·短篇论著·

中期照护促进老年脑卒中患者功能恢复的临床对照研究*

宋 涛[1] 李辉萍[1] 邓景贵[1,2] 郑丽君[1] 唐建明[1] 洪秀琴[1]
刘 佳[1] 张付秀[1] 符 鲲[1] 宋 红[1] 文 琪[1]

老年人在疾病急性期治疗完成以后,虽已脱离生命危险、生命体征基本平稳,达到急性期出院标准,但常因疾病本身或卧床等原因造成肢体功能下降,其身体功能不足以立即回家生活,仍需要一种以改善患者生活活动能力为目标的整合性医疗服务来帮助其独立生活。这种介于急性期照护与长期照护之间照护模式,称为中期照护(intermediate care, IC)[1]。欧洲的一项多中心研究显示,对在重症监护室住院的老年患者进行中期照护后,可以显著降低患者死亡率与住院日[2],认为中期照护能够减少大型医院老年患者长期占床压力,降低老年患者入住长期照料机构的几率,提高老人生活自理能力。脑卒中是一种严重影响肢体功能的疾病,老年患者在神经内科或神经外科度过急性期治疗后,往往遗留不同程度的肢体残疾,在回归家庭、社会前需要接受一段时间的中期照护。本研采用临床对照研究,探讨中期照护对老年脑卒中患者功能恢复的影响。

1 资料与方法

1.1 研究对象

入选标准:①所有患者均符合1995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标准[3],并经头颅CT或MRI确诊为初次发病的脑卒中患者;②年龄>60岁;③生命体征稳定48h;④GCS评分>8分;⑤在急性脑卒中住院期间出现肢体功能下降;⑥无严重的心肺等内科疾病;⑦签署知情同意书。

排除标准:①确定需做特定手术者;②脑卒中后遗症期;③癌症病患者;④患者经治疗团队判定需转入长期照护机构者,2个月无法出院者;⑤住院期间无显著功能下降者;⑥认知功能严重障碍,无法配合检查者。

选择2012年8月—2014年12月在我院急诊、神经内科、神经外科、康复医学科住院的符合上述入选标准的100例脑卒中患者。其中男性65例,女性35例,平均年龄(73.9±8.28)岁,脑梗死67例,脑出血33例,平均病程(8.53±3.79)天。根据患者及家属意愿分为实验组与对照组,每组各50例,两组一般情况及发病部位等经检验分析差异无显著性意义,具有可比性。见表1。

1.2 研究方法

表1 两组患者损伤部位分布

组别	偏瘫侧别(例)		脑梗死部位(例)			脑出血部位(例)		
	左	右	皮质	基底核区	脑干	皮质	基底核区	脑干
试验组	27	23	6	22	5	3	13	1
对照组	24	26	5	25	4	2	12	2

实验组入组后即接受中期照护治疗。根据患者的病情及功能恢复情况决定转至社区医院,或是转至家中,由治疗师继续上门指导患者,帮助患者进行必要的功能训练,直至随访结束。平均住院时间为4—8周。对照组不接受中期照护治疗,患者可选择继续在急性期科室住院,或转入其他医院,也可选择回家或入住养老院。所有患者均接受定期随访。

中期照护治疗组建由医师、护士、治疗师、营养师、临床药师、社工师构成的中期照护医疗团队。医师由具有多年临床康复经验的主治以上职称医师担任,负责制定临床治疗、康复治疗方案,评估患者的功能状态。护士主要负责患者的日常护理、健康教育、床上良肢位摆放等内容。治疗师负责康复治疗的具体实施,治疗内容包括转移训练、平衡训练、步行训练、肌力训练、神经肌肉电刺激、吞咽训练、言语训练等,具体操作按照卫生部颁发的《临床诊疗指南:物理医学与康复分册》执行[4]。营养师对患者进行个案营养状况评估与营养方案的制订。临床药师负责进行个案药物使用指导。社工师主要帮助患者进行社会福利申请和后续的转介服务。

康复训练方案包括抗痉挛姿位的摆放、肢体的被动训

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2016.05.018
*基金项目:湖南省科技厅计划项目(2012sk4054)
1 湖南省马王堆康复医院康复医学科,410016;2 通讯作者
作者简介:宋涛,男,主任医师;收稿日期:2015-05-14

练、健肢主动活动的指导训练、深呼吸及腰腹肌的训练、卧位坐起、坐位平衡和站起训练等，在训练期间，同时教会患者家属或护工正确的辅助训练及护理方法，以便在非治疗时间也能得到部分训练；患者功能恢复后即开始站立训练、站立平衡、单腿站立、行走训练和上下楼梯训练等。康复训练每天两次，每次1h，每周5d。

患者出院后治疗师每周定期进行评估，在给予患者治疗的同时教会患者家属或护工帮助患者训练的方法，由他们帮助患者完成每日的训练活动。

对照组同样接受内科常规治疗，未在我科接受规范的中期照护治疗。有些患者在临床医生口头叮嘱下自行活动，有些患者家属根据自己的认识，帮助患者活动，不排除患者在急性期出院后向他处康复机构求助，而进行的一定的康复治疗。

