

- [14] Pomeroy VM, Cloud G, Tallis RC, et al. Transcranial magnetic stimulation and muscle contraction to enhance stroke recovery: a randomized proof-of-principle and feasibility investigation[J]. *Neurorehabil Neural Repair*, 2007, 21(6): 509—517.
- [15] Barsi GI, Popovic DB, Tarkka IM, et al. Cortical excitability changes following grasping exercise augmented with electrical stimulation[J]. *Exp Brain Res*, 2008, 191(1): 57—66.
- [16] 刘非, 刘慧华, 燕铁斌, 等. 功能性电刺激对健康青年受试者体感及运动诱发电位影响的对照研究 [J]. *中国康复医学杂志*, 2009, 24(9): 790—792.
- [17] 刘慧华, 燕铁斌, 刘非, 等. 功能性电刺激对脑卒中患者上肢体感及运动诱发电位的影响[J]. *中国康复医学杂志*, 2009, 24(9): 793—796.
- [18] Nair DG, Hutchinson S, Fregni F, et al. Imaging correlates of motor recovery from cerebral infarction and their physiological significance in well-recovered patients [J]. *Neuroimage*, 2007, 34(1): 253—263.
- [19] Ward NS, Newton JM, Swayne OB, et al. The relationship between brain activity and peak grip force is modulated by corticospinal system integrity after subcortical stroke [J]. *Eur J Neurosci*, 2007, 25(6): 1865—1873.
- [20] Hamzei F, Liepert J, Dettmers C. Two different reorganization patterns after rehabilitative therapy: an exploratory study with fMRI and TMS[J]. *Neuroimage*, 2006, 31(2): 710—720.
- [21] Hamzei F, Dettmers C, Rijntjes M, et al. The effect of cortico-spinal tract damage on primary sensorimotor cortex activation after rehabilitation therapy [J]. *Exp Brain Res*, 2008, 190(3): 329—336.
- [22] Khedr EM, Abo-Elfetoh N, Ahmed MA, et al. Dysphagia and hemispheric stroke: a transcranial magnetic study [J]. *Neurophysiol Clin*, 2008, 38(4): 235—242.
- [23] Kim JH, Lee HW, Cohen LG, et al. Motor cortical excitability in patients with poststroke epilepsy [J]. *Epilepsia*, 2008, 49(1): 117—124.
- [24] Urban PP, Morgenstern M, Brause K, et al. Distribution and course of cortico-respiratory projections for voluntary activation in man. A transcranial magnetic stimulation study in healthy subjects and patients with cerebral ischemia [J]. *J Neurol*, 2002, 249(6): 735—744.
- [25] Misawa S, Kuwabara S, Matsuda S, et al. The ipsilateral cortico-spinal tract is activated after hemiparetic stroke[J]. *Eur J Neurol*, 2008, 15(7): 706—711.
- [26] 胡洁, 宋为群. 经颅磁刺激应用于运动功能障碍的研究进展 [J]. *中国康复医学杂志*, 2009, 24(6): 570—572.

· 综述 ·

我国脑卒中社区康复治疗模式研究现状*

崔立军¹ 胡永善^{1,2,8} 沈国光³ 张安蒙³ 章亚萍⁴ 陈惠芳⁵ 沈炜珍⁶ 郑钢⁷ 于健君¹
徐一鸣¹ 陈颖¹ 吴毅¹

社区康复是在社区和家庭层面上,为残疾人提供的康复服务。其覆盖面广、经济有效、简便易行,有利于调动社区、家庭的力量和患者的积极性,能够使残疾人回归家庭和社会,使大多数的残疾人从中受益。近年来我国社区康复治疗发展较快,全国各地都相继开展了社区康复的相关研究,其中以脑卒中后社区康复的相关研究最多。事实上,目前我国各地的社区康复治疗模式各不相同,包括管理模式、服务模式、治疗团队人员的组成和康复治疗方法各不相同。本文就目前我

