

·社区康复·

上海市闵行区脑卒中社区康复模式初探*

胡世红¹ 凌 晴¹ 胡永善² 许 佳¹ 江丽娟³ 陆 贇³ 陈丽丹¹ 乔峰雷¹

摘要

目的:通过康复中心-社区卫生服务中心-家庭康复三者有机结合的方式进行脑卒中康复,探索闵行区康复的新模式。

方法:将97例脑卒中患者以区组随机化的方式将患者分为治疗组(48例)和对照组(49例),分别于入选时、入组后第1个月末、第3个月末和第6个月末采用功能综合评定量表、改良Barthel指数进行评测。治疗组采用康复中心-社区卫生服务中心-家庭康复三结合的模式,由治疗师、全科医生运用康复适宜技术,在社区卫生服务中心或家庭开展康复治疗活动。对照组除基础治疗外不接受专业康复训练。

结果:入选时治疗组和对照组不存在明显差异。两组患者在入组后各阶段比较,治疗组的综合功能测评积分和日常生活活动能力,与对照组相比较,均有显著性增加,差异有显著性意义($P < 0.05$)。6个月随访治疗后治疗组改善了(41.38±15.23)分,而对照组的综合功能测评积分为(25.64±16.33)分。治疗组的MBI提高(33.52±14.86)分,对照组提高(20.16±13.52)分,两组比较差异有显著性($P < 0.05$)。

结论:康复中心-社区卫生服务中心-家庭康复三者有机结合的模式,为脑卒中患者提供全程康复治疗,改善患者的综合功能,可以作为一种社区康复模式开展。

关键词 脑卒中; 社区康复; 模式

中图分类号:R743.3.R492 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2014)-05-0468-03

自1978年WHO首次提出社区康复(community-based rehabilitation, CBR)的概念以来,社区康复概念有了很大变化,从原来只注重功能恢复,认为医疗是康复甚至是唯一手段的观念,发展到现在注重残疾人整体社会地位、经济地位等的全面康复,社区康复的模式随之也改变,采取了发展的模式和包容的模式^[1-2]。尽管如此,医疗康复仍然是全面康复的根本,是如脑卒中中等残疾人获得社会地位、经济地位的基础。合适的社区医疗康复模式仍需进一步探索。上海市闵行区人口老龄化明显,每年约有4000—5000例新增病例(按发病率200/10万人计算),其中约3000例需要进行康复治疗,而目前闵行区从事康复专业的医务人员20例左右,远不能满足这些新发病例的康复需求。为此我们在借鉴国内和上海市其他区县的康复模式,结合我区实际情况,以脑卒中康复适宜技术为基础,采取三级医院康复中心-社区卫生服务中心-家庭康复三者有机结合的模式,探索我区脑卒中的康复途径。

1 资料与方法

1.1 病例选择标准

选择符合以下标准的脑卒中患者97例。以1996年全国第四届脑血管病学术会议通过的各类脑血管病诊断要点为诊断标准^[3],并经颅脑CT或MRI确诊,同时具备以下条件:①入选标准:脑梗死或脑出血后;自愿签署知情同意书;年龄40—80岁;有肢体功能障碍;意识清楚,可接受动作性指令。②排除标准:活动性肝病、肝肾功能不全、充血性心力衰竭、恶性肿瘤患者、既往痴呆病史、呼吸功能衰竭、四肢瘫患者、原先有脑血管疾病且留下功能障碍者、外地无法随访者。

1.2 一般资料

97例脑卒中患者,分别在2009年10月—2012年10月期间在我院及闵行区江川社区卫生服务中心就诊,符合上述选择标准而入组。以区组随机化的方式将患者分为治疗组和对照组。治疗组(48例)除基础治疗(包括原发病、并发症等的药物治疗等)外接受规范化的康复训练,对照组(49例)则仅进行基础疾病的治疗。两组患者的一般资料(包括发病类

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2014.05.015

*基金项目:上海市闵行区科学技术委员会基金资助(2009MHZ090)

1 上海市第五人民医院康复医学科,上海市闵行区鹤庆路801号,200240; 2 复旦大学附属华山医院康复医学科; 3 上海市闵行区江川社区卫生服务中心

作者简介:胡世红,男,副主任医师;收稿日期:2013-07-16

型、病程、性别、年龄、发病部位资料)差异均无显著性意义($P > 0.05$),表1。发病3个月内为新发病例,发病3个月到1年半内为既往病例。

所有参加课题组的全科医生均接受相关培训,培训内容包括脑卒中康复的基本知识,简易康复技术培训,要求全部掌握。

表1 两组患者一般资料 (例)

