

用助视器慢。

虽然使用电子助视器阅读速度没有提高,但本结果显示阅读距离明显增加,有些甚至达到正常阅读距离,不需头、眼紧贴着书本,符合人体工效学要求,较长时间的阅读也不会觉得疲劳。这是因为电子助视器放大倍数选择范围广,而且字体无明显变形,能够让患者较远距离阅读而不易疲劳,国外有研究证明,使用电子助视器阅读持久度明显优于使用光学助视器^[9]。

随着科技的进步,越来越先进的电子助视器展现在人们面前,但这并不表明传统的光学助视器就会随之被淘汰,通过本次研究在阅读速度上使用光学助视器并不比使用电子助视器差,并且错误率无差异。我国是视力损害较严重的国家之一,2006年我国全国残疾人抽样调查表明视力残疾人数为1233万人,占残疾人总数的14.9%,盲和低视力总患病率为0.94%^[7],并且在全国8000多万残疾人中,27.69%有康复训练及服务需求,而接受过康复训练及服务的只有8.45%^[8],这说明需要验配的助视器不是少量;光学助视器不仅价格便宜,而且使用方便,尤其适合追求简单方便的老年低视力患者;另外,相关研究也表明光学助视器仍能提供最佳使用效果^[4,6],因而,根据我国目前的国情,光学助视器在我国还是有继续推广使用价值的。电子助视器发展较快,不仅越来越轻便,而且放大倍数可调范围大,可以根据阅读字体大小选择放大倍数,当遇到小字体或是笔画繁琐的字时就可以随时按需增加放大倍数。由于它拥有较大放大倍数,使得视力极差的患者亦有机会阅读和学习汉字。另外根据人体工效学要求,使

用电子助视器远优于裸眼或光学助视器,这可以使患者较长时间的阅读而不感疲劳。随着患者对良好治疗效果和生存质量需求的不断提高,不仅要求看得清,还要看得舒服。康复医师应当与时俱进,充分利用现代技术,满足消费者日益增高的需求^[9]。有研究调查表明,视力残疾患者大多存在社会参与困难^[10],而选择合适助视器进行低视力阅读康复,有利于低视力患者回归和融入社会。

参考文献

- [1] 王幼生,廖瑞端,刘泉,等,主编.现代眼视光学[M].广州:广东科技出版社,2006.233.
- [2] 葛坚,赵家良,崔浩,主编.眼科学[M].北京:人民卫生出版社,2005.103.
- [3] 孙葆忱,主编.临床低视光学[M].青岛:青岛出版社,1989.24.
- [4] Culham LE, Chabra A, Rubin GS, et al. Clinical performance of electronic, head-mounted, low-vision devices [J]. *Ophthalmic Physiol Opt*, 2004, 24(4): 281—290.
- [5] Goodrich GL, Kirby JA. A comparison of patient reading performance: optical devices, handheld CCTV (Innoventions Magni-Cam), or stand-mounted CCTV (Optelec Clearview or TSI Genie) [J]. *Optometry*, 2001, 72(8): 519—528.
- [6] Peterson C, Wolffsohn JS. Benefits of electronic vision enhancement systems (EVES) for the visually impaired [J]. *Am J Ophthalmol*, 2003, 136(6): 1129—1135.
- [7] 刘娟,陈雯,陆云霞,等.近二十年我国视力残疾的状况和康复成效[J]. *中国康复*, 2007, 22(5): 362—364.
- [8] 陈夏尧.“十一五”智力残疾儿童康复养护试点机构培育工作初见成效[J]. *中国康复医学杂志*, 2009, 24(9): 831—833.
- [9] 卓大宏.关于康复医师培养的国际新视角[J]. *中国康复医学杂志*, 2008, 23(8): 673.
- [10] 黄东锋,陈曦,林爱华,等.广东省城乡残疾人社会参与状况的比较[J]. *中国康复医学杂志*, 2008, 23(10): 913—915.