国各地社区康复治疗模式进行综述。

1 社区康复治疗的有效性研究

大量的研究均说明了社区康复治疗的有效性。有研究显示神经康复治疗在神经损伤后数年仍有益于患者的康复^[1],且长时间定期的社区康复治疗可维持甚至提高脑损伤患者的功能状态^[2]。

孙会芳^[3]等对 222 例社区脑卒中偏瘫患者进行了随机对

* 基金项目:上海市卫生局科研基金资助项目(2008 局级 85);上海市闸北区卫生局科研基金资助项目(2007 重点 16); 1 复旦大学附属华山医院康复医学科,复旦大学上海医学院康复医学系,上海市,200040; 2 复旦大学医学神经生物学国家重点实验室; 3 复旦大学附属华山医院永和分院; 4 闸北区临汾社区卫生服务中心; 5 闸北区彭浦镇社区卫生服务中心; 6 闸北区彭浦社区卫生服务中心; 7 闸北区残疾人联合会; 8 通讯作者

作者简介:崔立军,女,在读硕士生; 收稿日期:2009-08-11

照研究,结果发现经过规范的社区康复治疗2个月末和5个月末,康复组在世界卫生组织编制的生存质量量表(WHOQOL-BREF)生存质量各领域的得分,均显著优于对照组($P<0.01$)。陈风华^[4]等对284例脑卒中后遗症期患者进行了随机对照研究,并在1月末、3月末和6月末时进行Fugl-Meyer运动功能评定、改良Barthel指数、功能综合评定(FCA)和总体满意度(SWLS量表)评定,结果发现康复组患者Fugl-Meyer运动功能评定无明显改善,而对照组却有退步趋势,但二者差异无显著性;康复组患者生活自理能力和生活满意度评定在干预1个月时提高明显,之后提高幅度减小,对照组均无明显改善,且康复组与对照组比较差异具有显著性($P<0.01$)。于健君^[5]等进行了737例脑卒中患者的随机对照研究,在经过规范社区康复治疗5个月后采用功能综合评定量表(functional comprehensive assessment, FCA)对患者进行运动功能评定,结果发现康复组患者的运动功能评分显著高于对照组($P<0.01$)。

综上所述,社区康复治疗可提高患者的运动功能独立性,日常生活自理能力,生活满意度和生存质量,但是对脑卒中后遗症期患者运动功能恢复效果欠佳。

2 社区康复治疗的管理模式

自社区康复概念问世以来,人们一直试图探索适合我国国情的有效模式。针对残疾人回归社区后康复难的问题,各地都在就如何充分利用政府和残联,以及各相关医疗机构的资源,为解决残疾人康复服务进行了有益的尝试。

广东省惠州市残联社区康复中心开创了惠州农村社区康复模式^[6],取得了较好的经验。该模式采取“政府主导,残联牵头,部门合作,社会参与”的社会化工作模式。首先,组织管理网络是该模式的领导机构,各市、县、镇成立社区康复领导小组,组长由残联分管领导担任,乡镇由镇政府分管领导担任,领导小组在市、县残联工委的康复办公室领导下,全面负责组织推动社区康复;第二,技术指导网络是该模式的技术和业务指导机构,它由残联康复中心、社区卫生医疗机构和教育机构专业人员组成,全面负责农村社区康复技术指导、康复员培训和康复员工作管理(监督)等工作;第三,康复治疗场所的建立,市、县残联依托残疾人康复中心建立社区康复指导中心,乡镇依托卫生院的计划免疫网络建立起农村社区康复指导站。

白国芳^[7]等介绍了石家庄市城区“社区康复协作网”的社区康复工作模式。首先,其组织管理由分管区长任组长,各相关部门为成员成立桥东区残疾人社区康复工作领导小组;第二,技术指导依托于石家庄市康复医院技术资源,组织专业康复技术人员成立社区康复技术指导中心;第三,康复治疗场所依托社区卫生服务机构和社区残疾人协会成立社区康复站,社区居委会全部建立社区残疾人活动室,并配备社区责

