

·短篇论著·

引导式教育理念下的作业疗法小组治疗对脑卒中患者康复疗效的观察*

史海燕¹ 雒韵韵^{1,2} 张超¹ 王兆蒙¹ 阴秀春¹ 杨涵涵¹

脑卒中在临床上的发病率呈逐渐升高的趋势,由于较高的发病率、死亡率和致残率,严重影响了患者的生活质量和生命健康安全,对其诊疗和相关研究始终是临床工作的重点。虽然目前临床上的诊疗技术已经十分成熟,能够有效地治疗急性脑卒中,但后续由其导致的功能障碍才是影响患者预后和生活质量的主要因素^[1]。脑卒中后常见的功能障碍包括运动障碍、认知障碍、语言功能障碍、心理障碍等^[2],严重影响患者日常生活的同时,给家庭、社会都造成了沉重的负担。随着社会的发展,患者对生活质量及康复期望值不断提高,康复治疗方法的创新势在必行^[3]。越来越多的研究显示患者自身主观能动性在康复训练中具有十分重要的作用,因此诸多学者提出采用小组治疗能够获得满意的治疗效果和经济效益^[4],其更加强调整患者的主动参与。我科对符合纳入标准的脑卒中患者采用科学的评估量表,按功能障碍程度、年龄、兴趣爱好等组成小组,在常规康复的基础上辅助以引导式教育理念为基础的小组治疗,临床效果良好,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入标准:①按照中华医学会《中国脑血管病防治指

南》^[5]及相关辅助检查明确诊断为脑卒中(出血性及/或缺血性);②患者生命体征平稳,可坚持完成治疗;③年龄在60—80岁;④无严重并发症;⑤病程在1年以内;⑥无严重的言语与认知障碍,可以准确理解治疗内容并且予以配合;⑦患侧上肢Brunnstrom分期 \geq Ⅱ期,坐位平衡 \geq 2级,能够完成作业疗法的任务;⑧除脑卒中基础抗高血压、降血脂及抗血小板等药物治疗外,无其他药物或康复治疗。本研究所有操作和相关内容均符合《世界医学协会赫尔辛基宣言》的要求,患者本人知情同意且签署相关的知情同意文件。

排除标准:①中度以上的言语与认知障碍;②严重的心、肺、肝、肾疾病;③无法配合小组治疗时间者;④脑出血或脑梗死病程超过1年及以上患者。

研究时间段为2019年12月—2020年12月,研究对象为此时间段内至我院住院治疗的脑卒中患者,总计70例,按照随机数字表法将其分为观察组和对照组,各35例。观察组内男女比例20:15,平均年龄为(70.95 \pm 6.79)岁,平均病程为(3.10 \pm 2.61)个月;对照组内相应为22:13、(66.70 \pm 6.44)岁、(3.35 \pm 1.60)个月。经比较两组患者在基础人口统计学及临床特征方面无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。见表1。

表1 基线水平组间一般资料比较

组别	例数	年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	性别(例)		卒中性质[n(%)]		病程 ($\bar{x}\pm s$,月)	功能障碍[n(%)]		
			男	女	出血性	缺血性		轻度语言障碍	上肢功能障碍	下肢功能障碍
对照组	35	66.70 \pm 6.44	22	13	10(28.6)	25(71.4)	3.35 \pm 2.60	5(14.3)	25(71.4)	20(57.1)
观察组	35	70.95 \pm 6.79	20	15	11(31.4)	24(68.6)	3.10 \pm 2.61	8(22.9)	26(74.3)	24(68.6)
P值		0.479	0.238		0.794		0.924	0.356	0.788	0.322

1.2 方法

对照组进行脑卒中后常规药物治疗及康复治疗,观察组则在常规康复治疗的基础上给予引导式教育理念下的作业疗法小组治疗。

1.2.1 对照组:物理疗法(physical therapy, PT)、作业疗法(occupational therapy, OT)、言语治疗(speech-language therapy, ST)、针灸理疗等常规治疗。治疗时间每周5次,总治疗8周。包括早期良肢位摆放、关节活动度训练、Bobath

训练或本体感觉神经肌肉促进(proprioceptive neuromuscular facilitation, PNF)训练、手功能训练、转移训练、平衡功能训练、步态训练等。

