

·社区康复·

社区康复对脑卒中后遗症患者生存质量的影响*

沈光宇¹ 成彬² 蔡俊燕¹ 胡玉明¹ 朱振杰¹ 顾琦¹ 鞠晶昀¹

脑卒中的致残率很高,存活的患者中,70%—80%伴有不同程度的残疾,他们出院后回到社区需要继续进行康复治疗^[1]。脑卒中后遗症期临床上多指发病后1—2年以上,主要表现为患者上肢运动控制能力差和手功能障碍、失语、面瘫、吞咽障碍、偏瘫步态、足下垂、行走困难等^[2]。既往的观念认为存在残疾是必须承受和面对的现实,对脑卒中后遗症患者的肢体功能障碍、语言功能障碍失去了进一步康复的信心和愿望。但是,我们在社区康复工作中发现,大部分脑卒中后遗症患者及其家属还是很希望能够提高其功能水平,改善日常生活活动能力,提高生存质量的。为此我们选择了一些患者,研究对脑卒中后遗症患者进行社区康复的可行性和有效

性,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

72例脑卒中后遗症患者均居住在南通市崇川区3个街道15个社区,曾在当地医院进行临床治疗,符合脑卒中诊断标准,确诊为脑梗死或脑出血。其中男39例,女33例;年龄49—76岁;病程(以发病日期为准)最长12年,最短9个月。所有患者以前在医院和社区均没有接受过规范的康复治疗。随机分为社区康复组和对照组各36例,因为对照组有2例失访(外来人口),有效入组为34例。两组一般资料经统计学分析,差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。

表1 两组患者一般资料比较

(例)

组别	例数	性别		年龄(岁)				脑卒中类型		病程(月)					
		男	女	45—50	51—60	61—70	71—80	脑出血	脑梗死	9—12	13—24	25—36	37—48	49—60	>60
康复组	36	20	16	1	13	16	6	15	21	0	18	13	2	1	1
对照组	36	19	17	2	12	18	4	16	20	1	17	14	2	2	0

注:对照组有2例失访(外来人口),分别为9个月、51个月各1例,故有效入组为34例

1.2 评定方法

主要量表有:社区残疾人情况调查表;日常生活活动能力(ADL)改良 Barthel 指数评定表(MBI);生存质量指数评定表(quality of life index, QLI)等。其中 MBI^[3]内容包括进食、洗澡、修饰(洗脸梳头、刷牙、刮脸)、穿衣(包括系带)、控制大小便、如厕、床椅转移、行走(平地45m)、上下楼梯。正常总分为100分,60分以上者良(即生活基本自理),60—40分者为中度功能障碍(生活需要帮助),40—20分者为重度功能障碍(生活依赖明显),20分以下者为完全残疾(生活完全依赖)。生存质量评定采用 Spitzer 的生存质量指数评定表,主要依据患者过去1周内的情况进行评分,分值0—10分,分数越高表示生存质量越佳^[4]。评定时间在入组时、治疗3个月和治疗6个月后,共评定3次。对照组只在相同时间评定,但没有治疗。

1.3 治疗方法

根据初次评估的结果,对社区康复组的每一患者提出个体化康复目标和治疗训练计划,确定基本康复治疗技术指导

培训的内容和目标,对脑卒中后遗症患者以及社区康复员、患者家属进行基本技术培训,然后按计划进行康复训练。评估和训练地点基本上都在社区康复站(居委会),个别在患者家中。共实施6个月的康复训练计划,每周双休日,都有康复治疗的专业人员(治疗师和/或康复治疗专业的学生平均每周上门1次)去社区服务和指导。康复治疗训练的内容为移乘和坐立平衡训练、关节活动度和肌力的主被动训练、作业治疗、ADL训练、并发症的防治、自助具的应用、部分认知和语言训练等,涵盖了神经发育疗法和传统的康复治疗技术^[5];还有心理支持、简单环境改造和参与社会教育等社会康复的内容。

1.4 统计学分析

数据均用 SPSS 10.0 版软件处理,所用方法为方差分析和 t 检验。

2 结果

见表2。社区康复组 MBI 分值治疗6个月后比治疗前提

* 基金项目:江苏省卫生厅科研项目(H200620);南通市社会发展科技计划资助项目(S2006042);1 南通大学附属医院康复医学科,南通,226001;2 南通市残疾人联合会

作者简介:沈光宇,男,主任医师;收稿日期:2009-07-17

表2 两组患者康复治疗前后 MBI、QLI 评定结果 ($\bar{x} \pm s$)

	入组前	3个月	6个月
MBI			
康复组(36例)	52.1±22.9	61.6±20.8	71.8±23.7 ^{①②}
对照组(34例)	52.3±23.4	53.6±21.5	56.0±21.9 ^②
QLI			
康复组(36例)	5.82±1.92	6.44±1.97	7.42±2.13 ^{①②}
对照组(34例)	5.80±1.89	5.88±2.01	6.02±2.09 ^②

①治疗前后有显著差异 $P<0.05$;②康复组与对照组比较有显著差异 $P<0.05$

高了 19.7 分(37.8%),QLI 分值治疗后比治疗前提高了 1.6 分(27.49%),治疗前后有显著差异($P<0.05$);社区康复组与对照组比较,MBI 和 QLI 分值的提高都有显著差异($P<0.05$),说明脑卒中后遗症患者的日常生活活动能力和生存质量都有明显改善。