任医生和专职社区康复协调员,负责开展知识、技能培训和娱乐、工疗和心理疏导等社区康复服务。

北京朝阳区作为北京市参加全国残疾人社区康复示范区培育活动的代表^[8],经过两年的工作后也取得了一定的成就,其采取政府领导,各部门合作的形式,并将社区康复纳入社区服务和社区卫生服务之中的模式。首先,政府在康复体系中作为领导者的角色,区政府和各街道办事处成立残疾人社区康复领导小组及办公室,组长主要由区、街乡领导担任,并将残疾人工作列入政府工作内容;第二,技术指导由区指导中心、社区卫生服务中心两级成立社区康复专家技术指导组,开展下社区技术指导和康复知识普及宣传并培训社区康复协调员工作;第三,康复治疗场所主要依托社区医院资源在街道和社区卫生服务中心设立康复室;第四,在进行康复训练的同时还建立了健康档案,对于社区无法满足康复需求的人员,采取向上级康复指导中心进行转诊或转介制度;另外还采取政府购买服务,对残疾人康复训练进行补贴,采取医疗保险与社区康复相衔接的方式完善社区康复救助体系,以促进社区康复的可持续发展。

这里介绍的是我们作为发展中国家的特点,社区康复的管理模式大体上都是以政府为主导,多部门协作,依靠残联和相关康复医疗机构作为康复指导中心,街道、乡镇等基层单位成立康复站的模式,各个地区再根据各自的基础情况进行细微的调整。

3 社区康复治疗团队组成

物理治疗师和作业治疗师是团队中最重要的组成人员,在国外社区康复治疗常采用多学科的综合治疗方法^[9],其团队常常由全科医师、神经科医师、精神科医师、护士、物理治疗师、作业治疗师、职业治疗师及社工等人员共同组成,这一社区康复治疗团队可能是附属于当地医院,也可以不是附属于当地医院的。

在社区照顾模式广泛应用的英国,有一项调查提示康复治疗团队应该提供早期出院康复治疗^[10],随后进行后期的社区康复治疗或是由全科医师领导的康复治疗。这项研究结果还提示社区康复治疗团队中最需要的是2.2—15.3个全职的工作人员,物理治疗师和作业治疗师,而精神科医生和社工则是该团队中需求最小的。

由于我国社区医疗资源有限,目前我国社区康复治疗还没有形成系统性的康复治疗团队。但是在我国社区康复绝不只是全科医生一个人的事情,需要多种人群的参与,社区康复人员以康复团队的模式更合适。在团队的组成成员中,全科医生被普遍认为是开展社区康复的重要成员。

王颖^[11]等认为全科医生在社区基层工作多年,对基层情况十分熟悉,因而他们的观点颇具代表性。因此他们对社区全科医生进行了“全科医生如何开展社区康复工作”问卷调

查,共发放 125 份问卷,结果显示 64.8%的人认为全科医生能够开展康复治疗工作,34.4%认为不容易开展;65.6%的人认为在社区开展康复治疗工作的困难是缺乏经济实力,其他原因还有患者不理解,医务人员康复意识不强和领导不支持等原因;50.4%的人认为要在社区顺利开展康复医疗工作应该有社会保障体系参与,28.8%的人认为要与三级医院联合,39.2%的认为要取得街道的支持;80.0%的人都认为开展社区康复医疗要全科医生和专科康复医生共同承担,9.2%的人认为适合我国国情的社区康复服务模式需要教会患者家属进行训练,35.2%的人认为要训练一批志愿者参与,16.0%的人认为要一对一上门服务。由此总结出适合我国国情的社区康复方式应该是以全科医生为主,专科康复医生为辅,志愿者和患者家属共同参与的模式。

广东省惠州农村社区康复模式的治疗团队采取以康复中心的康复医务人员为技术指导中心^[9],社区卫生医疗机构工作人员为骨干,社区康复志愿者、助残员、社区康复员等为辅助的人员组成,家属也是该团队中必不可少的重要角色。

