

imaging study [J]. J Neurosci, 2007, 27(9): 2272-2282.

[11] Riestra AR, Barrett AM. Rehabilitation of spatial neglect [J]. Handb Clin Neurol, 2013, 110: 347-355.

[12] Newport R, Schenk T. Prisms and neglect: what have we learned? [J]. Neuropsychologia, 2012, 50(6): 1080-1091.

[13] Keane S, Turner C, Sherrington C, et al. Use of fresnel prism glasses to treat stroke patients with hemispatial neglect [J]. Arch Phys Med Rehabil, 2006, 87(12): 1668-1672.

[14] Barrett AM, Goedert KM, Basso JC. Prism adaptation for spatial neglect after stroke: translational practice gaps [J]. Nat Rev Neurol, 2012, 8(10): 567-577.

[15] Ting DS, Pollock A, Dutton GN, et al. Visual neglect following stroke: current concepts and future focus [J]. Surv Ophthalmol, 2011, 56(2): 114-134.

(修回日期:2013-12-22)
(本文编辑:阮仕衡)

社区康复项目化管理对脑卒中患者社会功能恢复的影响

郭根平 江玉权 戎佳晶 蔡露冰

【摘要】目的 观察社区康复项目化管理对脑卒中患者社会功能恢复的影响。**方法** 将脑卒中患者 48 例按随机数字表法分为管理组 and 对照组, 每组患者 24 例。入选当天(治疗前), 即对 2 组患者进行标准化的评估, 对患者及其家属进行药物使用指导、心理指导、饮食指导、生活护理指导, 鼓励患者进行主动和被动运动。管理组患者在上述方案的基础上根据评估结果制定规范化的康复管理计划。2 组患者均于治疗前和治疗 6 个月后(治疗后)采用社会回归分级法、社会功能缺陷筛选表(SDSS)和生活质量指数(QOLI)量表进行疗效评定。**结果** 治疗前, 2 组中相同社会回归等级患者的 SDSS 和 QOLI 评分组间比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2 组中社会回归等级为 1 级和 2 级的患者的 SDSS 和 QOLI 评分均较组内治疗前显著改善($P < 0.01$), 管理组中社会回归等级为 3 级的患者的 SDSS 和 QOLI 评分分别为(2.49 ± 0.29)分和(8.99 ± 0.39)分, 与组内治疗前比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。治疗后, 管理组中社会回归等级为 1、2、3 级的患者的 SDSS 和 QOLI 评分与对照组治疗后比较, 差异亦均有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 康复项目化管理能更有效地改善社区脑卒中患者的社会功能状态, 促进社会回归。

【关键词】 脑卒中; 康复项目化管理; 社会回归

国内外近年的研究显示, 脑卒中患者的寿命随着医疗水平的提高已明显延长, 然而大部分患者社会功能状态依然低下, 除受身体结构和功能影响外, 很大程度上还取决于环境因素与个人因素, 如家庭、社会对患者的理解支持和接纳程度、患者的自信心、文化程度以及对疾病的认知度等^[1]。因此, 了解患者的社会功能状态及相关因素, 对促进患者的功能恢复及提高其生活质量具有积极的作用。本研究采用社区康复项目化管理方案治疗脑卒中患者 24 例, 取得了满意疗效。报道如下。

资料与方法

一、临床资料

纳入标准: ①首发脑梗死或脑出血, 并经 CT 或 MRI 检查证

实; ②符合 1995 年全国第四届脑血管病会议制定的诊断标准^[2]; ③意识清楚、检查合作, 无明显失语或严重认知障碍; ④既往无脑器质性疾病及精神障碍; ⑤年龄 48 ~ 73 岁; ⑥病程 1 ~ 6 个月; ⑦均签署知情同意书。

选取 2011 年 12 月至 2013 年 5 月我院所属 3 个社区卫生服务中心内符合上述标准的脑卒中患者 48 例作为研究对象。按随机数字表法, 将脑卒中患者 48 例分为管理组和对照组, 每组患者 24 例。管理组患者中, 男 12 例, 女 12 例; 年龄 46 ~ 72 岁, 平均(60.41 ± 7.82)岁; 脑梗死 15 例, 脑出血 9 例。对照组患者中, 男 14 例, 女 10 例; 年龄 48 ~ 73 岁, 平均(61.35 ± 8.21)岁; 脑梗死 13 例, 脑出血 11 例。2 组患者在性别、年龄、教育、病变性质和病程方面组间比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 详见表 1。