1.2.2 观察组:常规PT、ST、针灸理疗的基础上给予引导式教育理念下的OT小组治疗。主要区别在于OT采用小组治疗的理念,成员包括5—6例患者和1位治疗师,治疗的过程中允许患者家属共同参与,全程开放。课程主题设置包括:运动课、手工课、音乐课、生活自理课等。根据患者的病情个

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2022.11.019

*基金项目:宁波市公益科技项目(202002N3170);宁波市鄞州区农社类科技项目(2019AS0036)

1 宁波市康复医院神经康复科,浙江宁波市,315040; 2 通讯作者
第一作者简介:史海燕,女,主管治疗师; 收稿日期:2021-06-24

体化拟定相关的康复计划和不同阶段的目标,康复过程中给予引导式教育,调动患者的主观能动性,辅助其逐步完成。

引导式教育理念贯穿在小组治疗中,总共分为5个阶段:①制定任务目标及分组阶段,治疗师按照每位患者的具体情况制定活动参与目标并进行分组,争取组内成员能够起到互相激励,相互合作的作用。②环境布置及宣教阶段,主题目标明确以后,小组成员要提前布置相应的模拟环境。为保证训练过程的顺畅性,研究起始需对患者及家属进行相关培训和宣教。③制定活动流程及实施阶段,采用节律性意向诱发为主,将每个任务目标按照动作要领分解为几个小目标,即先由引导员通过语言发出指令,表达每个动作的内容,然后小组成员共同重复指令语言,同时依照节律完成动作。如上课开始先做坐姿调整,坐姿调整后,进行下一个动作流程,坐站转移、站立平衡、上肢运动,下肢运动等。主题要贯穿在整个流程中,如手工课主题为打麻将活动,通过抓、触摸、翻牌、配对、叠高等活动流程,训练患者的抓握、手指感知觉、前臂旋前旋后、手腕控制、手眼协调等功能。④课后总结评价,训练结束后由治疗师对各小组成员的表现进行客观评价,对存在的问题进行分析和指导,提供相应的建议和改进方案。⑤布置作业阶段,因为引导式教育疗法整个过程有患者家属/陪护参与,因此治疗师会给每位患者布置相应的家庭作业,让治疗效果在病区/家庭能够得到很好的延伸。为调动患者的积极性,治疗师在每次课程结束后告知患者下一次训练的相关内容,嘱其利用闲暇时间充分准备,家属进行相应的辅助和监督,使其更有信心地以更好的状态面对后续的训练治疗。小组治疗每周5次,每次45min,总计治疗时间为8周。

1.3 疗效评估指标

分别对两组患者治疗前、治疗后4周、8周及出院后8周由同一位经过专业培训的研究人员对其进行疗效评估,具体评定内容如下:

认知功能评定采用蒙特利尔认知评估量表(Montreal cognitive assessment, MoCA),其是用来对认知功能异常进行快速筛查的工具,包括了注意与集中、执行功能、记忆、语言、视结构技能、抽象思维、计算和定向力总计11个检查项目,总分30分,≥26分为正常。

肢体运动功能采用Fugl-Meyer运动功能评价量表(Fugl-Meyer assessment, FMA),包括上肢和下肢不同体位的反射和活动功能,每个小项分三级,分别为0分,1分和2分。运动功能总积分100分,(上肢总分为66分,下肢34分),≤50分为严重运动障碍,50—84分为明显运动障碍,85—95分为中度运动障碍,≥96分为轻度运动障碍^[6]。

情绪情感采用抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)和焦虑自评量表(self-rating anxiety scale,

SAS)评定。

日常生活活动能力评定采用改良Barthel指数量表(modified Barthel index, MBI)进行评定,包括进食、洗澡、穿衣、床椅转移等10项内容,满分100分,得分越高表示日常生活活动能力越好^[7]。

我们针对出院后8周左右的患者会有一个电话回访,邀请患者再次回医院参加一次老病友医患活动,对患者进行一次康复疗效评估及家庭康复指导。对于不能回院的患者,我们专业的评估者将进行上门评估,也得到了家属的积极配合。

1.4 统计学分析

采用SPSS 23.0软件进行相关数据的统计与分析。计数资料表示为频数/百分比的形式,组间比较采用 χ^2 检验和分割检验。计量资料表示为均数±标准差的形式,组间比较采用成组 t 检验,组内比较则采用配对 t 检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有显著性意义。