石家庄城区^[7]社区康复工作治疗团队模式,采取市康复医院组织专业康复技术人员成立社区康复技术指导组,与社区卫生站合作建立康复协作治疗室,由技术指导中心选派资深的康复治疗师全日制进入社区提供康复技术援助、康复技术培训及康复知识宣教等工作。社区康复“责任医生制”,社区医生担当,在技术指导中心康复专家指导下对患者制订康复治疗计划,社区康复协调员负责在残疾人中开展工疗、娱乐和其他康复活动。

目前大多数^[3-5,31-32]的社区康复治疗研究项目中的康复治疗实施均由专业的康复治疗师完成,且社区康复治疗的次数并非每天一次,剩余时间大多是在专科医生指导下,家属和患者配合来完成每日的康复治疗。

对于康复治疗团队的直接干预人员,除了上述的以社区医生为主导的模式外,还有一类就是以护士为主导的干预人员模式。

冯正仪^[12]等对社区康复护理干预的有效性进行了分析。他们将 60 名脑卒中后遗症期患者随机分为康复护理组和对照组,由经培训的社区护士按“家庭康复护理干预方案”^[13]实施干预,3 个月后,干预组的日常生活活动能力较对照组显著增强($P<0.01$),下肢 Brunnstrom 评分两组相比差异具有显著性,但简化 Fugl-Meyer 运动功能评定及上肢和手的 Brunnstrom 评分两组差异均无显著意义($P>0.05$)。该实验的 Fugl-Meyer 运动功能评定与先前陈风华等的研究结果相似^[4]。

王元姣等^[14]将 96 例脑卒中患者随机分为康复护理组和对照组,康复组采取电话联系指导训练,并且进行社区护士每月一次上门服务来进行干预,经过半年的社区护理干预后,

康复组 ADL 的改善明显优于对照组,两组相比差异有显著性意义($P<0.01$)。

陈利群等^[15]采取在社区卫生服务中心成立以全科医生为骨干,预防保健医生参与,由社区护士担任具体操作的脑卒中家庭康复团队,与患者、家属共同制订个性化目标和措施,由预防保健医生配合护士定期上门指导,实施康复训练和护理干预。其选取康复组 26 例,对照组 20 例,治疗后干预组 ADL 显著优于对照组($P<0.01$),提示以护士为核心的社区脑卒中康复团队可有效提高患者的生活自理能力,但遗憾的是该项研究并非为随机对照,其研究结果的可信性有所降低。

但是总体上来说,社区护士作为社区康复治疗的直接施行者的研究,缺少专业化的培训,技术上不够专业,且均为小样本研究,在评定的过程中仅有对 FMA、Brunnstrom 及 ADL 的评定项目,缺乏生存质量、满意度、FCA 和神经功能缺损程度等的评价。

4 社区康复医疗服务模式

广东省惠州农村社区康复工作服务模式是以乡镇为中心^[6],依托卫生院的初级卫生服务网络建立康复指导站,并组成两条工作途径:一条是由指导站→村委会,指导站→乡村医生,指导站→卫生院等多渠道组成的残疾人社区康复需求上报运行路径;另一条是由指导站→家庭康复训练点,指导站→社区(个体医生)康复训练点,指导站→卫生院康复训练点组成的实行按劳计酬的社区康复训练路径。

郝莉^[16]初步探索了脑卒中社区康复医疗网络服务模式,他们认为设立社区卫生服务中心是该网络服务的基础。因此他们采取了以下服务模式:在设立社区卫生服务中心后建立家庭档案,医院与社区卫生服务中心形成网络管理系统,对脑卒中患者由住院到转入社区康复的全过程都在该网络管理中进行。网络建立有以下 3 个途径:第一,医院病房→医院社区管理科→社区卫生服务中心→患者家庭,即由病区准备出院的主管医生将患者的病情、住院经过及治疗、康复方案以出院小结的形式通知医院社区管理科,社区管理科根据患者所在地,通知各社区服务中心,社区服务中心的医务人员建档登记。患者出院后医院医师到社区卫生服务中心与医务人员一起到患者家中,根据患者病情共同制订出康复治疗方,然后由社区卫生中心的医生继续为患者进行康复治疗。第二,社区卫生信息联络员(多由居委会人员担任)→社区卫生服务中心→患者家庭,即其他医院出院回到家庭的脑卒中患者,由所辖居委会的社区卫生信息联络员及时通报社区卫生服务中心,中心医务人员到患者家中,了解病情建档并制订康复方案,继续家庭康复治疗。第三,社区卫生服务中心所辖居民中新发的脑卒中患者,轻者在中心接受治疗,重者及时转入上级医院救治,待病情稳定后再转入第一条途径。

