

·短篇论著·

疗养院开展三级康复治疗脑卒中偏瘫患者的临床疗效*

陈庆华¹ 代新年¹ 单守勤¹ 侯方高¹ 宋学岐¹ 尤 阳¹ 潘美妍¹

康复医学的发展为广大脑卒中幸存患者带来了提高生存质量的希望。康复治疗的有效性在国内外专家和学者中已达成共识^[1-3]。目前我国的康复医学尚未形成一种经济有效、适合国情的康复模式,无法适应残疾患者数量多、分布广、经济条件有限的状况。本文采用随机对照实验研究的方法,通过医院-疗养院-社区家庭康复模式,开展“规范化三级康复”治疗方案^[4],探讨对脑卒中患者功能恢复的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

1.1.1 入选标准:①符合1995年全国第四次脑血管病学术会议制定的脑血管病诊断标准^[5]。②经头颅CT或MRI检查明确诊断。③首次发病,症状与体征符合颈动脉系统病变所致的一侧大脑半球病变。④无严重认知问题,如感觉性失语,注意障碍或沟通理解上的问题,格拉斯哥昏迷量表(Glasgow coma scale, GCS)评分>8分。⑤生命体征稳定,无严重药物不能控制的问题,如高血压、糖尿病、心脏病等皆能在药物控制下病情稳定。

1.1.2 排除标准:①原有脑血管病且遗留功能障碍者。②既往有痴呆或精神疾病史。③双侧大脑半球病变,既往有脑卒中病史且遗留残疾者。④有严重心、肺、肝、肾等疾病者。⑤无法随访者。

选择2005年1月—2008年12月,401医院、疗养院康复中心及下属社区卫生服务中心和服务站,并符合上述选择标准的病例急性脑卒中患者72例,其中男41例,女31例;年龄(64.93±7.86)岁,随机分为康复组36例,对照组36例。2组患者临床资料经统计学检验无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。见表1。

表1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(d)	病变性质(例)	
		男	女			脑梗死	脑出血
康复组	36	21	15	65.17±9.12	16.72±7.82	23	13
对照组	36	20	16	64.71±8.97	17.01±8.23	24	12

1.2 方法

1.2.1 康复治疗方法:建立医院-疗养院康复中心-社区家庭康复模式。在医院、疗养院康复中心、社区家庭三者之间建立康复服务体系,培训康复治疗小组人员,在康复技术上中心总体把握患者的康复治疗方案和评估。对康复组患者按照规范三级康复治疗原则和方法康复治疗^[6],治疗周期为6个月。

①医院康复阶段:脑卒中患者在医院神经内、外科、急诊科,只要生命体征稳定,病情允许介入康复,制订个性化康复训练方案,由康复组人员主要进行“一级康复”运动处方,并对护工及家属进行指导,一般在病程的第2—4周。②中心康复阶段,患者转入康复中心系统康复治疗,根据病情、功能状况,遵循“二级康复”运动处方调整强化医院阶段的康复,由康复治疗师每天完成1次治疗,每次45min,每周6次,同时对护工、家属或社区康复员进行技术培训,让他们参与到康复训练的全过程中,为后期社区家庭康复做技术准备,一般在病程的第1个月末至第3个月末。③社区家庭康复阶段,由护工、家属或社区康复员按照已掌握的康复训练技术,每天帮助患者完成一次“三级康复”运动处方规定的康复治疗,中心康复治疗师每2周上门1次指导,一般在病程的第4个月初至第6个月末。在医院、康复中心、社区家庭三者之间双向转诊,由中心康复医师进行期间的功能评估、运动处方的调整以及康复治疗计划的修订。

对照组不给予规范的三级康复治疗,但不限制自我或家属理解情况下的自行康复锻炼,自寻针推等传统方法。

1.2.2 评定方法:采用Fugl-Meyer运动量表(Fugl-Meyer assessment, FMA)评定偏瘫肢体的运动功能;改良的Barthel指数量表(modified Barthel index, MBI)评定日常生活活动能力;美国国立卫生研究院卒中量表(national institutes of health stroke scale, NIHSS)^[6]评定神经功能缺损程度。于病例入选时、第1个月、第3个月、第6个月末时各评定1次,由同一人完成全部病例评定。

1.3 统计学分析

采用SPSS13.0版统计学软件进行数据分析,计量资料比

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2011.04.022

*基金项目:济南军区科研立项课题(2009250018)

1 济南军区青岛第二疗养院全军神经康复中心,266071

作者简介:陈庆华,男,主任医师;收稿日期:2010-03-16

较采用t检验,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有显著性意义。

2 结果

康复组与对照组治疗前各项评分差异无显著性意义($P>$

0.05),康复组经过规范化三级康复治疗,各期各项评分明显优于对照组,差异有显著性意义($P<0.05$, $P<0.01$)。第6个月末与治疗前各项量表评分差值也明显优于对照组,差异有显著性意义($P<0.01$),见表2。

表2 两组患者各期康复治疗前后量表评分比较

($\bar{x}\pm s$,分)