2 结果

不同时间点的组间比较结果显示两组患者在治疗前认知功能(MoCA评分)、肢体运动功能(Fugl-Meyer评分)、日常生活活动能力及焦虑(SAS评分)、抑郁(SDS量表)评分均无显著性差异($P > 0.05$)。治疗后组内比较显示各项指标均明显改善($P < 0.05$),并且观察组患者的各项评分内容在相应时间点均显著高于对照组,组间差异具有显著性意义($P < 0.05$)(表2—3)。出院后8周观察组与对照组分别2例及3例患者因个人原因退出研究,但此5例患者均未出现与本研究干预内容直接相关的不良临床事件。

表2 组间不同时间点SAS、MoCA、SDS评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

量表	对照组	观察组	t 值	P 值
焦虑自评量表(SAS)评分				
治疗前	56.17±1.98	54.69±2.22	0.874	0.214
治疗后4周	48.40±4.30	45.60±3.20	0.780	0.038
治疗后8周	42.80±3.89	40.11±3.34	0.625	0.032
出院后8周	41.60±4.29	38.26±4.07	11.183	0.001
P 值	<0.001	<0.001		
MoCA评分				
治疗前	16.00±4.38	16.66±5.43	0.311	0.579
治疗后4周	19.35±3.67	22.00±4.95	0.113	0.038
治疗后8周	22.31±3.03	24.57±3.48	0.109	0.043
出院后8周	22.71±2.64	26.34±2.81	0.931	0.028
P 值	<0.001	<0.001		
焦虑自评量表(SDS)评分				
治疗前	56.77±2.88	57.00±3.69	0.083	0.774
治疗后4周	50.17±4.21	48.20±3.32	4.736	0.033
治疗后8周	45.94±5.20	42.03±2.97	14.959	<0.001
出院后8周	45.40±6.31	40.66±6.71	9.274	0.003
P 值	<0.001	<0.001		

表3 组间不同时间点FMA、MBI比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	对照组	观察组	t值	P值
FMA				
治疗前	28.57±6.46	27.97±4.16	0.214	0.645
治疗后4周	49.26±6.88	43.89±8.35	6.540	0.013
治疗后8周	75.06±5.65	71.06±6.24	7.895	0.006
出院后8周	77.00±5.45	73.29±5.68	7.791	0.007
P值	<0.001	<0.001		
MBI				
治疗前	21.43±5.50	22.86±4.89	1.318	0.255
治疗后4周	47.86±7.20	37.71±7.98	31.140	<0.001
治疗后8周	77.00±6.09	72.43±8.78	6.412	0.014
出院后8周	78.25±6.76	73.69±6.08	4.257	0.043
P值	<0.001	<0.001		

3 讨论

脑卒中后的康复治疗目前的文献中提出了不同的方案,本研究结果显示在常规康复的基础上改变OT一对一治疗模式,尝试运用以引导式教育理念为指导的OT小组治疗,患者的认知功能、运动功能、生活自理能力和心理情绪,均有明显改善。从延续治疗的角度,患者出院后于家中继续在家属的引导下,强化训练小组学习内容,从而达到临床疗效的巩固和维持作用。由于照顾者在住院期间和患者共同学习了训练内容及运动诱发技巧,所以家庭康复完全可以有序进行。因此,出院8周后还是由同一评估者对其行再次评定,发现家庭康复效果显著,患者主动康复的积极性高,心理情绪状态良好,依旧能够维持小组引导式教育康复训练流程,获得良好的治疗效果。

脑卒中康复主要内容即是提高患者的生活质量,对于患者而言,不仅要解决肢体功能问题,更重要的是作为一个独立的人参与社会生活和工作^[9]。“生物-心理-社会医学”是当下医疗正在转变的模式^[9],对脑卒中的全面康复具有积极的意义^[10]。中枢神经损伤后的功能恢复较为困难,但合理的康复计划和健康的心态也有助于改善患者的功能。当然,还需要持之以恒的毅力和耐心^[11]。康复过程中应着重于针对功能障碍和残疾,以处理生活自理活动为中心,传统的康复方式医师与患者之间仅为指导与被指导的关系,重复的训练不但容易使患者感到枯燥乏味,更重要的是自身主观能动性的缺乏直接影响到康复的效果。本研究的创新点可体现在两个方面,首先研究中采用小组治疗的方式,其通过目标为导向的活动,使患者重复学习,使运动程序化后将信号储存于大脑中,从而使得执行日常活动动作难度降低^[12],并且组员之间可互相激励和合作,提高了患者康复的积极性和依从性。另一方面体现在采用引导式教育疗法,其综合了神经学、心理学、教育学与康复医学等多个学科^[13],通过引导式诱发及节律性意向制定一系列习作程序来协助患者重新学习