于健君^[17]提出在我国社区建立一种新的社区康复服务模式

式,其模式类似于国家“十五”攻关课题“急性脑血管病三级康复治疗方案的研究”提出的脑血管病三级康复治疗方,又称“小三级”康复治疗服务模式,其“社区一级”是指在社区卫生服务中心内进行的康复治疗;“社区二级”是指在社区卫生服务中心下属服务站即社区康复站内进行的康复治疗;“社区三级”是指在患者家庭进行的康复治疗,选择哪一级的康复治疗并不是根据其病情发展的时间先后,而主要是取决于患者的便利程度^[18]。崔立军等^[18]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($P<0.01$)。

5 社区康复治疗方

5.1 社区康复治疗技术

有研究显示为了满足患者在社区进行康复治疗的要求^[19-20],社区康复治疗处方通常应以患者为中心,由治疗师或治疗团队、患者及护工来共同商讨制订的方法。虽然社区康复治疗处方对于每位患者而言各不相同,但是总的原则却是一样的,即通过康复治疗干预、教育、支持和环境改造等来提高患者适应周围环境的能力。

物理疗法和作业疗法是社区康复治疗的两个基本组成成分^[9]。Van Peppen 等^[21]研究发现以活动能力为导向的物理疗法可改善患者的生活自理能力评分,但是对于针对生理损伤的治疗的确是可以提高患者肌力,但是并不能提高患者的生活自理能力。而有氧训练不但可提高患者的携氧能力,还能提高行走速度和距离^[22]。Walker^[23]等证实了社区作业疗法的有效性,结果显示社区作业治疗可提高患者日常生活活动评分,但是对死亡率和精神状态无明显作用。大量的研究^[24]都提示了社区物理疗法和作业疗法可有效的提高患者的功能,针对与患者特殊活动能力而非针对于患者生理缺陷进行的社区康复治疗是非常有效的。

我国社区康复治疗也主要以物理疗法结合作业治疗为主。治疗采取一对一的模式,主要根据患者的Brunnstrom分级状态进行治疗^[3-5,31-32]。Brunnstrom分期为1—2期的患者,主要以防止严重影响康复进程的并发症,如肢体肿胀、肌肉缩短、关节活动度受限等为目标。Brunnstrom分期为3—4期的患者,主要是抑制患侧躯体的痉挛,打破患肢的痉挛模式,促进分离运动的出现。Brunnstrom分期为5—6期的患者,基本目的是进一步促进患侧肢体分离运动向正常运动模式转化,提高各种日常生活能力,在保证运动质量的基础上提高速度,最大限度提高患者的生存质量。

邵爽和戴红等^[25]介绍了集体训练的模式,脑卒中社区康复简易技术,将病情相似的患者聚集在一起,由治疗人员带领共同完成,该训练通过节律性意向(即将完整的动作分解成单个运动形式,并有节律的完成)和引导语、动作综合指导技巧协助患者完成各种动作训练。48例患者随机分组,康复

组在常规治疗的基础上进行集体训练。治疗3个月后,康复组Fugl-Meyer运动功能评分和Barthel评分与对照组相比均有增加,差异有显著性($P<0.05$)。

