

农村脑卒中患者居家康复模式探索及成效分析

曹全荣, 冯尚武, 黄顺仪, 黎小裕, 林晓云, 谭艳美, 徐春玲

【摘要】 目的:探索农村脑卒中患者居家康复的模式及其对日常生活活动能力、生活质量、焦虑和抑郁情绪的影响。方法:随机选择 100 例脑卒中偏瘫患者分为观察组(48 例)与对照组(52 例)。2 组患者均接受常规药物治疗及乡村医生的健康宣教和康复咨询,观察组在此基础上增加医务人员的综合康复治疗及心理辅导,时间为 3 个月,治疗前后均采用改良 Barthel 指数(MBI)、生活质量指数(QLI)、Zung 焦虑自评量表(SAS)及 Zung 抑郁自评量表(SDS)进行评定。结果:观察组治疗后与治疗前比较,MBI 评分和 QLI 评分明显提高,SAS 和 SDS 评分明显降低($P < 0.05$);对照组治疗 3 个月后与治疗前比较,MBI 评分明显提高($P < 0.05$)。治疗后,与对照组比较,观察组 MBI 评分和 QLI 评分明显提高,SDS 和 SAS 评分明显降低($P < 0.05$)。结论:居家综合康复治疗及心理辅导对农村脑卒中患者的日常生活活动能力、生活质量、焦虑和抑郁情绪具有明显的改善作用,值得进一步深入推广。

【关键词】 农村; 脑卒中; 康复模式; 居家康复; 社区康复

【中图分类号】 R49;R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2016.03.009

Study of home rehabilitation model and effectiveness analysis on stroke patients in rural area Cao Quanrong, Feng Shangwu, Huang Shunyi, et al. Rehabilitation Hospital of Jiangmen Disabled Federation of Enping Branch, Jiangmen 529400, China

【Abstract】 Objective: To explore the effective home rehabilitation model for patients after stroke in rural area of Enping city and its influence on their activities of daily living, quality of life, anxiety and depression. **Methods:** 100 patients with hemiplegia after stroke were randomly divided into home rehabilitation group (48 cases) and control group (52 cases). Two groups of patients received conventional drug therapy, health education and rehabilitation counseling by village doctors, and the home rehabilitation group was given comprehensive rehabilitation treatments and psychological counseling by general physicians, therapists, nurse practitioner and medical social workers for 3 months, additionally. Before and after treatments, the activities of daily living (Modified Barthel Index, MBI), quality of life index (QLI), Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS) and Zung Self-Rating Depression Scale (SDS) were evaluated respectively. **Results:** After three months of treatments, in the home rehabilitation group, the scores of MBI and QLI were significantly increased, and the scores of SAS and SDS were significantly decreased ($P < 0.05$); in the control group, the scores of MBI were significantly increased ($P < 0.05$). After three months of treatments, as compared with the control group, the MBI and QLI scores in the home rehabilitation group were significantly increased, and the SAS and SDS scores were significantly decreased ($P < 0.05$). **Conclusion:** Home comprehensive rehabilitation treatments and psychological counseling can obviously improve the activities of daily life, quality of life and decrease the anxiety and depression of patients after stroke in rural areas, and it is worth of further promotion.

【Key words】 rural area; stroke; rehabilitation model; home rehabilitation; community rehabilitation

一直以来,我国顺应国际康复发展形式,各地积极推进开展社区康复 (community-based rehabilitation, CBR), 社区康复从模式探索到理论研究, 从体系构建

到能力提升均取得了明显成效。城镇残疾人通过丰富的服务网络、医疗资源、经济条件等,得到相对丰富的康复资源及康复服务^[1]。我国残疾人城乡规模差异大,农村残疾人远远高于城市,农村残疾人占残疾人数的 75.4%^[2]。脑卒中患者在医疗机构治疗后,因为社区及家庭的康复条件所限,不能进行后续的康复治疗,导致不可逆的功能障碍,康复效果差,给家庭和社会带来沉重的负担^[3]。因此,本文探索农村脑卒中患者居家康复的模式及其效果,报道如下。

基金项目:广东省残疾人事业理论与实践研究课题立项(粤残联201393);江门市第十一批科技计划项目(201481)