1.3 临床评估

所有患者在入组时、入组2周后、1个月后、2个月后、3个月后及6个月后进行观察评估。

采用Barthel指数（BI）量表评定日常生活活动能力，该量表包括进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大、小便、如厕、床椅转移、步行、上下楼梯等10个项目，满分100分。

运动功能评估，①采用Fugl-Meyer运动功能评估量表（FMA），包括反射、肩、肘、腕、手指、髋、膝、踝运动等10大项，33个小项，每一项分为3级（0，1，2），满分100分。②采用Tinetti平衡与步态测试量表，包括坐位平衡、起立、步态等16项内容，平衡的最大分值为16分，步态的最大分值为12分，最高的总分为28分。患者的分数低于19分，跌倒的危险性高；分数在19—24之间表明有跌倒的危险性。

营养评估采用Mini营养评估量表（mini nutritional assessment，MNA）评价总分最高34分，结果评定：总分≥23.5分无营养不良；17—23.5分有营养不良危险；<17分营养不良。

1.4 统计学分析

计量资料符合正态分布均以均数±标准差表示，采用重复测量资料的方差分析比较两组患者治疗前后运动功能变化情况，组间比较采用最小显著差法（the least significant difference，LSD）。使用SPSS 19.0软件进行统计学分析。以$P<0.05$为差异具有显著性意义。

2 结果

见表2。入组时，两组患者各项评估量表之间得分差异无显著性意义（$P>0.05$）。

实验组，BI评分入组1、2、3、6个月后与入组前比较有明显改善（$P<0.05$）；FMA评分入组2、3、6个月后与入组前比较明显改善（$P<0.05$）；Tinetti评分入组1、2、3、6个月后与入组前相比明显改善（$P<0.05$）；MiNi评分入组1、2、3、6个月后与入组前相比明显改善（$P<0.05$）。

对照组，BI评分入组后各时间点与入组前差异无显著性意义（$P>0.05$），FMA评分入组3、6个月后与入组前明显改善（$P<0.05$），Tinetti评分入组1、2、3、6个月后与入组前明显改善（$P<0.05$），MiNi评分入组1、2、3、6个月后与入组前明显改善（$P<0.05$）。

两组之间比较，BI评分入组后3、6个月实验组明显高于对照组（$P<0.05$）；FMA评分入组后3、6个月实验组明显高于对照组（$P<0.05$）；Tinetti评分入组后1、3、6个月实验组明显高于对照组（$P<0.05$）；Mini评分入组后各时间点差异无显著性意义（$P>0.05$）。

表2 两组患者各项功能评分 （$\bar{x}\pm s$，n=50）

	BI	FMA	Tinetti	MiNi
试验组				
入组时	32.43±24.67	34.61±30.18	3.31±5.08	19.61±5.58
2周	36.55±25.30	37.83±29.88	5.11±6.83	21.37±4.87
1个月	45.04±24.60①	46.38±29.31	9.96±8.46①②	22.34±4.50①
2个月	51.51±23.81①	53.97±27.48①	13.97±8.21①②	23.23±3.91①
3个月	58.26±23.53①②	61.62±27.67①②	18.36±8.20①②	24.13±3.58①
6个月	64.98±23.20①②	68.19±26.65①②	20.98±8.37①②	24.81±3.12①
对照组				
入组时	32.68±26.65	35.76±31.87	3.35±5.32	18.89±5.76③
2周	35.55±28.54	37.65±32.23	4.32±6.10	21.45±5.54③
1个月	37.45±22.98	41.45±29.54	5.53±5.31③	22.65±7.65③
2个月	39.60±25.43	43.44±28.74	6.43±5.63③	22.87±6.65③
3个月	40.11±26.41	50.53±29.65③	8.76±4.32③	24.12±4.50③
6个月	39.48±27.64	50.32±25.64③	9.54±7.86③	24.11±3.56③

①与实验组入组前相比$P<0.05$；②与对照组同时间点比较$P<0.05$；③与对照组入组前相比$P<0.05$

3 讨论

3.1 中期照护概念

根据Medline与CINAHL两大数据库对于中期照护的定义，将中期照护局限于美国所界定的亚急性照护，也就是机构式照顾，甚至有部分美国学者将中期照护描述成一种较轻度的重症医疗[5]。而英国老年医学会认为[6]：中期照护是一种健康照护模式，老年人机体功能处于衰老阶段，常多种疾病共存，在急性期治疗完成以后，其疾病特点致其不足以立即返家，需要一段急性期后的短期整合性医疗服务来恢复患者机体机能与生活自主能力。一般认为，中期照护必须符合以下五个目标[7]：①服务对象是没有必要长期入住急性期医院或是有可能转变成不需入住长期护理机构的老年患者；②服务内容以老年综合评估为基础，并根据评估结果制定个体化的康复治疗方案；③服务目标是尽最大努力提升老年患者的独立生活能力，使患者回归家庭与社会；④服务具有时限性，一般以2—8周左右为宜；⑤服务内容涵盖多个学科和多种专业，应建立多学科整合管理团队。