另外还有脑卒中后社区俱乐部等活动,对脑卒中患者进行康复知识教育及心理疏导等。

5.2 社区康复治疗强度

Ottenbacher研究^[26]发现住院患者康复治疗的强度与功能恢复的情况正相关,Kwakkel^[27]等研究发现虽然增强物理治疗和作业治疗的强度的疗效非常小,但是哪怕仅仅是Barthel指数评分中的单一项目评分的改善也是有临床意义的。Ryan^[28]等发现脑卒中后增加院外患者康复治疗量可增加患者的社会参与和所有的活动,而抑郁的发生率也较低。

社区康复治疗有别于院内的康复治疗,便利是社区康复一个重要的因素,两者的康复治疗强度有着明显的差别。目前社区内大多数的医务人员都采取了起始治疗次数较频繁,之后治疗次数递减的模式,下面介绍四类社区康复治疗强度。

5.2.1 第一类:第1个月1次/周,第2—3个月1次/2周,第4—5个月1次/月。倪朝民等较多应用该种治疗强度,平时要求家属或陪护人员为患者进行康复训练,45min/次、1次/天、5—6次/周,结果显示神经功能和生活自理能力评分康复组均优于对照组($P<0.05$)^[29-30],生存质量各领域的得分,也均显著优于对照组($P<0.01$)^[31]。

胡永善等也较多应用该种治疗强度,如于健君等^[9]进行了737例脑卒中患者的随机对照研究,进行了为期5个月的规范社区康复治疗,同时指导患者家属及护工会一些简单的社区康复技术,要求家属帮助患者完成指定的功能训练项目,45min/次、至少3次/周。5个月后结果显示康复组FCA运动功能评分显著高于对照组($P<0.01$)。

5.2.2 第二类:第1个月2次/周,第2—3个月1次/周,第4—5个月1次/月。崔晓^[31]等将84例脑卒中患者随机分为社区康复组和对照组,康复组给予上述治疗强度,5个月后康复组改良Barthel评定提高优于对照组($P<0.05$)。

5.2.3 第三类:第1个月,45min/次,每周不少于5次,此后康复训练逐步过渡到家庭干预,治疗师定期上门指导。罗峰等^[32]将155例后遗症期脑卒中患者随机分为康复组和对照组,康复组进行上述模式的康复治疗,但文中没有提到一个月之后的康复治疗次数。研究结果发现3个月后康复组患者的FMA运动功能恢复效果不明显,但可以改善其ADL能力($P<0.01$),提高患者生存质量。

5.2.4 其他:崔立军等^[18]采取了社区三级康复治疗服务模式,选择的模式不同其治疗次数也不尽相同。“社区一级康复”和“社区二级康复”的患者在专业康复治疗师的指导下进行每周1次的康复指导,而在家庭康复即“社区三级康复”的患者进行每2周1次的康复指导,同时患者回家后继续进行康复

治疗也被称为“社区三级康复”,要求患者回家后进行的自我训练至少每周3次,每次30—45min的康复训练。他们将49例脑卒中患者随社区随机分组为康复组和对照组,康复组在常规内科治疗的基础上给予上述规范化的社区三级康复治疗,而对照组仅给予常规的内科治疗。研究结果发现治疗2月后,康复组患者神经功能缺损降低程度显著优于对照组($P<0.01$)。

综上所述,虽然我国社区康复治疗近年来发展迅速,各方面的研究都很多,但是关于我国社区康复治疗卫生经济学的相关研究内容却较少。各地的社区康复治疗模式各不相同,我们需要进一步探索究竟哪种社区康复治疗模式才是最经济有效的且适合我国国情的社区康复治疗模式。

