

## ·社区康复·

## 社区康复干预对脑卒中恢复期患者认知及日常生活活动能力影响的研究\*

路微波<sup>1</sup> 胡永善<sup>2</sup> 吴毅<sup>2,5</sup> 白玉龙<sup>2</sup> 袁维忠<sup>3</sup> 金建平<sup>4</sup>

脑卒中是严重危害人类生存质量及生命的疾病之一,随着医学的发展,脑卒中患者的存活率愈来愈高,然而存活下来的70%—80%患者都遗留着较为严重的功能障碍,严重影响了患者的生存质量,同时给患者、家庭和社会造成了沉重的负担<sup>[1]</sup>。本文采用前瞻性随机对照的研究方法,以家庭为基础,通过6个月社区康复上门服务进行宣教及康复指导,观察社区康复治疗对脑卒中患者的家庭康复中患者认知及生活自理能力恢复的影响。现将研究结果报告如下。

## 1 资料与方法

## 1.1 研究对象

随机选取2006年1月—2008年12月杨浦区4个街道的固定常住居民,其中每个街道入组30名,4个街道共有研

究对象120例患者。

入组标准:①符合1995年第四届全国脑血管病学术会议制定的脑血管病诊断标准,经头颅CT或MRI证明;②年龄50—80岁;③有肢体功能障碍;④意识清楚,小学以上文化程度,具有言语功能;⑤首次发病,病程6个月—1年,未予以正规康复治疗;⑥杨浦区4个街道的固定常住居民;⑦签署知情同意书。

排除标准:①对于康复干预有禁忌证者;②非杨浦区居民、无固定居住房屋;③不符合入组标准的研究对象;④有意识障碍者;⑤有严重器质性疾病者;⑥有交流障碍。

将120例患者随机分为康复干预组62例和对照组58例,两组一般资料(包括年龄、性别、发病类型、教育程度、既往病史)经统计学分析差异无显著性( $P>0.05$ ),见表1。

表1 两组患者一般资料比较

组别	例数	年龄(岁)	性别(例)		卒中类型(例)		教育程度(例)			既往病史(例)		
			男	女	脑出血	脑梗死	小学	中学	大学	高血压	糖尿病	高血脂
康复组	62	68.46±8.17	40	22	19	43	30	27	5	57	15	11
对照组	58	69.74±9.11	37	21	16	42	29	26	3	54	14	12

## 1.2 研究方法

1.2.1 首先对参与课题的社区医院康复医生进行2周的培训,培训内容为脑卒中的偏瘫康复,明确康复干预的对象、干预内容,明确功能评定标准与预防干预措施和康复治疗方法。

1.2.2 评定指标:①脑卒中危险因素的评定:体重、体重指数、血糖、血脂、血粘度的测定、吸烟、饮酒史等。②认知能力评定:简易精神状态检查表(mini-mental state examination, MMSE)。③日常生活活动能力评定:Barthel指数(Barthel index, BI)评定量表;反映患者日常生活活动(ADL)能力方面的综合指标。

1.2.3 康复干预组治疗方案:①由康复医生根据患者Brunnstrom的分级情况给每一位脑卒中患者制定相应的个体化康复干预措施。②由社区卫生服务中心康复医生进行上门干预,总的干预时间6个月。对康复干预组的患者和患者家属进行康复教育,并对患者进行康复治疗 and 康复训练指导(包括运动疗法、作业疗法等)、宣教和心理疏导等。同时对患者家属或护工进行辅导,要求其督促患者进行每天至少1次,每次至少30—45min的功能训练。通过康复干预,强化患者的自我日常生活能力、行走能力、部分社交能力和职业工作能力。康复医生做好每次康复干预的记录。③前2个月每周2次,后2个月每周1次,最后2个月每月2次对患者进行康复干预。

1.2.4 对照组治疗方案:社区康复医生定期上门指导每位患者进行脑卒中危险因素的药物控制,不予其他康复干预。

## 1.3 统计学分析

采用SPSS11.5软件进行统计学处理,计量资料以均数±标准差表示,以 $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

