

## · 临床研究 ·

## 社区康复对脑卒中患者肢体功能和日常生活活动能力的影响

李瑜 邢晓红 柴海云 陈旭红

**【摘要】目的** 探讨社区康复对脑卒中患者肢体运动功能和日常生活活动(ADL)能力的影响。**方法** 60例脑卒中患者分成康复组和对照组,每组30例。康复组由同一康复医师进行评估并制定康复治疗计划,同时指导患者进行系统、规范的社区康复训练,对照组给予常规健康教育。2组均于入组后第1天(治疗前)和治疗3个月后(治疗后)采用简化Fugl-Meyer运动功能量表(FMA)和改良巴氏指数(MBI)评定患者的肢体运动功能和ADL能力。**结果** 治疗前,2组患者的FMA评分和MBI评分差异均无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后,2组患者的FMA评分和MBI评分与本组治疗前比较,均有明显改善( $P < 0.05$ ),且康复组的FMA评分和MBI评分较对照组治疗后改善更为显著,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 社区康复训练对脑卒中患者肢体的运动功能和ADL能力具有良好的促进作用。

**【关键词】** 脑卒中; 社区康复; 日常生活活动能力

随着医疗水平不断提高,脑卒中死亡率逐年下降,但幸存者中70%~80%多遗留有不同程度的功能障碍,出院后回到社区需继续进行康复治疗<sup>[1]</sup>。脑卒中患者的早期康复关系到其功能障碍能否继续改善、生存质量能否继续提高以及复发率和致残率能否降低等。本研究采用前瞻性、随机对照的研究方法,对康复组进行系统、规范的社区康复训练,对照组仅作常规的健康教育,不作社区康复干预,3个月后对2组患者的运动功能和日常生活活动(activities of daily living, ADL)能力进行比较,以期探讨社区康复对脑卒中患者的疗效。

## 资料与方法

## 一、临床资料

选取2007年1月至2009年1月间本院神经内科和康复科出院的脑卒中偏瘫患者60例。入选标准:①符合第4届全国脑血管病学术会议制定的脑血管病诊断标准<sup>[2]</sup>;②经头颅CT或MRI检查证实为初次发病;③签署知情同意书;④生命体征平稳,格拉斯哥昏迷量表(Glasgow coma scale, GCS)评分 $> 9$ 分;⑤年龄30~75岁;⑥有肢体运动障碍。排除标准:心肺功能衰竭、肝肾功不全、恶性进行性高血压、恶性肿瘤、既往有痴呆、精神病或病程 $> 1$ 年的患者。

将符合入选标准的60例患者分成康复组和对照组,每组30例,2组患者在性别、年龄、病程、病变性质、偏瘫肢体间差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),详见表1。

## 二、治疗方法

康复组在内科常规药物治疗的基础上由同一康复医师进行评估并制定康复治疗计划,同时指导患者进行系统、规范的社区康复训练<sup>[3-4]</sup>,具体步骤如下。

1. Brunnstrom I期和II期:正确体位的摆放;床头抬高坐位及呼吸控制训练;健侧肢体关节主动和偏瘫侧肢体关节被动运动;向健侧和偏瘫侧翻身训练;早期诱发偏瘫侧肢体的主动运动训练;桥式运动;从健侧和偏瘫侧坐起训练;坐位平衡训练;健手做力所能及的日常生活活动。

2. Brunnstrom III期和IV期:卧位下抑制上下肢和躯干的痉挛模式、偏瘫侧肢体放置,以及肩、肘和腕关节的各方向主动运动等;坐位下偏瘫侧上肢支撑做小范围的屈伸肘关节训练,前臂的旋前和旋后活动、偏瘫侧下肢的屈伸活动、健侧下肢肌力训练等;坐位控制训练;坐位于站位的转移训练;站位平衡训练;重心转移训练;迈步训练;辅助下平地步行训练及上下楼梯训练等。指导患者完成进食、穿脱衣服、洗漱、入厕、洗浴等日常生活活动。