分期	Fugl-Meyer评分		Barthel指数评分		NIHSS评分	
	康复组	对照组	康复组	对照组	康复组	对照组
治疗前	27.18±19.36 ^①	26.79±18.87	21.51±14.27 ^①	23.01±13.87	15.21±7.08 ^①	14.98±7.12
治疗第1个月末	45.37±18.47 ^②	36.64±18.07	56.37±27.78 ^③	41.97±26.23	11.09±4.46 ^②	12.47±4.29
治疗第3个月末	68.76±21.37 ^③	56.29±22.24	77.43±28.91 ^③	51.31±29.10	8.47±5.26 ^③	10.81±5.17
治疗第6个月末	85.46±29.82 ^③	69.58±28.91	88.16±26.48 ^③	67.59±27.16	6.81±5.82 ^③	9.69±5.76
治疗第6个月差值	58.28±26.97 ^③	42.78±25.59	66.65±21.37 ^③	44.58±24.87	8.40±6.12 ^③	5.21±6.18

治疗前组内比较:① $P>0.05$,各期治疗后及治疗6月差值各项组间比较:② $P<0.05$,③ $P<0.01$ 。

3 讨论

随着对脑卒中疾病的诊治手段和医疗技术水平的不断提高,脑卒中患者的急性期死亡率下降,然而幸存者70%—80%遗留不同程度的残疾,近一半患者生活不能自理^[7]。近年来早期康复、全程康复的理念被提上了一个新的认识高度。国际上依据不同阶段的康复目标,形成了三级康复网络,即完成早期综合康复治疗的综合医院,进行恢复期康复训练的康复中心,以及进行巩固维持康复的社区康复服务机构^[8]。国家“十五”攻关课题“急性脑血管病三级康复治疗方案的研”指出:脑血管病三级康复治疗包括急性期病房内早期康复治疗,即一级康复;康复中心或综合医院康复科恢复期的康复治疗,即二级康复;社区或家庭层面的后遗症期康复治疗,即三级康复^[9]。系统的三级康复对于脑卒中患者的功能恢复非常必要,不但可以提高患者的生存质量,而且还可以减少患者医疗费用,是值得推广的医疗方案^[9-10]。

在“十五”攻关课题研究过程中发现,由于我国目前大部分地区缺乏专业的康复机构,很多脑卒中患者自医院出院后,虽仍遗留不同程度的功能障碍,只能回到家庭或社区,无法得到继续的康复治疗^[11]。而社区康复体系尚未普遍建立,专职康复医师和治疗师还很缺乏。由于康复患者需要住院时间长,床位周转慢,医院的康复资源十分有限,康复网络衔接不够,导致相当数量的患者得不到规范、有效、经济的直接康复服务。我国是人口大国,现有医疗资源总体不足,医疗资源合理配置利用是医疗体制改革的重要组成部分。疗养院和医院同属医疗机构,疗养院有着优良的康复环境和康复专业人才队伍以及先进的康复设备,有着完善的生物-心理-社会的医疗模式,若整合升级康复资源,设置专业康复机构,建立医院-疗养院-社区家庭康复模式,接收综合医院急性期处置后的患者,规范系统康复治疗,指导社区家庭康复,既有利于改善目前存在的住院难、看病贵,缓解医院病房紧张,又能盘活疗养院病房存量资源,使更多的患者得到康复,有利

于加快“三级康复”的推广和“康复进社区”的进程。达到早期康复,全程康复,满足患者不同康复需求和提供有效、系统、连续的康复服务,以争取达到最佳的康复效果,促进患者回归家庭和社会^[11-12]。

系统而规范的三级康复治疗,可使脑卒中患者功能达到最大限度地恢复^[13]。本研究发现医院-疗养院-社区家庭康复治疗各期各项康复疗效均明显优于对照组,其中Fugl-Meyer和Barthel指数评分,治疗1个月时两组比较有显著性差异($P<0.05$),治疗3个月、6个月和6个月前后差值比较,有非常显著性差异($P<0.01$)。运动功能恢复可达正常人的85%以上,明显降低了患者的依赖程度,提高了患者日常生活活动自理能力,与既往研究结果一致^[14-15]。治疗6个月后康复组神经功能缺损程度减少了8.40分。而对照组减少了5.21分,两组比较有非常显著性差异($P<0.01$),表明该模式规范系统的三级康复治疗,可明显促进脑功能重组,有效改善患者神经功能。

4 结论

医院-疗养院-社区家庭康复模式是脑卒中患者得以实现全程康复可持续进行的一种经济、有效的“三级康复”模式,并具远期疗效。疗养院是我国医疗卫生资源的重要组成部分,占据地理、人文、资源优势,倘若能将卫生部批准的有医疗功能的274家疗养院以及部队疗养院,加以合理资源配置,政策支持,将使更多的患者受益早日实现“人人享有康复服务”的目标,无疑是一种适合国情的惠民工程。

参考文献

- [1] Wolfe CD, Tilling K, Rudd AD. The effectiveness of Community-based rehabilitation for stroke patients who remain at home: a pilot randomized trial[J]. Clin Rehabil, 2000, 14: 563—569.