和提高各种技能。因此,OT小组治疗以引导式教育理念为指导,采用小组及家属陪同的开放训练模式,训练内容紧密与患者的日常生活联系,同时通过评价和总结及时调整患者的心态,充分发挥主观能动性,使其主动积极地参与。本研究中采用了不同时间点的观察,组间比较同时兼顾了心理和功能两个方面,因此获得的结果更为可靠,更能体现出研究组干预方式的明显效果。心理和认知功能评价中在治疗后4周、8周和出院后8周结果显示所有患者的焦虑和抑郁评分均逐渐降低,而认知功能评分逐渐升高,研究组患者的评分在每个时间点均显著优于对照组。不同时间点FMA、MBI比较显示治疗后4—8周患者的运动功能会出现大幅度改善,提示此阶段可能是临床干预需要重视的时间段。出院后8周组间差异仍具有显著性意义,也同样证实引导式教育理念下的OT小组治疗能够维持治疗的效果,这将有利益于患者的临床预后。

中枢神经损伤住院患者,其病程长、抑郁发病率高^[14],与他们的抑郁症状与消极的应对方式有关^[15]。小组形式的训练有助于改善患者的心理情绪^[16],组间成员能够互相模仿和学习交流,在分享中获得心理压力的释放和增加康复的信心与希望,重新获得归属感、被接受感和安全感^[17],同时能减轻患者的孤独感并减少其在疾病中的焦虑及畏缩情绪^[18]。传统治疗方法在此方面则较为欠缺,本研究中通过心理情绪相关量表的评定确定了小组治疗模式在康复训练中就此方面的积极影响,小组治疗过程中,全程让照顾者一起参与,也是对其照顾者进行康复技术的普及,久而久之可以扫除整个社会对卒中康复的盲区。患者出院后,并没有因为无治疗师的监管,而康复治疗效果下降,而是在自己主动康复意念的支撑下和家庭照顾者的帮助下,在维持原有效果的基础上,还有一定程度的提高。患者的治疗效果在家庭、社会中能够得到很好的延续。因此,值得在临床实践中应用和推广。

研究中存在一定的局限性,主要体现在纳入的样本量较少,并且由于脑卒中后患者的个体差异较大,在基础用药、病情和体质等方面均存在不同程度的差异,难以排除其对研究结果的影响,有必要行大样本多中心的临床研究细化筛选的标准,以获得更为完善的结论。本研究结果表明,引导式教育理念下的OT小组治疗能够有效提高老年脑卒中患者的康复治疗效果,不仅改善患者运动功能,认知功能、情绪情感还可以改善患者日常生活自理能力。

参考文献

- [1] 唐晓琴,木连. 探讨脑卒中绿色通道重组组织型溶酶原激活剂溶栓处理对急性脑卒中患者致残率的影响[J]. 山西医药杂志, 2020, 49(17): 2338—2340.
- [2] 张颖慧,林根龙. 多功能神经康复诊疗系统对脑卒中偏瘫患者平衡功能和日常生活活动能力的影响[J]. 医学理论与实践,