收稿日期:2016-01-28

作者单位:江门市残联康复医院恩平分院,广东 江门 529400

作者简介:曹全荣(1979-),男,主治医师,主要从事神经康复方面的研究。

通讯作者:冯尚武,swfeng2090@sina.com

1 资料与方法

1.1 一般资料 2014年4月~2015年7月期间随机选取急性期后出院的脑卒中偏瘫患者100例。入选标准:经头颅CT或MRI检查明确诊断,符合第四届全国脑血管病会议通过的脑卒中诊断标准;病程2周以上,病情无反复,生命体征稳定;简易精神评定量表(mini-mental state examination, MMSE)评定为无严重认知障碍,意识清楚。排除伴有严重的心、肺、肝、肾功能不全和恶性高血压不能训练者。患者均签署知情同意书。患者随机分为2组,①观察组48例:男29例,女19例;年龄(67.2±13.6)岁;病程(82.0±8.4)d;脑出血16例,脑梗死32例。②对照组52例:男34例,女18例;年龄(60.8±14.4)岁;病程(78.7±9.5)d;脑出血21例,脑梗死29例。2组患者一般资料比较差异均无统计学意义。

1.2 方法 2组患者均接受常规的药物治疗及乡村医生的健康宣教和康复咨询,嘱进行自我康复训练。观察组在此基础上增加全科医师、康复治疗师、全科护士、医务社工的综合康复治疗及心理辅导,时间为3个月。工作人员上门巡诊、送药、康复治疗、心理治疗。根据专业不同所需巡诊时间、频率各不同,根据路程的远近及所处区域设计最省时的路线,在同一个村或在同一片区的患者尽可能安排同一人员在同一天巡诊及治疗。医师和护士在患者病情稳定时每周上门1次,病情变化时随时上门,每次巡诊时间根据病人病情不同而不同,一般30min;治疗师每周上门2次,每次1h;医务社工每月上门1次,每次1h。各专业人士的主要职责如下:①全科医师:筛选入组患者,根据患者的基础病情情况使用药物控制病情稳定,使患者身体状况适合开展康复训练,开出个体化的康复训练医嘱,根据临床病情变化及躯体功能变化及时调整治疗方案,进行健康宣教,组织康复评定会。②全科护士:定期上门进行生命体征监测,并做好详细记录并上报给全科医师,同时监督患者服药。给予良肢位摆放,先向患者及家属讲解良肢位摆放的重要性,然后示范在家中利用家里的简单辅助用具进行各种良肢位摆放,边示范边进行说明,让家属熟悉掌握摆放各种良肢位。③康复治疗师上门治疗内容:a.物理因子治疗(电脑中频治疗仪、空气压力波治疗仪、脑电仿生治疗仪等);b.运动治疗(翻身训练、卧位到坐位互相转移训练、坐位平衡训练、坐位→站位转移训练、站立位平衡训练、站位→坐位转移训练、步行训练);c.日常生活能力训练(穿衣、吃饭、洗漱、轮椅使用等);d.居家无障碍改造(改造厕所、扶手、斜坡、门把手等);e.因地制宜,利用家里的

楼梯进行踏步训练和重心转移训练,用木板自制斜板进行站立训练,自制简易的肋木进行上肢功能训练及在墙上装滑轮进行上肢肌力训练,使患者在家庭内进行多样化的康复治疗提高患者的兴趣及积极性。通过示范及通俗易懂的讲解把这些简单的训练方法教会患者及家属,特别是运动治疗及ADL训练。并根据实际情况从易到难,从少到多的原则教授患者及家属,实现患者从被动康复治疗到自我康复的转变。治疗过程中向患者及家属反复强调注意自我训练的安全性。④医务社工:了解患者的思想动态及存在的困难,及时寻找资源解决其最迫切的问题,使其能够全身心的投入康复训练中去,主动积极配合治疗。总共观察3个月。