·短篇论著·

娱乐疗法改善脑卒中患者认知功能及神经功能缺损的近、中期疗效*

朱韞钰¹ 顾亚萍¹ 陈文华^{2,3} 余波² 范嘉琦¹

脑卒中不仅可以引起偏瘫,还可以导致注意力分散、记忆力下降、视空间障碍、思维能力低下等认知功能障碍,越来越多的证据表明,认知功能障碍对于患者神经功能缺损的影响不但降低了患者的社会适应能力,而且妨碍了脑卒中的全面康复^[1-3]。目前,有关康复治疗对脑卒中后认知功能影响的研究日渐受到更多关注。本研究在神经科常规治疗基础上,

采用娱乐疗法(recreational therapy, RT)干预,并观察其对脑卒中患者认知功能和神经功能缺损的近、中期影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

临床病例来源于2008年1月—2009年5月上海静安老

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2010.12.021

* 基金项目:上海市静安区卫生局课题(200706A009)

1 上海市静安老年医院康复科,上海市,200040; 2 上海交通大学附属第一人民医院; 3 通讯作者

作者简介:朱韞钰,女,副主任医师; 收稿日期:2010-01-13

年医院神经内科收治的 60 例符合纳入标准的患者。纳入标准:①符合 1995 年第四届全国脑血管病学术会议通过的诊断标准,均经头颅 CT 或 MRI 检查证实脑出血或脑梗死;②病情稳定、意识清楚;③有肯定的认知功能障碍存在,认知功能评定采用简明精神状态量表(mini-mental status examination, MMSE),并结合临床综合判断;④无言语功能障碍;⑤文化程度:小学及小学以上;⑥能配合治疗者。排除标准:严重视力或听力障碍、既往有精神病史、大量饮酒或滥用药物及其他病前即已知存在认知障碍或可疑认知障碍患者。按入选顺序,采取随机数字表,随机分为娱乐疗法治疗组(治疗组)和对照组各 30 例,两组患者一般资料经统计学分析差异无显著性($P>0.05$),见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁)	受教育年数 (年)	卒中类型(例)	
		男	女			脑梗死	脑出血
治疗组	30	20	10	66.86±4.03	8.66±1.20	22	8
对照组	30	22	8	67.10±8.25	9.33±2.0	24	6
<i>P</i>		>0.05		>0.05	>0.05	>0.05	

1.2 方法

两组患者都接受神经科常规药物治疗。治疗组在常规治疗的基础上参加由作业治疗师安排组织的娱乐活动,对照组不进行系统的娱乐疗法治疗。

1.2.1 娱乐活动内容:①音乐歌舞活动:利用听唱患者小时候与年轻时熟悉和喜欢的歌曲,减缓记忆力的衰退,利用唱歌需集中注意力以回忆歌词来改善注意力和记忆力,要有美感而调节身体的姿势,利用简单交谊舞等活动促进身心健康。②游戏活动:根据患者的不同情况和爱好,组织进行抛接球、智力玩具、猜谜、脑筋急转弯等游戏。利用拼凑图案、图形对号入球等训练单侧忽略、结构性失用等,抛接球提高患者的注意力和反应能力,学习新游戏,增加与人交往和沟通的方法,为回归社区做准备。③读书报、书法、画画等活动,同时将作品通过板报在病区中展出。通过读书报、书法、画画等活动可以改善单侧空间忽略,并能陶冶性情,改善注意力,培养观察能力,学习思索新知识,对右手偏瘫而不能握笔患者,则改为左手写字,有利于患者与他人交流、缓解抑郁心情、开发及锻炼右脑功能。④棋类、牌类、球类等文体活动,并定期举行比赛。利用数字接龙练习加减乘除改善计算能力、利用竞赛提高患者注意-觉醒度。让患者在游戏中排除杂念,精诚专一,开发潜在智力,增添生活乐趣。⑤文艺活动:每逢节假日组织文艺活动。有患者自编自演节目、志愿者、家属、医务人员为患者表演等,还利用世博会知识、节假日由来知识等进行问答。调动患者参与积极性、改善记忆力。⑥怀旧活动:利用患者的照片、城市标志性的建筑图片、老故事(如:十大元帅名字、《水浒》中的人物等)。让患者主动回忆改善记忆。