- 2020, 33(15): 2574—2575.
- [3] 欧阳菲, 陈秀文. 基于SBAR理论的动态指导模式对脑卒中患者康复期效果评价[J]. 护士进修杂志, 2020, 35(5): 459—462.
- [4] 张英, 廖维婧, 郝赤子. 运动观察疗法对恢复后期脑卒中患者手功能障碍的疗效研究[J]. 中国康复, 2021, 36(4): 204—207.
- [5] 李雪, 龚开凤, 丁森华, 等. 心血管病高危人群的隐匿性高血压检出率及相关筛查指标研究[J]. 心脑血管病防治, 2020, 20(6): 561—565.
- [6] 胡国金, 孙秀丽, 张义发, 等. Fugl-Meyer量表在脑卒中镜像治疗中应用及与FIM量表相关性分析[J]. 临床荟萃, 2019, 34(2): 116—119.
- [7] 陈奕杰, 余茜, 崔徽, 等. 重复经颅磁刺激联合躯体感觉诱发电位及运动诱发电位在脑卒中治疗中的应用[J]. 实用医学杂志, 2018, 34(24): 109—113.
- [8] 王传凯, 贾杰. 经颅直流电刺激在脑卒中后下肢运动功能康复中的研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2020, 35(12): 1503—1508.
- [9] 许敏鹏, 魏泽. 基于脑卒中后运动康复领域的运动想象的研究[J]. 生物医学工程学杂志, 2020, 37(1): 169—173.
- [10] 周昊, 赵军, 李冰洁, 等. 脑卒中恢复期软瘫患者上肢周围神经损伤与运动功能的相关性[J]. 中国康复理论与实践, 2020, 26(11): 1333—1338.
- [11] 邢军, 王艳君. 早期作业治疗对脑卒中患者抑郁情绪和日常生活能力的作用[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2015, 24(12): 1094—1096.
- [12] 郭辉, 王剑桥, 苏国栋, 等. 神经肌肉本体感觉促进疗法对脑卒中患者平衡、运动和日常生活活动效果的Meta分析[J]. 中国康复理论与实践, 2021, 27(5): 530—541.
- [13] 祁艳霞, 牟善芳. 引导式教育在脑卒中患者康复中的应用研究进展[J]. 中国康复, 2015, 30(5): 395—397.
- [14] 于丹. 综合性心理干预对脑卒中后抑郁患者的临床效果[J]. 实用临床医学, 2020, 21(9): 78—79.
- [15] 蒋虹, 陈长香, 郝习君. 运动性引导想象训练对脑卒中患者焦虑、抑郁和生活质量的干预效果[J]. 中国康复医学杂志, 2020, 35(6): 738—740.
- [16] 董恩宏, 王晓飞, 唐红梅, 等. 脑卒中患者及陪护者生活满意度互为影响分析[J]. 中国公共卫生, 2020, 36(11): 1590—1594.
- [17] 张明凤. 基于“双精准”理念的轮椅使用短视频在脑卒中患者中的应用[J]. 护理学报, 2019, 26(7): 74—76.
- [18] 张薇, 耿圆圆, 周鑫, 等. 社会及心理因素与脑卒中发病关系的流行病学研究进展[J]. 中华流行病学杂志, 2019, 40(9): 1168—1172.

· 病例报告 ·

精神运动康复应用于学龄前注意缺陷多动障碍儿童的个案报告*

潘圆圆¹ 吴丹丹¹ 孙金磊¹ 赵昊昊¹ 李晓南¹ 陈银花^{1,2}

注意缺陷多动障碍(attention deficit hyperactivity disorder, ADHD)是儿童最常见的神经行为障碍之一,临床表现为与发育水平不符的注意缺陷、多动和冲动行为^[1]。目前,国外报道全球大约有3.4%的儿童受到ADHD的影响,且患病率呈逐年增高的趋势^[2]。《美国儿科学会(American Academy of Pediatrics, AAP)指南》^[3]已将ADHD的诊断年龄确定为4—18周岁。由于学龄前ADHD儿童使用药物治疗有疗效争议,非药物治疗更加被推荐。对于学龄前ADHD儿童进行早期诊断、早期干预可以帮助其在之后的学习和生活上取得更好的结果,获得深远的社会效益。目前国外学者已经对学龄前ADHD儿童的非药物治疗进行了广泛的研究,但国内的相关研究较少。

德国的精神病学家Griesinger在1844年最早提出了精神运动的概念,而后在不同国家得以发展,1965年以来被系统地整合应用^[4]。精神运动康复(psychomotor therapy, PMT)建立在人的整体观基础上,协调整合人的生理、心理与社会功能,是一种促进精神健康的综合性干预方法,对患者的行为、认知和情绪都有积极的影响^[5]。PMT既可以用个体形式,也可以用团队形式开展。目前已在国外的成人及儿童中广泛应用^[6-9],近几年开始在我国临床发展^[10],国内已见应用于成人的相关报道,但应用于ADHD儿童的报道较少。经江苏省计划生育科学技术研究所联合法国宜世高等精神运动与康复学院联合组织培训后,我院开始将其应用于学龄前ADHD儿童,现将其中1例报告如下,期望为学龄前ADHD

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2022.11.020

*基金项目:江苏省创新能力建设专项(BM2018033-1)

1 南京医科大学附属儿童医院儿童保健科,江苏省南京市,210008; 2 通讯作者

第一作者简介:潘圆圆,女,初级技师; 收稿日期:2021-10-31