参考文献

- [1] Watson C, Rutterford NA, Shortland D, et al. Reduction of chronic aggressive behaviour 10 years after brain injury [J]. Brain Inj, 2001,15(11):1003—1015.
- [2] Outpatient Service Trialists. Therapy-based rehabilitation for stroke patients living at home. Cochrane Database Syst Rev, 2003,(1):CD002925 (Online).
- [3] 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.
- [4] 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.
- [5] 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.
- [6] 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.
- [7] 白国芳,贾幸迎,白中华,等.石家庄市社区康复协作网工作模式[J].中国康复理论与实践,2008,14(5):493—495.
- [8] 臧振君.北京市朝阳区社区康复概况分析[J].中国康复医学杂志,2008,23(6):560—562.
- [9] Chard SE. Community neurorehabilitation: a synthesis of current evidence and future research directions [J]. NeuroRx, 2006,3 (4): 525—534.
- [10] Geddes JM, Chamberlain MA. Home-based rehabilitation for people with stroke: a comparative study of six community services providing co-ordinated, multidisciplinary treatment [J]. Clin Rehabil, 2001,15(6):589—599.
- [11] 王颖,沈晓敏,路彦钧.发展适合我国城市社区情况的社区康复[J].中国康复医学杂志,2003,18(2):112—113.
- [12] 冯正仪,张华,胡永善,等.社区脑卒中家庭康复护理的有效性研究[J].护理研究,2002,16(11):627—629.
- [13] 冯正仪,张华,胡永善,等.社区脑卒中患者家庭康复护理干预方案的制订[J].护理研究,2002,16(6):367—368.
- [14] 王元姣,付金英,姜玲娣,等.社区护理干预对脑卒中患者日常生活能力的影响[J].护士进修杂志,2003,18(4):346—347.
- [15] 陈利群,蓝青,严娅妹.社区脑卒中康复团队服务模式对患者日常生活活动能力的影响 [J]. 中华现代护理杂志, 2008,14(17): 1841—1843.
- [16] 郝莉,宋立珍.脑卒中社区康复医疗网络服务模式初探[J].中国康复医学杂志,2003,18(1):48.
- [17] 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.
- [18] 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.
- [19] Cott CA. Client-centred rehabilitation: client perspectives [J]. Disabil Rehabil, 2004,26(24):1411—1422.
- [20] Thompson AJ. Neurorehabilitation in multiple sclerosis: foundations, facts and fiction [J]. Curr Opin Neurol, 2005,18(3): 267—271.
- [21] Van Peppen RP, Kwakkel G, Wood-Dauphinee S, et al. The impact of physical therapy on functional outcomes after stroke: what's the evidence [J]. Clin Rehabil, 2004,18(8):833—862.
- [22] Pang MY, Eng JJ, Dawson AS, et al. The use of aerobic exercise training in improving aerobic capacity in individuals with stroke: a meta-analysis [J]. Clin Rehabil, 2006,20(2):97—111.
- [23] Walker MF, Leonardi-Bee J, Bath P, et al. Individual patient data meta-analysis of randomized controlled trials of community occupational therapy for stroke patients [J]. Stroke, 2004,35(9): 2226—2232.
- [24] Wade DT, de Jong BA. Recent advances in rehabilitation [J]. BMJ, 2000,320(7246):1385—1388.
- [25] 邵爽,戴红,张芳,等.脑卒中社区康复简易技术的研究[J].中国康复医学杂志,2008,23(6):523—526.
- [26] Ottenbacher K. The Post-Stroke Rehabilitation Outcomes Project [J]. Stroke, 2005,36:121—123.
- [27] Kwakkel G, Van Peppen R, Wagenaar RC, et al. Effects of augmented exercise therapy time after stroke: a meta-analysis [J]. Stroke, 2004,35(11):2529—2539.
- [28] Ryan T, Enderby P, Rigby A. A randomized controlled trial to evaluate intensity of community-based rehabilitation provision following stroke or hip fracture in old age [J]. Clin Rehabil, 2005,20:123—131.
- [29] 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.
- [30] 刘书芳,倪朝民,韩瑞等.影响脑卒中患者日常生活活动能力社区康复效果的相关因素 [J]. 中国康复理论与实践, 2007,13(2): 117—119.
- [31] 崔晓,胡永善,吴毅,等.社区康复治疗对脑卒中患者日常生活活动能力的影响[J].中国康复医学杂志,2008,23(8):735—736.
- [32] 罗峰,崔明,祁奇.社区康复对后遗症期脑卒中偏瘫患者的影响 [J]. 中国康复理论与实践, 2008,14(8):786—787.