组别	性别		年龄(岁)		发病类型		病程		部位	
	男	女	40—60	61—80	脑出血	脑梗死	新发	既往	基底核	其他
治疗组	30	18	21	27	14	34	33	15	38	10
对照组	31	18	23	26	13	36	35	14	37	12

1.3 康复治疗方式

治疗组:康复治疗的方式有:社区集中康复、家庭自主康复和由全科医师、治疗师指导的康复治疗。首先将本组脑卒中患者集中到社区卫生服务中心,包括患者家属及护工,由康复中心医师和治疗师对其进行康复适宜技术培训。对于家庭康复者,在入组后第1个月每周上门指导1次,第2个月起每2周上门指导1次,共6个月。此外继续进行基础疾病的治疗。对于有转诊必要的患者,可上转至我院康复中心,也可下转至社区卫生服务中心甚至家庭,继续康复。

康复适宜技术^[4-5]:弛缓期(Brunnstrom分期第1—2期):采用卧位训练(包括良肢位摆放、翻身练习以及床上自我辅助练习);坐位训练;坐位平衡训练(无把手座椅),能进行主动运动者,可增加日常生活活动训练。痉挛期(Brunnstrom分期第3—5期):①站训训练(双手叉握前伸,缓慢抬高臀部直至站立),完成起坐训练。②坐位下双手叉握平举、伸肘、屈肘、前伸、左右移动等上肢功能训练;③健侧辅助下患侧屈伸等下肢功能训练。④立位训练(立位平衡训练、双手交叉前后左右重心转移、躯干左右旋转、弯腰摸大腿、膝盖、小腿等)。⑤室内步行训练。⑥日常生活活动(ADL)训练:根据患者自身的情况进行刷牙、洗脸、梳头、穿衣、裤、鞋、袜、写字、喝水等日常生活活动能力的训练。此外指导家属利用家里活社区闲置物品制作一些简易家庭支具或辅具,以抗痉挛或辅助转移等。

整套动作要求循序渐进、重复练习,由治疗师制订训练计划,指导患者边做边说,分次定量完成,直至教会掌握。

对照组:基础治疗外不接受专业康复训练。

1.4 评定方法

两组分别在康复治疗前、治疗后1个月、3个月、6个月进行评定,采用胡永善教授制定的功能综合评定量表(functional comprehensive assessment,FCA)^[6]对患者的运动功能和认知功能进行评定,日常生活活动能力则采用改良Barthel指数(modified Barthel index,MBI)进行评定。

1.5 统计学分析

全部数据采用统计软件包SPSS 19.0对结果进行处理。计量资料比较用 t 检验,计数资料比较用 χ^2 及秩和检验。

2 结果与讨论

结果见表2—3。

表2 两组患者ADL能力MBI及差值比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	入组时	第6个月末	两者差值
治疗组	35.68±24.73 ^①	73.52±24.20 ^①	33.52±14.86 ^②
对照组	40.22±26.78	71.75±21.19	20.16±13.52

两组比较:① $P > 0.05$,② $P < 0.05$

表3 各阶段综合功能评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	入组时	第6个月末	两者差值
康复组	48	48.15±14.51 ^①	93.14±16.41	41.38±15.23 ^②
对照组	49	46.25±13.28	71.33±19.31	25.64±16.33

两组比较:① $P > 0.05$,② $P < 0.05$

我国康复医学起步晚,社区康复更是落后于发达国家,但近年来社区康复服务开展迅速,其中以脑卒中后社区康复模式探索最多。早年有广东省惠州农村社区康复工作服务模式^[7],它是以乡镇为中心,依托卫生院的初级卫生服务网络建立康复指导站,开展康复需求上报和康复训练工作。于健君等^[8]借鉴国家“十五”攻关课题“急性脑血管病三级康复治疗方案的临床研究”的脑血管病三级康复治疗方案,提出社区康复的“小三级”康复治疗服务模式,“社区一级”康复是指在社区卫生服务中心内进行的康复治疗,“社区二级”康复是指在社区卫生服务中心下属服务站内进行的康复治疗,而“社区三级”康复是指在患者家庭进行的康复治疗。崔立军等^[9]随后采用规范的社区三级康复治疗对其效果进行了初步验证,结果显示社区三级康复治疗组患者神经功能提高程度显著优于对照组。近期葛晴霞等^[10]采用社区康复卒中单元对脑卒中患者进行集中康复,经过3个月以运动再学习为主的训练,改善了患者的功能状态。朱穗恒等^[11]认为社区家庭康复的模式也能改善脑卒中患者偏瘫肢体的运动功能,以及提高其日常生活活动能力。李迥^[12]等利用现代互联网技术,尝试开展远程家庭康复,取得了较确切的疗效,同时认为远程家庭康复成本低廉、经济适用。但这些社区康复模式都局限在社区,并没有与大型医疗机构形成有机体,对需要调整治疗方案的患者可能存在一定的延误,因此,梁娟等^[13]认为脑卒中社区康复应建立安全、通畅、高效的双向转诊机制。