## 2 结果

## 2.1 康复干预前后MMSE评定比较

康复干预前两组MMSE评定差异无显著性( $P>0.05$ );6个月后评定康复组与对照组差异有显著性意义( $P<0.05$ ),见表2。

## 2.2 康复干预前后两组BI比较

表2 简易精神状态检查表(MMSE)

组别	例数	入组时	6个月末
康复组	62	15.61±12.13 <sup>①</sup>	24.03±15.34 <sup>②</sup>
对照组	58	15.93±14.41	16.08±11.95

①治疗前与对照组相比 $P>0.05$ ;②治疗后与对照组相比 $P<0.05$

\* 基金项目:国家高新技术计划(863计划)资助项目(2007AA02Z482);世界健康基金会项目(HOPE project)资助项目(PH05520-01);上海市杨浦区“名医师”建设工程资助项目

1 上海市杨浦区老年医院康复科、复旦大学附属华山医院康复医学中心杨浦分中心,200090

2 复旦大学附属华山医院康复医学科

3 杨浦区控江社区卫生服务中心

4 杨浦区延吉社区卫生服务中心

5 通讯作者

作者简介:路微波,女,主治医师

收稿日期:2009-08-11

治疗前两组 BI 评定差异无显著性 ( $P>0.05$ );6 个月后评定康复组与对照组差异有显著性意义 ( $P<0.05$ ),见表 3。

表 3 两组生活自理能力 Barthel 指数评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	入组时	6 个月末
康复组	62	49.55±11.61 <sup>①</sup>	76.17±13.52 <sup>②</sup>
对照组	58	48.89±13.32	49.22±15.46

①治疗前与对照组相比  $P>0.05$ ;②治疗后与对照组相比  $P<0.05$

### 3 讨论

从全球范围而言,大多数卒中患者发病后一直在家中,或在急性期过后很快回到家中,没有得到系统的康复治疗,功能恢复不理想。国家“十五”攻关课题研究显示,系统的三级康复脑卒中患者的功能康复非常必要,不但可以提高患者的生存质量,而且还可以减少患者的医疗费用<sup>[1-2]</sup>。在我国大部分脑卒中急性期患者经治疗后,虽然仍遗留不同程度的功能障碍,但能够得到康复治疗的患者不多,主要是由于患者及家属对康复的了解不够<sup>[3]</sup>。因此迫切需要开展社区康复治疗以提高脑卒中患者功能,改善 ADL 能力,提高生存质量。

很多脑卒中患者,由于缺乏基本康复知识或经济条件的限制,往往错过最有利的康复时机,进入后遗症期。这些患者中,大多数被“废用综合征”和“误用综合征”所困扰。脑和脊髓可塑性研究认为<sup>[4-7]</sup>:脑卒中引起运动功能障碍的康复在 3 个月后就进入平台期,但这是指功能恢复的速率,而不是说大脑的可塑性就消失了,而言语、认知和日常生活活动能力等的恢复常需要两年甚至更长的时间<sup>[8]</sup>。所以,脑卒中康复是一个长期渐进过程<sup>[9]</sup>。本研究的康复干预组通过社区医师或康复治疗师上门采取综合的康复措施对脑卒中患者进行个体化的治疗,给予正确的运动方式,纠正异常的运动模式;防止废用综合征的发生或加重;同时对患者、家属及(或)陪护人员进行康复指导及宣教,督促及帮助患者完成每天的康复训练,给予适当的辅助器具,对脑卒中后期患者仍然可以帮助其改善认知功能、提高 ADL 能力,同时减轻患者家属的经济及生活负担。