1.2.2 娱乐活动时间与形式:每周一至周五在固定时间,开放棋类、牌类、球类等文体活动、游戏活动和音乐歌舞活动。每周六组织怀旧活动和书法、画画等活动。在各节日前几天组织一次文艺活动,共进行 3 个月。娱乐活动既有集体、小组活动,又有个人活动,不仅有医务人员、患者参与,还有家属、志愿者、陪护人员的加入。

1.3 评定方法和时间

采用 MMSE 评定其认知功能改善情况;采用改良爱丁堡斯堪的那维亚脑卒中评分量表(modified Edinburgh Scandinavian stroke scale, MESSS)评分评定患者神经功能缺陷程度,两组患者分别在入选时(M0)、治疗 1 个月(M1)、3 个月(M3)及 6 个月随访时(M6)分别进行评定,评定人员经过统一培训,采用同一评定标准,在治疗、随访各期均采用盲法评定。

1.4 统计学分析

所有结果使用 SPSS10.0 统计软件分析,计数资料的比较用 χ^2 检验;用重复测量的方差分析方法分析患者从入选时到治疗第 6 个月各阶段组内及组间的主效应和交互效应(Bonferroni 法,固定时间的分组因素作单独效应分析),检验水准为 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

治疗前两组 MMSE 及 MESSS 评分比较差异无显著性($P>0.05$);治疗后,治疗组不同阶段 MMSE 及 MESSS 评分改善程度均高于对照组,随访 6 个月时提高幅度稍减缓,两组比较差异仍有显著性($P<0.05$),见表 2—3。

表 2 两组患者治疗前后 MMSE 比较 ($\bar{x}\pm s$)

	治疗时间段				<i>F</i>	<i>P</i>
	M0	M1	M3	M6		
治疗组	23.6±4.2	26.2±3.6	28.0±4.0	28.3±3.9	25.5	<0.05
对照组	23.9±5.0	24.0±4.2	25.1±4.8	25.1±4.6	2.45	>0.05
<i>t</i> 值	0.2516	2.1783	2.5422	2.9063	21.2 ^①	<0.05
<i>P</i>	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05		

①组间主效应

表 3 两组患者治疗前后 MESSS 比较 ($\bar{x}\pm s$)

	治疗时间段				<i>F</i>	<i>P</i>
	M0	M1	M3	M6		
治疗组	22.8±4.5	20.2±3.6	17.8±3.8	16.9±4.2	35.8	<0.05
对照组	23.0±3.6	22.5±4.0	21.4±4.3	21.0±5.1	5.26	>0.05
<i>t</i> 值	0.1901	2.3409	3.4361	3.3990	30.9 ^①	<0.05
<i>P</i>	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05		

①组间主效应

3 讨论

国外研究脑卒中后大约有 50%—75% 的患者有不同程度的认知功能障碍,对其神经功能缺损程度产生负面影响。有报道,脑卒中患者认知障碍发生率高并且多种障碍以不同程

度同时或交叉存在^[4-5]。目前,针对认知训练的方法大多数采用的是“一对一”的或电脑训练的方法,但其需要的人力、物力、财力比较多,同时比较单一枯燥,患者容易产生厌烦情绪,而终止治疗。RT是通过各种方法、系统和技术,最大程度发掘患者现存技能、激发患者的兴趣,以利于其学习日常生活和完成社区功能所需的新技能,促进失能患者在躯体、认知、情感及社会功能等多方面的恢复^[6]。