上海市闵行区康复医学起步晚,专业人才匮乏,而且分布不均,社区卫生服务中心更是缺少康复专业人员,同时康复点少,设备简陋,无法为综合性医院出院后的脑卒中患者提供相应的康复服务。为此我们依托本院的技术和设备优势,与社区卫生服务中心合作,共同探索脑卒中在闵行区开展的模式。我们采取了康复中心(三级医院)-社区卫生服务中心-家庭康复三者有机结合的方式。该模式与众不同的是康复中心与该社区卫生服务中心已建立的有效的双向转诊机制,对在社区卫生服务中心甚至家庭康复需要转诊的患者可顺利转至我院康复中心。为了提高社区卫生服务中心的康复水平,我们对其全科医生进行康复适宜技术的专项培训,同时还对患者家属进行相关培训,使他们掌握康复适宜技术,鼓励家属开展康复医疗活动。

我们的研究发现,在这种模式下患者接受康复训练后,康复组的MBI和FCA均得到改善。6个月随访表明,康复组的综合功能测评积分提高41.38分,而对照组仅提高25.64分。康复组的MBI提高(33.52±14.86)分,而对照组仅提高(20.16±13.52)分,两组比较有显著性差异($P < 0.05$)。治疗组患者的运动功能和认知功能得到明显改善,日常生活能力提高。

敬沛嘉等^[14]认为目前国内的社区康复模式主要有社会医疗合作型模式、社区康复治疗附属某区域性大型医院模式、社区康复与社区卫生站合作捆绑模式和社会力量单独办立社区康复或者康复医院等四种模式。四种模式各有优缺点,其中社区康复治疗附属某区域性大型医院优势突出,但也存在社区康复水平与大型医院有差距、机构混乱、转介标准不清等缺点。但是在我们的实际工作中发现除了水平有差距外,并不存在机构混乱、转介标准不清的现象,而且康复适宜技术简单易掌握,以及系统的培训质量,一定程度上缩小了差距,患者对此反应并不十分强烈。

因此,我们认为康复中心-社区卫生服务中心-家庭康复三者有机结合的康复模式是一种有效、值得推广的康复服务方式。由于我们选择的合作单位只有江川社区卫生服务中心一家,虽有一定的代表性,但广度不够,我们将在今后的工

作中逐步扩大合作对象,尝试成立区域康复医疗联合体,更好地推进康复服务。

参考文献

- [1] 卓大宏.关于贯彻执行《社区康复指南》的刍议[J].中国康复医学杂志,2013,28(4):291—292.
- [2] 路微波,胡永善,余征,等.社区康复介入对适配家庭辅助器具的脑卒中患者的影响[J].神经病学与神经康复学杂志,2012,9(4):165—168.
- [3] 全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29:379—380.
- [4] 于健君,胡永善,吴毅,等.规范的社区康复治疗对脑卒中患者运动功能的影响[J].中国运动医学杂志,2008,27(3):308—311.
- [5] 吴矿文,江滨,梁杰,等.脑卒中社区康复简易适宜技术在社区脑卒中患者中的应用及效果分析[J].中国全科医学,2011,14(12B):4025—4027.
- [6] 胡永善,吴毅,范文可,等.综合功能评定量表的研究(一)量表设计[J].中国康复医学杂志,2002,17(1):35—38.
- [7] 张鸣生,郭伟,赖书扬,等.惠州农村社区康复模式[J].中国康复医学杂志,2005,20(12):927—929.
- [8] 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.
- [9] 崔立军,胡永善,沈国光,等.社区三级康复改善脑卒中患者神经功能的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2009,24(9):800—803.
- [10] 葛晴霞,章慧霞,郭根平.社区康复卒中单元对脑卒中患者功能状态的影响[J].中国康复理论与实践,2012,18(11):1021—1023.
- [11] 朱穗恒,燕铁斌,江晓军,等.社区脑卒中患者家庭康复模式的疗效[J].中国康复,2012,27(2):156—158.
- [12] 李迥,吴莉青,尚淑玲,等.远程家庭康复指导与脑梗死患者康复效果[J].中国康复医学杂志,2012,27(6):572—573.
- [13] 梁娟,林成杰.我国脑卒中患者社区康复探讨[J].中国康复,2012,27(4):316—318.
- [14] 敬沛嘉,何成奇,杨霖.社区医疗康复的四种模式[J].中国康复理论与实践,2012,27(9):849—851.