

缺血性脑卒中患者社区康复管理效果研究

古子文,王东

(广东省深圳市宝安区福永人民医院,广东 深圳 518103)

摘要:目的 探讨社区康复管理治疗缺血性脑卒中的临床疗效。方法 选择 2013 年 2 月~2014 年 5 月期间我院收治的 74 例缺血性脑卒中患者随机分为康复管理组和对照组,所有患者均接受脑卒中常规治疗的基础上,对照组给予常规康复指导,康复管理组在此基础上给予社区康复管理干预,分析比较两组治疗前后肢体运动功能、日常生活活动能力及患者生活质量。结果 治疗后 4、8 周时康复管理组患者肢体运动功能和日常生活活动能力与对照组比较,差异有统计学意义(P 均 <0.01);康复管理组心理健康、物质生活、躯体健康、社会功能 4 个维度与对照组相比差异有统计学意义(P 均 <0.01)。结论 社区康复管理治疗脑卒中可有效提高缺血性脑卒中患者的日常生活活动能力及生活质量水平,方法安全、可靠。

关键词: 缺血性脑卒中;社区卫生服务

中图分类号: R743.3;R197.1

文献标识码: A

文章编号: 1001-5817(2015)01-0052-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2015.01.021

缺血性脑卒中是由于各种原因所致的局部脑组织血液供应障碍,缺血、缺氧引起的局限性脑组织的缺血性坏死或脑软化。多数脑卒中患者肢体活动障碍恢复期会出现程度不同的肌张力变化、运动协调能力变差等情况,严重者可造成关节疼痛,甚至活动障碍。大量临床经验表明正确的康复护理及功能再训练是重塑中枢神经系统功能的关键。本研究对 74 例缺血性脑卒中患者给予社区康复管理干预,日常生活能力及患者生活质量有显著提高,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 2 月~2014 年 5 月期间我院收治的 74 例缺血性脑卒中患者,所有患者均符合全国第 4 届脑血管病会议制定的诊断标准^[1],随机分为康复管理组和对照组,每组 37 例。康复管理组男 16 例,女 21 例,平均年龄(56.8±8.4)岁,病程(42.6±18.4)年,原发病类型:高血压 18 例,糖尿病 9 例,高血脂 6 例,心脏病 4 例;对照组男 18 例,女 19 例,平均年龄(58.6±9.7)岁,病程(39.4±20.7)年,原发病类型:高血压 19 例,糖尿病 7 例,高血脂 4 例,心脏病 7 例。两组性别、年龄、病程及原发病构成等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 给予患者扩容、扩张血管、抗凝等常规治疗,对照组接受缺血性脑卒中康复指导,康复管理组在此基础上针对患者个人情况设计实施个性化社区康复管理方案。具体方法如下:

1.2.1 日常生活能力训练 对患者进行日常生活自理能力训练指导,主要包括个人卫生、进食、穿衣、排便、人际交流、床上活动及如何保持良好的患肢体位等内容,使其自理能力最大限度地得到恢复。指导患者使用拉环、系扣器、轮椅、拐杖等辅助器具来帮助患者日常生活,如利用水龙头单手拧毛巾;利用浴凳辅助洗浴等,同时告知其使用注意事项,避免发生意外。

1.2.2 运动训练 在病情稳定后可指导患者进行患肢功能训练。根据成人偏瘫训练法^[2-3]针对不同肢体偏瘫价值进行抗痉挛体位的摆放、躯干平衡、坐站转换、上肢控制能力、步行等训练。根据病情,逐渐由被

动肢体训练转换到主动运动。

1.2.3 心理辅导 康复训练过程中多与患者进行沟通,与患者建立良好的医患关系,使其深入了解病情及相关知识,树立患者战胜病痛的自信心,同时还可在康复训练时为患者播放一些舒适、欢快的音乐,营造适于患者放松的环境,调节患者焦虑、抑郁等不良心理情绪。

1.2.4 家庭康复 指导家属在家对患者进行康复训练,社区定期举行康复知识及技能培训,使患者家属对患者病情及预后有详细的了解,以便指导患者家属作好家庭康复护理,并适时参与具体的康复训练,纠正家庭康复训练不正确行为^[4]。

1.3 观察指标

1.3.1 肢体运动功能评价 采用 Fugl-Meyer 量表^[5]评价肢体运动功能,包括对上肢和下肢运动功能进行评价,总分 100 分。上肢功能包括 33 项内容,每项 0~2 分,满分 66 分;下肢功能包括 17 项内容,每项 0~2 分,满分 34 分。Barthel 指数评定表^[6]评价患者日常生活活动能力,主要内容包括进食、穿衣、个人卫生、控制大小便及行走等日常活动能力。总分 100 分,根据是否需要帮助及其程度分为 0、5、10、15 分 4 个功能等级,总分 100 分。评分越高表明患者肢体运动功能越好。

1.3.2 生活质量评价 采用生活质量综合评定量表(QLI-74)^[7]进行生活质量评价。通过跟踪随访对患者躯体功能、心理功能、社会功能、物质生活状态 4 个维度进行评定,共分 74 个条目,20 个因子。评分越高表明患者生活质量越好。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 13.0 统计软件进行数据处理分析,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,计量资料的组间比较采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组肢体运动功能评价 两组治疗 8 周后与治疗前相比肢体运动功能评分均显著提高,康复管理组治疗 4 周及 8 周后肢体运动功能评分均较对照组高,差异有统计学意义(P 均 <0.01),见表 1。