表 1 2 组患者一般资料

| 组别 | 例数 | 性别(例) | | 病变部位(例) | | 病变性质(例) | | 平均病程 (d, $\bar{x} \pm s$) | 平均年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$) |
|-----|----|-------|----|---------|----|---------|-----|-------------------------------|-------------------------------|
| | | 男 | 女 | 左侧 | 右侧 | 脑梗死 | 脑出血 | | |
| 管理组 | 24 | 12 | 12 | 17 | 7 | 15 | 9 | 48.21 ± 10.42 | 60.41 ± 7.82 |
| 对照组 | 24 | 14 | 10 | 15 | 9 | 13 | 11 | 47.30 ± 11.35 | 61.35 ± 8.21 |

二、干预方法

由区人民医院与所属社区建立脑卒中三级康复项目化管理网,所有参与社区项目化管理的医务人员均经过管理培训考核,合格取得上岗证后即加入课题组。入选当天(治疗前)即对 2 组患者进行标准化评估,对患者及其家属进行药物使用指导、心理指导、饮食指导、生活护理指导,鼓励患者进行主动和被动运动。管理组患者在上述方案的基础上根据评估结果制定规范化的康复管理计划^[3],具体方案如下。

1. 规范化康复训练(运动再学习法)^[4]:①上肢训练——患者取仰卧位,训练项目包括患侧手上抬运动(与治疗床呈 90°方向),用力向前伸触及物体运动以及越过头触及枕头运动等。然后患者取坐位,患手平放在床上,患侧肘关节稍为弯曲,轻轻向墙上推手掌以伸直肘关节,保持患手在墙上并转动身体面向前方或侧方。最后进行引发肌肉活动及训练操作的运动控制训练,包括训练伸腕、旋后、拇外展和旋转、手的桡侧和尺侧偏移、患手操作物体、日常生活训练。②下肢训练——包括髋关节对线训练(患者取仰卧位,患腿放在床边,小范围伸展髋关节,然后患者双足负重站立并伸展髋关节)、预防膝关节屈曲训练、诱发股四头肌收缩训练(坐位下进行长坐位下的股四头肌收缩训练)、直腿抬高和步行训练。③ADL 能力训练:训练患者提高进食、穿衣、梳洗、处理个人卫生等日常生活能力。以上训练每日 1 次,每次 45 min,每周训练 5 d,连续训练 6 个月。康复医师将康复训练项目及家庭护理内容制成表格交给家属,由家属负责将每日完成情况进行记录。

2. 健康教育:①向患者及其家属讲解脑卒中的病因、临床表现、危害、治疗方法及难以彻底康复的原因;②帮助患者树立信心,积极配合治疗;③培养良好的生活习惯,避免吸烟、酗酒、进高糖高脂辛辣食物;④指导家属与患者建立互动关系;⑤患肢由于感觉消失或减退易造成损伤,应纠正患者肢体锻炼方法、日常生活行为规范并采取预防性保护措施,避免潜在危险因素;⑥增强机体免疫力,讲解药物使用原则,指导如何服药,使其了解服药的原因及副作用。健康教育每周 1 次,每次 45 min ~ 1 h,其余时间由家属帮助完成,连续教育 6 个月。

3. 危险因素监控:进行血压、血脂、血糖、肝肾功能、尿常规、心电图、体质指数的测量、颈动脉听诊等检查。对检查结果登记管理,以作比较。每个月检查 1 次。

4. 双向转诊:为确保患者得到安全、有效、方便的治疗,尽可能地减轻其经济负担,并最大限度地发挥基层和专科医生的优势,根据我区卫生局制订的双向转诊的要求,在社区与综合医院专科之间建立双向转诊关系。凡有以下情况之一的患者,应转诊上级医院:突然出现肢体无力、视物改变、语言障碍、眩晕、平衡协调功能障碍、高血压危象、重症高血糖、心律失常等。

5. 定期随访:社区卒中管理工作中,责任医生应每 1 个月对患者至少随访 1 次,对于病情较重的患者每 2 周随访 1 次。在随访工作中医生详细的了解患者的病情变化,认真进行体格检查,督导治疗,指导用药,指导护理。对有高血压、糖尿病的卒中患者应密切观察其血压、血糖波动,坚持口服药物或行为干预控制血压、血糖在正常水平等。

6. 社区模拟社会活动:社区医护人员联合街道成立社会活动小组,每月组织 1 次患者参加社会实践及再就业活动,活动

中聘请心理咨询师、职业咨询师、社会工作者等进行相关帮助。

三、评定方法

治疗前,采用社会回归等级^[5]对 2 组患者进行社会等级分级,并于治疗前和治疗 6 个月后(治疗后)采用社会功能缺陷筛选表(social deficit screening scale, SDSS)^[6]和生活质量指数(quality of life index, QOLI)^[7]评定疗效。所有参与评定的医师均接受专业培训并合格,同一个患者治疗前、后均由同一个医师进行评定。