3.2 中期照护的效果评价

Drolet A[8]研究发现,对于在ICU中度过疾病急性期的患者,接受中期照护后有15.5%在72h之内恢复一定的移动能力,6个月后有71.8%的患者恢复一定的移动能力,而对照组在6个月后只有20.2%的患者能够恢复一定的移动能力。另外一项研究证实,ICU患者出院后接受一段时间的中期照护能够降低患者的再住院率,延长患者再入院的时间,总体的医疗费用降低[9]。Martínez N[10]的研究证实,气功结合常规的护理措施可显著提高老年住院患者的生活质量、改善心理状况、缓解疼痛。

本研究采用随机对照研究,证实老年脑卒中患者在中期照护后各功能指标(BI、FMA、Tinetti)均显著改善。出院后在康复专业人员指导下可继续在家中或社区自行康复训练,在发病6个月之后,实验组患者功能恢复也较对照组明显。中期照护改善老年脑卒中患者的功能原因是多方面的。针对老年脑卒中患者并发症多我们组建多学科管理团队,包括内科医师、康复科医师、护理师、康复治疗师、营养师、临床药师和社工师。老年脑卒中患者疾病的治疗、身体功能训练、心理疏导、用药指导分别由相应的专业人员负责。老年脑卒中患者度过急性期进入中期照护机构前,首先评估需评估老年患者的整体状态,包括身体功能,以及是否具有康复的潜能并初步确定其中期照护计划,从而保证人住老年患者的身体功能、平衡、步行、生活自理能力都能够得到明显的改善。

对老年脑卒中而言,中期照护能够促进其功能恢复,是一项有益与家庭、社会的投资。但老年中期照护服务模式、老年中期照护的服务流程和标准规范仍不完善,需要我们进一步探索。

参考文献

[1] Vincent JL, Burchardi H. Do we need intermediate care units [J]. Intensive Care Med,1999,25(12):1345—1349.

[2] Capuzzo M, Volta C, Tassinati T, et al. Hospital mortality of adults admitted to Intensive Care Units in hospitals with and without Intermediate Care Units: a multicentre European cohort study[J]. Crit Care,2014,18(5):551.

[3] 中华医学会第四次脑血管病会议组. 各类脑血管病的诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):28.

[4] 中华医学会. 临床诊疗指南:物理医学与康复分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2005.

[5] Okabayashi T, Shima Y, Sumiyoshi T, et al. Intensive versus intermediate glucose control in surgical intensive care unit patients[J]. Diabetes Care, 2014,37(6):1516—1524.

[6] Porath A, Reuveni H, Grinberg G, et al. The intermediate care unit as a cost- effective option for the treatment of medical patients in critical condition[J]. Isr J Med Sci, 1995, 31(11):674-80.

[7] Nasraway SA, Cohen IL, Dennis RC, et al. Guidelines on admission and discharge for adult intermediate care units[J]. Crit Care Med,1998,26(3):607—610.

[8] Drolet A, DeJuilio P, Harkless S, et al. Move to improve: the feasibility of using an early mobility protocol to increase ambulation in the intensive and intermediate care settings[J]. Phys Ther, 2013,93(2):197—207.

[9] Ranzani OT, Zampieri FG, Taniguchi LU, et al. The effects of discharge to an intermediate care unit after a critical illness: a 5- year cohort study[J]. J Crit Care, 2014,29(2): 230—235.

[10] Martinez N, Martorell C, Espinosa L, et al. Impact of Qigong on quality of life, pain and depressive symptoms in older adults admitted to an intermediate care rehabilitation unit: a randomized controlled trial[J]. Aging Clin Exp Res, 2014.

2016年干预性系统评价/meta分析培训班

培训目标:能够独立完成一篇干预性系统评价/meta分析。课程内容包含完成一篇干预性系统评价/meta分析的所有内容:meta分析选题;meta分析方案的注册;国内外文献的检索、文献管理与提取;文献质量的评估;REVMAN软件的使用;异质性检验与处理、亚组分析、敏感性分析;meta分析论文图标制作、以及如何选择SCI目标期刊等。

培训方式:本次培训重在实战,为了培训取得最佳效果,我们建议您在课前准备一篇与您专业关联的干预性系统评价/Meta分析的题目,作为实例进行课堂操作练习。培训结束后,学员将进入我们内部微信交流群,培训专家将在网络平台为你解答问题,直至完成一篇干预性系统评价/Meta分析。培训时间:2016年8月5号至7号。地点:上海体育学院 科技园。学费3000元/人(最优惠的价格为2000元/人)。

联系方式:徐老师;电话:18801930551;邮箱:742490467@qq.com,更多信息请查看上海市康复医学会官网:http://www.armsh.org/xshd。

上海市康复医学会科技评价工作办公室