尽管本研究的康复干预是以运动功能训练及作业治疗为主的,并没有给予患者特别的认知功能训练。但伴有认知功能障碍的患者认知功能都有一定程度的改善,这可能因为康复治疗过程是一个互动的过程,在患者接受康复治疗及家属或陪护人员的指导时,需要一定的语言交流及认知训练,在提高或维持患者运动功能、提高患者神经功能<sup>[10-11]</sup>和日常生活活动能力<sup>[12-13]</sup>的同时认知功能和言语功能也在一定程度上得到了训练,扩大了患者活动内容的时间及空间,使患者能更多的接触社会,接收到更多的信息<sup>[14-15]</sup>,这些可能导致康复干预组患者认知功能较对照组有明显的提高。

康复治疗需要患者及家属的积极参与。脑卒中社区康复对患者、家属及(或)陪护进行有目的、有计划康复宣教是本研究社区综合康复的重要内容之一,它可以促进他们对康复

知识及技术的了解与掌握,使其树立自我康复意识,主动配合及参与康复训练,防止继发残疾与废用、误用综合征。本研究结果显示,在进行康复治疗的同时进行康复宣教,可以提高康复治疗的效果。

社区康复是一种经济、有效、康复覆盖面广的服务方式<sup>[1]</sup>。建立规范、系统的社区康复网络可使大量的脑卒中患者得到广泛、正规的康复治疗,具有降低致残率、节省医疗费用、充分利用各级医疗资源及提高医疗服务水平的作用。

### 参考文献

- [1] 邵爽,戴红. 我国脑卒中社区康复技术的研究[J]. 中国康复医学杂志,2008,23(5):479—482.
- [2] Barnes MP. Community rehabilitation after stroke. Critical Reviews TM in Physical and Rehabilitation Medicine [J]. Neuro Rx,2003,15:223—234.
- [3] 于健君,胡永善. 从上海市社区康复的经验谈社区层面康复治疗服务模式的建立 [J]. 中国康复医学杂志,2009,24(1):72—73.
- [4] Johansson BB. Brain plasticity and stroke rehabilitation [J]. stroke, 2000, 31(1):223—230.
- [5] 余剑,曾进胜. 卒中后神经可塑性的研究进展[J]. 国外医学·脑血管疾病分册,2001,9(4):242—245.
- [6] Ding Y Li J, Clark J, et al. Synaptic plasticity in thalamic nuclei enhanced by motor skill training in rat with transient middle cerebral artery occlusion [J].Neurol Res,2003,25(2):189—194.
- [7] 曾进胜,李华,范玉华,等. 实验性大脑皮层梗死后中枢神经系统相关部位的神经可塑性 [J]. 中国康复医学杂志,2003,17(2):69—71.
- [8] 陈瑾,倪朝民,陈进,等. 社区康复对脑卒中患者运动功能和日常生活活动能力的影响[J]. 中国康复医学杂志,2008,23(4):322—324.
- [9] 陈风华,崔明,唐琴,等. 脑卒中后遗症期患者社区康复疗效分析 [J]. 中国康复医学杂志,2008,23(6):527—529.
- [10] 孙莉敏,胡永善,吴毅,等. 规范三级康复治疗中不同时期患者神经功能改善规律分析 [J]. 神经病学与神经康复学,2004,1(1):20—23,36.
- [11] 朱国行,胡永善,吴毅,等. 规范的三级康复治疗对急性脑卒中偏瘫患者神经功能恢复的影响 [J]. 中华医学杂志,2004,84(23):1955—1958.
- [12] 朱玉莲,胡永善,杨佩君,等. 康复治疗 3 个月对脑卒中偏瘫患者 ADL 的影响[J]. 中国康复,2001,16(4):206—207.
- [13] 胡永善,朱玉莲,杨培君,等. 6 个月康复治疗对急性脑卒中患者日常生活活动能力的影响[J]. 现代康复,2001,10(A):38,43.
- [14] 吴毅,胡永善,朱玉莲,等. 规范化三级康复治疗对脑卒中患者认知功能的影响[J]. 中国康复医学杂志,2004,19(11):815—819.
- [15] 朱镛连. 神经康复学基本理论. 见:王新德. 神经病学[M]. 北京:人民军医出版社,2001.1214.