3. Brunnstrom V期和VI期:巩固和提高前期的康复训练,并应用在日常生活中,具体方法有手的精细动作的强化训练,改善步态、日常家务活动训练、参与社会活动训练等。

在患者进行以上社区康复训练的同时,要求康复医师定期随访,对患者进行评定和指导,入组后第1个月每周随访1次,第2个月每2周随访1次,第3个月每4周随访1次。

对照组患者在内科常规药物治疗的基础上,发放脑卒中社区康复知识宣传手册,但不给予规范的社区康复治疗,不限制患者自行进行针灸和推拿治疗,并可根据家属或自我的理解进行康复治疗。

## 三、康复评定方法

2组均于入组后第1天(治疗前)和治疗3个月后(治疗后)由同一康复医师采用简化Fugl-Meyer运动功能量表(Fugl-Meyer Assessment, FMA)<sup>[5]</sup>和改良巴氏指数(Modified Barthel Inedx, MBI)<sup>[6]</sup>评定患者的肢体运动功能和ADL能力。

表1 2组患者的一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$ )	病程 (d, $\bar{x} \pm s$ )	病变性质(例)		偏瘫侧(例)	
		男	女			脑出血	脑梗死	左侧	右侧
对照组	30	18	12	59.05 $\pm$ 11.10	17.25 $\pm$ 7.31	18	12	19	11
康复组	30	17	13	54.48 $\pm$ 11.70	16.76 $\pm$ 7.46	16	14	16	14

#### 四、统计学分析

对评定结果计数资料进行  $\chi^2$  检验, 计量资料采用  $t$  检验, 利用 SAS 统计软件完成。

### 结 果

治疗前, 2 组患者的 FMA 评分和 MBI 评分差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 2 组患者的 FMA 评分和 MBI 评分与本组治疗前比较, 均有明显改善 ( $P < 0.05$ ), 且康复组的 FMA 评分和 MBI 评分较对照组治疗后改善更为显著, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 详见表 2。

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

组 别	例数	FMA 评分		MBI 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
康复组	30	34.21 ± 10.48	54.62 ± 11.65 <sup>ab</sup>	35.26 ± 15.59	58.16 ± 14.37 <sup>ab</sup>
对照组	30	34.49 ± 13.26	41.74 ± 12.97 <sup>a</sup>	34.93 ± 13.82	49.25 ± 11.61 <sup>a</sup>

注: 与本组治疗前比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$

### 讨 论

脑卒中康复治疗的目标是促进患者功能独立性和重返社会, 患者要重返家庭和社会就必须获得最大限度的 ADL 能力<sup>[7]</sup>。由于脑卒中后相应功能的恢复建立在大脑可塑性和大脑功能重组的理论和实践基础上, 因此, 需要长时间、维持性甚至终生性的康复治疗。而且, 较早进入社区和家庭, 可得到家庭的支持, 花费较低, 既有利于长期康复治疗的实施, 又有利于患者言语、认知、情感和心理健康的恢复。有研究表明, 作为一种既减少脑卒中患者的住院费用而又不对患者结局产生消极影响的有效方法, 社区康复受到学者们越来越多的推崇<sup>[8-9]</sup>。在社区内对脑卒中患者进行康复治疗可以有效地改善脑卒中患者的肢体功能和社会参与能力<sup>[9-10]</sup>。因此, 社区康复模式治疗脑卒中患者是安全有效的, 并且具有长期疗效。

本研究将康复治疗延伸到家庭和社区, 康复组给予系统、规范的康复训练。针对脑卒中患者 Brunnstrom 分期不同时期的不同特点, 采用不同的个体化康复治疗方法并及时调整训练方案。对 Brunnstrom I 期和 II 期患者, 一般表现为迟缓性瘫痪, 没有或较弱的随意运动, 此时康复治疗的基本目的是防止严重的并发症, 如肢体肿胀、肌肉萎缩和关节活动受限等, 为尽早改善功能障碍创造条件。处于 Brunnstrom III 期和 IV 期患者表现为上肢的屈肌共同运动和下肢的伸肌共同运动, 该期的康复治疗目的是抑制共同运动的模式, 尽可能训练肌肉关节能够随意独立运动, 提高各关节的协调性, 恢复其正常的运动功能。当患者处于 Brunnstrom V 期和 VI 期时, 可以很大程度上使用偏瘫侧肢体, 康复训练的目的在于如何更加自如地使用偏瘫侧肢体, 如何更好地在日常生活活动中应用通过训练掌握的技能, 提高日常生活活动能力。