1. 社会回归等级:社会回归状况总共有 4 个级别,1 级为生活不能完全自理,且不关心周围的人和事(包括家人、工作、新闻等);2 级为生活不能完全自理,但关心周围人和事,或生活仅能自理,但无任何社会参与(包括做家务、工作和参加社区或其他集体活动等);3 级为生活可以自理,并能至少参与一项自理外的社会活动,虽处于工作年龄却未工作;4 级为全职或半职工作或退休后能生活自理,并能至少参与一项自理以外的社会活动。等级越高,功能状态越好。

2. SDSS 评分:该量表由 WHO 拟定,曾在 1987 年我国残疾人全国抽样调查中使用。该量表共 10 个项目,包括职业和工作、婚姻职能、父母职能、社会性退缩、家庭外的社会活动、家庭内活动过少、家庭职能、个人生活自理、对外界的兴趣和关心、责任心和计划性。每个项的评分为 0 ~ 2 分,0 分为无异常或仅有不引起抱怨或问题的极轻微缺陷;1 分为确有功能缺陷;2 分为严重功能缺陷。分数越高社会功能缺陷越重。

3. QOLI 评分:该量表由 WHO 推荐,包括活动、日常生活、健康、支持、前景共 5 大项。每项有 3 个小项,第 1 项:能独立完成动作得 2 分;第 2 项:需要帮助得 1 分;第 3 项:不能完成任何动作得 0 分。分数越高生活质量越好。

四、统计学分析

采用 SPSS 17.0 版统计学软件进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

治疗前,2 组中相同社会回归等级患者的 SDSS 和 QOLI 评分组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组中社会回归等级为 1 级和 2 级的患者的 SDSS 和 QOLI 评分较组内治疗前均显著改善($P < 0.01$),管理组中社会回归等级为 3 级的患者的 SDSS 和 QOLI 评分较组内治疗前均显著改善($P < 0.01$)。治疗后,管理组中社会回归等级为 1、2、3 级的患者的 SDSS 和 QOLI 评分与对照组治疗后比较,差异亦均有统计学意义($P < 0.01$),详见表 2。

讨 论

循证医学证据表明,脑卒中规范化管理是治疗和预防脑卒中功能缺损有效的方法之一^[8-9]。然而由于现在综合性医院追求周转率、床位使用率,使得部分患者未得到更好的康复治疗就转入社区回归家庭,导致功能残疾终身化,不能有效回归社会。本研究根据这一情况,依据《浙江省社区慢性病规范化管理实施办法》及《慢性病卫生适宜技术推广》,结合我院实际情况,为管理组患者制定了系统的、规范的、个体化的项目化管理方案并严格实施。

表 2 2 组患者治疗前、后不同社会回归等级组间 SDSS 和 QOLI 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | SDSS 评分 | | QOLI 评分 | |
|------------|----|--------------|---------------------------|--------------|---------------------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 管理组 | 24 | | | | |
| 社会回归等级 1 级 | 6 | 12.67 ± 2.57 | 3.19 ± 1.94 ^{ab} | 12.67 ± 2.57 | 3.19 ± 1.94 ^{ab} |
| 社会回归等级 2 级 | 14 | 7.66 ± 1.37 | 4.03 ± 0.32 ^{ab} | 7.66 ± 1.37 | 4.03 ± 0.32 ^{ab} |
| 社会回归等级 3 级 | 3 | 3.54 ± 1.76 | 2.49 ± 0.29 ^{ab} | 3.54 ± 1.76 | 2.49 ± 0.29 ^{ab} |
| 社会回归等级 4 级 | 1 | 1.69 ± 0.38 | 1.53 ± 0.33 | 1.69 ± 0.38 | 1.53 ± 0.33 |
| 对照组 | 24 | | | | |
| 社会回归等级 1 级 | 5 | 13.09 ± 2.35 | 7.65 ± 2.51 ^a | 13.09 ± 2.35 | 7.65 ± 2.51 ^a |
| 社会回归等级 2 级 | 13 | 8.13 ± 1.46 | 5.59 ± 1.69 ^a | 8.13 ± 1.46 | 5.59 ± 1.69 ^a |
| 社会回归等级 3 级 | 4 | 3.88 ± 1.52 | 3.68 ± 1.63 | 3.88 ± 1.52 | 3.68 ± 1.63 |
| 社会回归等级 4 级 | 2 | 1.61 ± 0.36 | 1.37 ± 0.65 | 1.61 ± 0.36 | 1.37 ± 0.65 |

