、诊断标准

患者的诊断采用 1996 年我国急救医学会制定的标准^[1]:①认知功能丧失,无意识活动,不能执行指令;②保持自主呼吸和血压;③有睡眠—觉醒周期;④无理解和语言表达能力;⑤能自动睁眼或在刺激下睁眼;⑥眼球有无目的的跟踪运动;⑦丘脑下部及脑干功能基本保留。本组患者上述标准均持续 1 个月以上。

三、治疗方法

患者均以高压氧治疗为主,配合药物、营养脑细胞、控制感染及对症支持治疗,并辅以针灸、理疗及功能锻炼,有脑积水者行脑脊液分流术。高压氧治疗采用大型高压氧舱,空气加压至 0.25 MPa,戴面罩吸纯氧 60 min,其间于治疗 30 min 时休息 10 min,休息时改吸舱内空气。加压和减压时间各为 20 min,高压氧治疗总时间为 110 min。气管切开患者经气管套管吸氧。每日 1 次,10 d 为 1 个疗程,疗程间隔 3~5 d。本组患者一般治疗 4~24 个疗程。

作者单位:441000 襄樊,湖北襄樊市第一人民医院神经科