表 1 两组治疗前后肢体运动功能评价 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗 4 周	治疗 8 周
康复管理组	37	14.64±6.36	49.41±8.52	66.41±10.31
对照组	37	15.96±8.75	21.58±9.12	45.56±9.41
t		0.742	13.564	9.086
P		0.460	<0.001	<0.001

2.2 两组日常生活活动能力评价 两组治疗 4、8 周后与治疗前相比日常生活活动能力评分均显著提高, 康复管理组治疗 4、8 周后评分较对照组高, 差异有统计学意义 (P 均 < 0.01), 见表 2。

表 2 两组治疗前后日常生活活动能力评价 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗 4 周	治疗 8 周
康复管理组	37	23.41±5.36	40.94±8.74	75.62±8.99
对照组	37	24.85±4.48	34.77±8.14	51.64±7.54
t		1.254	3.142	12.432
P		0.214	0.002	<0.001

2.3 两组生活质量评价 康复管理组心理健康、物质生活、躯体健康、社会功能 4 个维度与对照组相比差异有统计学意义 (P 均 < 0.01), 见表 3。

表 3 两组治疗前后生活质量评价 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	躯体健康	心理健康	社会功能	物质生活
康复管理组	37	58.64±8.51	57.63±7.88	60.48±9.84	58.19±8.34
对照组	37	49.64±8.55	52.64±8.14	52.86±6.69	51.86±8.16
t		4.538	2.679	3.895	3.300
P		<0.001	0.009	<0.001	0.002

3 讨论

随着医学水平的不断发展, 脑卒中的诊断治疗水平亦随之提高, 但仍有 80% 的患者留有不同程度的功能障碍^[8-9], 严重影响患者的生活质量, 同时给患者及家庭带来了沉重的心理及经济负担。有文献报道^[10-12], 脑卒中后肢体功能的恢复程度与患者参与康复的主动性、家庭和社会支持等有关, 社区康复管理模式有利于改善患者的生活质量, 提高日常生活活动能力。本研究针对患者家庭、经济等个人情况制定个性化社区康复管理计划, 指导患者采用安全有效且易操作的日常生活能力训练, 在进食、穿衣等日常生活能力的训练中加入抗痉挛、肢体控制等训练设计, 同时加强与患者家属的沟通交流, 有针对性地进行家庭康复具体指导, 及时帮助其分析、解答实际康复训练中遇到的各种问题, 为患者提供了科学、经济有效的治疗环境。结果显示, 治疗后 4、8 周时康复管理组患者肢体运动功能和日常生活活动能力与对照组比较差异有统计学

意义 (P 均 < 0.01), 表明社区康复管理治疗脑卒中中可有效提高缺血性脑卒中患者的日常生活活动能力及肢体运动功能。同时, 本研究还发现康复管理组心理健康、物质生活、躯体健康、社会功能等生活质量评分与对照组相比差异有统计学意义 (P 均 < 0.01), 分析其原因主要是因为脑卒中患者的生活质量与疾病本身、心理健康水平、应对方式及家庭、社会支持有关^[13]。本研究中所应用的康复训练在发挥患者的主观能动性提高患者自身心理健康水平的同时, 还将家庭、社会关系融于治疗, 这些对患者生活质量的提高均有促进作用。

参考文献:

- [1] 焦慧娟. 神经肌肉电刺激联合个体化吞咽训练治疗脑卒中后吞咽障碍疗效分析[J]. 中国医学创新, 2013, 11(12): 561-563.
- [2] 宁静, 冯春. 综合康复训练护理对脑卒中伴吞咽功能障碍的效果观察[J]. 右江民族医学院学报, 2014, 36(15): 414-416.
- [3] 范文祥, 倪朝民, 王涛, 等. 社区康复对脑卒中患者上肢功能及日常生活活动能力的远期疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 15(1): 511-514.
- [4] 张红岩, 李佩芳. 针刺治疗脑卒中后痉挛性瘫痪的临床研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2012, 5(10): 955-958.
- [5] 闫仲超, 许蕾, 许晓花, 等. 综合疗法治疗脑卒中 100 例疗效观察及综合生活质量评价[J]. 中国医学创新, 2012, 14(4): 412-416.
- [6] 范秀娟, 范静. 脑卒中认知障碍早期识别和康复护理研究[J]. 右江民族医学院学报, 2009, 31(2): 526-529.
- [7] 刘晓红, 刘景隆. 康复护理程序对脑卒中患者运动功能的影响[J]. 中国伤残医学, 2009, 58(1): 1168-1169.
- [8] 闫彦宁, 赵斌, 张利敏, 等. 运动想象在慢性期偏瘫患者下肢功能康复中的应用研究[J]. 中国运动医学杂志, 2008, 4(6): 267-269.
- [9] 邢艳丽, 关莹, 魏铁花. 脑梗死偏瘫针灸与康复治疗方案的优选[J]. 针灸临床杂志, 2009, 14(6): 853-856.
- [10] 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, 12(3): 1054-1057.
- [11] 杨慧敏, 洪慧肖, 陈爱红, 等. 医院-社区-家庭网络化康复模式对脑卒中患者日常生活活动能力和生活质量的影响[J]. 护理与康复, 2010, 22(5): 652-654.
- [12] 熊淑珊. 激励式护理干预对脑卒中康复患者日常生活活动能力恢复的影响[J]. 中国实用医药, 2010, 41(14): 652-654.
- [13] 任国平, 孙智军, 漆成军. 针灸结合康复训练治疗脑卒中患者吞咽困难的临床研究[J]. 中国医学创新, 2013, 5(5): 514-517.

收稿日期: 2014-12-23; 修回日期: 2015-01-09