3 讨论

脑卒中偏瘫患者在临床治疗阶段或限于医疗条件,或限于对康复的认识,往往得不到早期康复治疗,导致其功能很多没有恢复到实际可以达到的水平。出院以后在家庭和社区,因缺乏有效的康复训练,脑卒中偏瘫患者的各种功能尤其是肢体功能很可能长时间停滞在某一阶段的状态,有的甚至比出院时更差,也给社会和家庭带来沉重的负担^[6]。

脑卒中后遗症患者最常见的也是最为人们关注的是肢体功能的障碍,它直接导致其日常生活活动能力的缺失或下降,进而影响生存质量;一般认为日常生活活动能力是与生存质量最相关的因素,在 Spitzer 的 QLI 中 40%的分值就是日常生活活动,因此我们在评定患者生存质量时,常联合应用日常生活活动能力 MBI 和 QLI。范文可、胡永善^[7]以及闵瑜、燕铁斌^[8]等对 MBI 的研究结论认为,MBI 量表具有良好的信度和效度,使用简单、省时,广泛应用于预测和评定干预结果,对评定脑卒中患者日常生活活动能力具有重要意义。同样,我们在选择社区康复目标和康复训练项目时,也以提高患者的日常生活活动能力作为提高生存质量的主要内容。社区康复训练项目的选择,要根据患者功能障碍的特点和康复评估的结果,以及个人的兴趣爱好、工作特点、生活环境等因素,因人而异、因地制宜。

国外较早注意到加强脑卒中患者回到社区的随访和社区康复治疗,有专门的社区治疗站和志愿者等形成了社区康复治疗网络,使大多数患者得到康复服务^[9],但是许多报道仅限于脑卒中恢复期的社区康复^[1-5]。国内关于脑卒中社区康复的文献局限在 6—12 个月左右的脑卒中恢复期的社区康复,也鲜有 1—2 年以上脑卒中后遗症社区康复的报告^[10]。我们认为脑卒中后遗症患者也是社区康复的重点对象。

我们在项目实施过程中发现,由于长期没有康复的介入,大部分患者已经失去了康复治疗的最佳时期,其运动功

能和社会功能没有得到最大限度的发挥。因此迫切需要通过社区康复提高功能,改善日常生活活动能力,提高生存质量。虽然患者的肢体功能有障碍,但并非已经彻底“定型”,只要坚持较长时间的康复训练,其日常生活活动能力和生存质量还是有可能提高和改善的。Pang MY 等^[11]的研究表明在社区内对脑卒中患者进行康复训练可以有效地改善脑卒中患者的肢体功能和社会参与能力。我们研究的结果也显示,36 例脑卒中偏瘫后遗症患者经过 6 个月的社区康复训练,日常生活活动能力和生存质量,都有明显的提高。实践也证明,对那些没有接受过康复治疗的脑卒中偏瘫患者,尽管其病程较长,都还存在着社区康复的价值,我们决不能轻易放弃。

我们选择了脑卒中后遗症患者作为社区康复的研究对象,在一大类肢体残疾人中具有代表性。脑卒中后肢体功能的康复有一定的规律,按规律、有计划、循序渐进地康复训练必然事半功倍。脑卒中后功能恢复的程度受诸多因素的影响,患者参与康复的主动性,家庭和社会的支持是社区康复的关键因素^[12],其中患者参与康复的主动性尤为重要。康复训练强调以自身的主动活动为主,它应该充分发挥患者的主观能动性,消除依赖心理,当运动和社会功能有所改善时,会促进其进一步康复的信心,从而进入“良性循环”,向着预定目标争取得到最大限度的康复。

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[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2007, 88: 1140—1146.
- [2] 倪朝民. 神经康复学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 66.
- [3] 恽晓平. 康复疗法评定学[M]. 北京: 华夏出版社, 2005: 432—434.
- [4] 缪鸿石. 康复医学理论与实践[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000: 436—437.
- [5] Barnes MP. Community rehabilitation after stroke [J]. Critical Reviews TM in Physical and Rehabilitation Medicine, 2003, 15: 223—234.
- [6] 孙会芳, 倪朝民, 韩瑞, 等. 社区康复治疗对脑卒中患者生存质量的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(2): 162—164.
- [7] 范文可, 胡永善. 日常生活活动能力评定的研究进展[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30(2): 126—129.
- [8] 闵瑜, 吴媛媛, 燕铁斌, 改良 Barthel 指数(简体中文版)量表评定脑卒中患者的日常生活活动能力的效度和信度研究[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30(3): 185—188.
- [9] Hedworth AB, Smith CS. The great lakes regional stroke network experience[J]. Prev Chronic Dis, 2006, 3: 128.
- [10] 陈风华, 崔明, 唐琴, 等. 脑卒中后遗症患者社区康复疗效分析[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(6): 527—529.
- [11] Pang MY, Harris JE, Eng JJ. A community-based upper-extremity group exercise program improves motor function and performance of function activities in chronic stroke: a randomized controlled trial[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2006, 87: 1—9.
- [12] 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.