本次研究表明,脑卒中患者经过系统的娱乐疗法治疗后,其认知功能情况,神经功能缺陷程度在治疗期的各个阶段及中期随访时与治疗前和同期的对照组比较都有所改善,试验证明我们利用3R(即往事回忆 reminiscence、实物定位 reality orientation 和再激发 remotivation)智力激发试验^[7]原理,根据患者的情况准备一些旧照片、一段怀旧的音乐、一首熟悉的老歌、一本喜欢的书,通过看、听、讨论,帮助回忆过去,勾起患者对从前生活的点滴回忆,能激发患者的思维,稳定患者的情绪和提高记忆力。结合以往的研究,我们认为脑卒中后认知功能障碍的发生与发病后额叶皮质下的功能通路被破坏有关,唱歌可通过增加额叶的血流激活额叶功能从而提高认知水平^[8],通过有目的的组织唱老歌、红色歌曲,可激发患者良好的情绪,振奋精神,利用找回歌词,以促进患者相互交流,调动参与的积极性,提高记忆力。在活动的过程中,有关日期、上下午时间、地点、天气等问题,使患者逐渐形

成时间概念。与患者做一些简易的棋牌游戏,指导患者阅读各种有趣的画报、图书、报纸、杂志,有利于患者改善空间单侧忽略和视空间障碍等。根据患者的爱好选择相应的手工操作,如搭积木、套圈、拼图、丢沙包等,可提高患者的注意力和反应能力。因为样本量的限制,本次研究暂未对脑卒中不同分型、分期及阳性对照组(如加入传统物理疗法、作业疗法的对照组等)做更多分析,可在后续研究中进行前瞻性多水平多因素的临床试验。

参考文献

- [1] 刘书芳,倪朝民.脑卒中后认知障碍的研究进展[J].中国临床康复,2006,6(34):45.
- [2] 李敬诚,周华东,邓娟,等.首次发作脑梗塞患者认知障碍发生率434例分析[J].中国临床康复,2005,9(29):170—171.
- [3] 顾亚萍,王凯.认知功能障碍对偏瘫康复的影响[J].中国康复理论与实践,2004,8(10):492—494.
- [4] 王拥军.脑血管疾病与认知功能障碍[J].中华内科杂志.2005,44(11):872—873.
- [5] 顾亚萍.脑卒中患者认知障碍特征分析及护理干预[J].中华临床护理研究杂志,2004,7(12):1282—1284.
- [6] 朱蕴珏,陈文华,余波,等.浅谈娱乐疗法在脑卒中康复中的应用[J].中国康复理论与实践,2009,2(15):152—154.
- [7] 赵东林.3R智力激发法对AD病人的影响[J].国外医学·物理医学与康复医学分册,1995,16(1):42.
- [8] 姜乾春,胡永善,朱玉连,等.集体娱乐活动对脑卒中患者认知功能的影响[J].中国康复医学杂志,2008,23(3):258—260.

·短篇论著·

康复治疗对术后食管癌患者生存质量影响的观察

张绍岚¹ 常唐喜¹ 周文君¹ 刘红旗² 孙健²

食管癌(esophageal carcinoma)是常见的一种消化道肿瘤,全世界每年约有30万人死于食管癌,其发病率和死亡率各国差异很大。我国是世界上食管癌高发地区之一,年平均死亡率约为15.9/10万,死因居恶性肿瘤第4位^[1]。食管癌发病年龄多在40岁以上,男性多于女性,我国食管癌发病率男性约为31.7/10万,女性约为15.9/10万。随着医学模式向生物-心理-社会医学模式的转变,对食管癌患者术后进行合理的康复治疗在医疗工作中起到了越来越重要的作用^[2]。为了评估康复治疗对食管癌患者术后的生存质量变化的影响,本研究采用欧洲癌症研究与治疗组织(EORTC)QLQ-C30

生存质量问卷(中文版)调查食管癌患者术后康复治疗前后生存质量的变化情况,为临床制定适合食管癌患者术后的康复治疗措施提供科学的参考依据。

1 资料与方法

1.1 研究对象

收集2008年7月—2009年10月在盐城市第一人民医院胸外科手术的食管癌患者123例,年龄42—85岁,平均(63.7±12.7)岁,其中,<50岁患者36例,50—65岁患者39例,>65岁48例;男性81例,女性42例;文化程度为:小学文

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2010.12.022

1 盐城卫生职业技术学院,江苏盐城,224005; 2 盐城市第一人民医院
作者简介:张绍岚,女,副教授,副主任医师; 收稿日期:2010-07-26