本研究结果显示, 入组时康复组和对照组患者的肢体运动功能和 ADL 能力均有不同程度下降, 2 组间 FMA 评分和 MBI

评分差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗 3 个月后, 对照组患者的肢体运动功能和 ADL 能力有均明显改善 ( $P < 0.05$ ), 提示脑功能重组有一定的自然恢复倾向, 同时常规的内科治疗、中医药治疗、针灸推拿等治疗手段也可在一定程度上促进脑功能的重组。但经过 3 个月规范化的社区康复后, 康复组的肢体运动功能和 ADL 能力显著优于对照组 ( $P < 0.05$ ), 这表明积极的功能训练可明显促进肢体运动功能恢复。

做好脑卒中患者的康复工作, 不仅需要在大医院或研究机构进行深入、系统的研究, 而且需要做好“三级网”的工作。目前在中国, 三级康复的网络还没有完全建立起来, 有的地区没有康复中心, 社区卫生服务中心拥有康复治疗资质的康复医师及治疗师还非常少, 患者对社区康复的需求无法满足<sup>[12]</sup>。在我国开展就近就地、经济有效的社区康复服务, 不仅能充分满足广大脑卒中患者的康复需求, 减少患者家庭人力和经济的困难, 还能更好地促进患者 ADL 的恢复, 使患者尽早回归家庭回归社会。

### 参 考 文 献

- [1] White JH, Alston MK, Marquez JL, et al. Community-dwelling stroke survivors: function is not the whole story with quality of life. Arch Phys Med Rehabil, 2007, 88: 1140-1146.
- [2] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管病诊断要点. 中华神经科杂志, 1996, 29: 379-380.
- [3] 王茂斌. 脑卒中的康复医疗. 北京: 中国科学技术出版社, 2006: 452-457.
- [4] 陈进, 倪朝民, 陈瑾, 等. 影响社区脑卒中患者运动功能生活质量的相关因素研究. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30: 109-113.
- [5] Gladstone DJ, Danells CJ, Black SE. The Fugl-Meyer assessment of motor recovery after stroke: a critical review of its measurement properties. Neurorehabil Neural Repair, 2002, 16: 232-240.
- [6] 南登崑, 郭正成. 康复医学临床指南. 北京: 科技出版社, 1998: 452-457.
- [7] 于健君, 胡永善, 吴毅, 等. 社区康复干预对脑卒中患者日常生活活动能力的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30: 260-264.
- [8] Hackett ML, Vandal AC, Anderson CS, et al. Long-term outcome in stroke patients and caregivers following accelerated hospital discharge and home-based rehabilitation. Stroke, 2002, 33: 643-645.
- [9] Donnelly M, Power M, Russell M, et al. Randomized controlled trial of an early discharge rehabilitation service: the Belfast Community Stroke Trial. Stroke, 2004, 35: 127-133.
- [10] Pang MY, Eng JJ, Dawson AS, et al. A community-based upper-extremity group exercise program improves motor function and performance of functional activities in chronic stroke: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil, 2006, 87: 1-9.
- [11] 白玉龙, 胡永善, 陈文华, 等. 规范三级康复治疗对缺血性脑卒中患者神经功能缺损程度和 ADL 的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29: 270-273.
- [12] 陈君, 范马华, 李泽兵, 等. 社区脑卒中患者功能状况调查. 中华物理医学与康复杂志, 2003, 25: 162-166.

(修回日期: 2010-06-12)

(本文编辑: 阮仕衡)