注:与组内同社会回归等级治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组同社会回归等级治疗后比较,^b $P < 0.01$

项目化管理是指项目管理者在有限资源的约束下,运用系统、科学的方法和理论,对项目涉及的全部工作进行有效的管理,使项目从决策到实施全过程进行计划、组织、指挥、协调、控制和总体评价,以实现项目的特定目标^[10]。项目化管理模式包括^[11]:①制定合理的项目化管理方式——对慢性疾病的防治工作应进行规范地整合,明确各负责部门的工作职能,制定相应实施方案;②组织高效的项目管理团队——成立相应的管理小组,人员包括医院负责人、卫生工作人员等,并安排其定期进行走访、开设义诊等,也可组织相应患者相聚,方便患者之间的交流沟通;③及时联系患者——提倡进行体检、门诊报告等,并建立慢性病监控平台,展开宣传教育,及早发现及早治疗;④进行文化宣传——向所有人群宣传慢性疾病的危害和治疗方法,提高人们的自我保健意识,从根本上降低疾病的发病率。

社区康复项目化管理延续了综合性医院的治疗和康复,有利于巩固在医院内的康复疗效,并使患者的功能进一步地得到恢复^[3]。在社区实施康复管理可以调动患者和家属的共同积极性,对充分发挥脑卒中患者的家庭功能起到促进作用。家庭结构和家庭功能与患者的健康状况、疾病的发生及预后均有紧密关系^[12]。而家庭是脑卒中患者最重要的社会支持资源,直接影响到患者的康复与转归^[13]。社区康复项目化可使患者家属参与到对患者的护理之中,家属态度积极,充分给予患者心理支持和及时的鼓励,消除顾虑,激发其对康复的信心,使其更为积极地配合康复训练。根据每一例患者的具体情况实施有针对性的综合性干预措施,可显著改善患者的功能状态。本研究

结果显示,社会回归等级为 1、2、3 级的患者,在项目化管理介入后,其 SDSS 和 QOLI 评分与组内同社会回归等级治疗前和对照组同社会回归等级治疗后比较,差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。该研究结果说明,脑卒中后中枢神经系统结构和功能上存在代偿和功能重组的自然恢复能力^[1,8]。因此,本课题组认为,社区康复项目化管理的介入不仅可以促进脑卒中患者的神经功能恢复,减少其并发症和降低致残率,还可提高患者生活质量,使其更好地回归社会。

总之,社会功能既是生命健康的要素,也是生活质量的重要内涵。脑卒中患者的社会功能是需要长期连续康复的过程,社区康复项目化管理能有效地改善脑卒中患者社会功能状态,促进其社会回归。

参 考 文 献

- [1] 姜从玉,胡永善,吴毅,等. 规范三级康复治疗对脑卒中患者生存质量的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志,2006,28(9):613-615.
- [2] 中华神经科学杂志,中华神经外科学杂志. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [3] 倪姣娜,唐新华,徐珊瑚,等. 脑卒中后患者社区规范化康复管理初探[J]. 心脑血管防治,2012,2(12):50-51.
- [4] 黄永禧,徐本华,等译. 中风病人的运动再学习方案[M]. 北京:北京医科大学出版社,1996:39-49.
- [5] 李墨奇,寿玉立,蒲林娟. 系统性护理干预对维持性血液透析患者社会回归率的影响[J]. 中华现代护理杂志,2010,16(27):3273-3274.
- [6] 张明圆. 精神科评定量表手册[M]. 2版. 长沙:湖南科学技术出版社,2003:163-166.
- [7] 于兑生. 康复医学评价手册[M]. 北京:华夏出版社,1993:187-188.
- [8] 赵亚飞,杜雪平,高大勇,等. 脑卒中社区规范化管理效果评价[J]. 中国全科医学杂志,2011,14(5):1441-1443.
- [9] 林巧梅,李向荣,向糟,等. 规范化管理对预防脑卒中复发的临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2010,8(8):1011-1012.
- [10] 徐瑞妙,蔡平,罗立旷,等. 引入项目化管理实施住院患者健康宣教[J]. 中国民族民间医药,2011,15(2):70-71.
- [11] 陈频. 糖尿病项目化管理对高血压病合并糖尿病前期患者转归的影响[J]. 中国乡村医药杂志,2013,20(4):82-83.
- [12] 顾竣,吕繁. 全科医学理论与实践[M]. 北京:世界图书出版公司北京公司,1995:14-15.
- [13] 梁绪. 实施家属健康教育对脑卒中患者康复效果的影响[J]. 中国老年保健医学,2010,8(3):59-60.

(修回日期:2013-12-22)

(本文编辑:阮仕衡)