- [2] Legg L, Langhorne P, Anderen HE, et al. Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home :systematic review of randomized trials[J]. Lancet,2004,363:352—356.
- [3] 张敬,刘世文,李贞兰,等.我国脑卒中社区康复医学的探讨[J].中国康复医学杂志,2006,21(10):946—949.
- [4] 朱玉莲,胡永善,谢臻,等.脑卒中偏瘫患者规范化综合康复治疗方研究[J].中国康复医学杂志,2003,18:325—329.
- [5] 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(6):379—380.
- [6] 王茂斌,主编.脑卒中的康复医疗[M].北京:中国科学技术出版社,2006,5:89—117.
- [7] 戴红,关骅,王宁华.康复医学[M].北京:北京大学出版社,2004:12—13.
- [8] 王予彬.引入康复理念,提高关节损伤的治疗效果[J].中国康复医学杂志,2005,20(2):83.
- [9] 胡永善.中国脑血管病后三级康复治疗的研究[J].中国临床康复,2002,6:935.
- [10] 李蹕,倪朝民,韩瑞.急性脑卒中三级康复的功能结局和经济学评价[J].中华物理医学与康复杂志,2007,29(3):192—195.
- [11] 于建军,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建立[J].中国康复医学杂志,2009,24(1):72—73.
- [12] 谢斌,王宁华.英国康复医学体系现状的概况与借鉴[J].中国康复理论与实践,2009,15(1):94—95.
- [13] 脑血管病三级康复治疗方研究课题组.三级康复治疗改善脑卒中偏瘫患者综合功能的临床研究[J].中国康复医学杂志,2007,22(1):3—8.
- [14] 胡永善,白玉龙,陈文华,等.规范三级康复治疗对缺血性脑卒中患者运动功能的影响[J].中国康复医学杂志,2007,22(7):605—608.
- [15] Anderson C, Msocse SR, Mhurehu CN,et al. Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of a randomized controlled trial, I :health outcomes at 6 months[J].Stroke,2000,3:1024—1031.

(上接第377页)

也就是忽视了遵循运动发育规则循序渐进的基础训练。我们在临床中观察到,大多数脑瘫患儿躯干及骨盆控制能力减弱,直接制约了患儿运动及平衡协调能力。譬如临床发现很多脑瘫患儿虽然已会行走,但步行能力差,异常姿势明显,评估发现其骨盆控制基础能力很差,甚至不会爬行或直跪、跪走。倘若按目前的康复训练方法,会继续进行行走训练,但患儿骨盆控制能力基础差,步行能力很难有大的提高,而且会出现代偿步行,加剧异常姿势。而按照核心稳定训练的理念,首先应该加强骨盆稳定的控制,强化骨盆肌群肌力的训练,再进行步行训练。遵循爬行—直跪—跪走—半跪—交替半跪—半跪站立起的发育顺序训练,直到患儿可以稳定半跪站立起,骨盆稳定控制完成后再进行步行训练。我们发现此训练方法可以明显改善患儿步态异常,更有效提高步行能力。

本研究中,治疗后两组患儿的GMFM评分,观察组和对照组评分较治疗前均有显著提高($P<0.05$)。观察组20例患儿在神经发育疗法基础上应用核心稳定性训练治疗脑瘫,疗效显著优于单纯神经发育疗法($P<0.05$)。

脑瘫患儿核心的稳定与头颈四肢的稳定息息相关,核心稳定是头颈四肢正常运动完成的保证;而四肢头颈肌力及肌张力的正常则是核心稳定的基础。核心的稳定是为了更好

的促进四肢运动的实现。故以加强躯干、骨盆核心肌群肌力训练作为基础训练,当基础打好了,功能性训练目标就比较容易完成。

本研究在神经发育疗法基础上应用核心稳定性训练治疗脑瘫,疗效显著优于单纯神经发育疗法。但由于研究例数较少,核心稳定性训练在脑瘫康复训练中的疗效尚需要大样本、高质量的临床研究验证。

参考文献

- [1] 中国康复医学会儿童康复专业委员会,中国残疾人康复协会小儿脑瘫康复专业委员会.小儿脑性瘫痪的定义、分型和诊断条件[J].中华物理医学与康复杂志,2007,29(5):309.
- [2] Russeu DJ, Rosenbaum PC, Cadmom DT, et al. The gross motor function measure:a means to evaluate the effect of physical therapy[J]. Dermed Child Neurol, 1989,31:341.
- [3] 陈小平,黎涌明.核心稳定力量[J].体育科学,2007,(9):99.
- [4] 于红妍,李敬勇.运动员体能训练的新思路—核心稳定性训练[J].天津体育学院学报, 2008, 23(2): 128—130.
- [5] 陈勇,陈晶.核心稳定性训练的研究综述[J].宜春学院学报, 2008, 30(4): 108—124.