1.3 评定标准 日常生活能力采用改良Barthel评定量表(the scale of modified Barthel index, MBI)评分^[4];生活质量采用Spitzer的生活质量指数(the quality of life index, QLI)评定^[5],量表的内容包括活动、日常生活、健康、支持和前景5个方面,0~10分,得分越高表明生活质量越好;焦虑情绪采用Zung焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)进行焦虑情绪评分^[6],量表将20个项目得分相加得到SAS的粗分,粗分乘以1.25后取整数部分,得到标准分,SAS标准分的分界值为50分,其中50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑,70分以上为重度焦虑;抑郁情绪采用Zung抑郁自评量表(Self-Rating Depression Scale, SDS)进行抑郁情况评分^[7],评分范围为20~80分,抑郁严重指数=各条目累计分/80,指数范围为0.25~1.0,指数越高,抑郁程度越重。

1.4 统计学方法 采用SPSS 17.0版统计学软件进行统计学处理,计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,*t*检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组治疗后与治疗前比较,MBI评分和QLI评分明显升高,SAS和SDS评分明显降低($P<0.05$);对照组治疗后与治疗前比较,MBI评分明显提高($P<0.05$),QLI评分、SAS和SDS评分差异均无统计学意义。治疗3个月后,与对照组比较,居家康复组MBI评分和QLI评分明显提高,SDS和SAS评分明显降低($P<0.05$),见表1。

表1 2组治疗前后各项指标比较

组别	时间	MBI	QLI	SAS	SDS
观察组	治疗前	43.5±10.6	4.5±1.3	58.4±7.8	0.6±0.1
(n=48)	治疗后	72.5±12.3 ^{a,b}	7.2±1.2 ^{a,b}	46.3±4.3 ^{a,b}	0.5±0.1 ^{a,b}
对照组	治疗前	45.3±9.8	4.6±1.5	56.3±6.3	0.7±0.1
(n=52)	治疗后	58.9±9.2 ^a	4.9±0.9	54.2±12.5	0.6±0.1

^a与治疗前比较, $P<0.05$;^b与对照组比较, $P<0.05$

3 讨论

目前我国城乡之间显示存在的差异是多维度的。尽管近年来政府推进“城乡一体化进程”,但在短期内不可能完全消失,农村的医疗卫生、公共服务等与城市比较还有很大的差距,农村康复形式单一,服务供需矛盾大且康复服务管理不足,所以必须大力开展农村脑卒中患者社区康复^[8]。全面建立和扩大社区康复治疗范围,健全网络,大力推进社区康复治疗进程可有效提高脑卒中患者生活质量^[9]。脑卒中的社区康复应结合各地区的条件、特点,综合利用多种康复治疗措施,对社区康复对象进行组织和管理,提供针对性的上门服务,能促进患者的功能恢复和生活质量的提高^[10]。出院后的居家康复治疗是脑卒中患者康复过程中的另一个重要阶段,是提高其各项能力的重要途径之一^[11]。

本课题选取一个贫困县级市的农村开展社区康复研究,主要有4个问题:①医务社工与康复技术人员怎样合作推进农村脑卒中进行居家康复。②高素质的城市康复技术人员怎样快速融入农村的方法;③怎样建立依托城区,服务农村,低投入,广覆盖的康复服务模式;④怎样建立基层康复服务网络,培养基层康复技术人员,促进完善农村医疗康复保障体系。前期准备工作中通过社工的调查报告呈报当地政府部门,引起政府部门的重视,争取资源与资金支持。培训乡村医生与村干部,辅助城市技术人员得到农村居民的信任,快速融入农村开展服务。建立农村居家康复工作小组,小组人员实行轮岗制,给予适当下乡补贴,每半年和城区工作人员轮岗一次,快速解决农村康复技术人员缺乏问题。根据距离城区距离远近联合现有的卫生站改造3个居家康复服务站,覆盖周边村落,并作为社区康复知识培训点,轮岗城区工作人员的办公休息点,解决农村低投入、广覆盖问题。通过实践来看,农村脑卒中患者缺少对自身疾病的认识,康复知识缺乏导致康复预期低,很容易放弃康复,家属支持率低。所以一定要注重对患者及家属进行康复知识的宣教,有效的形式是通过交流、健康讲座、派发宣传资料及实践指导等方法。建立符合中国国情的农村脑卒中患者康复模式,设计简易、易开展的康复方案是广大康复工作者当前努力的方向。居家康复治疗有助于脑卒中患者功能恢复,并对其生活质量具有积极影响,为患者最终实现生活自理奠定良好基础。MBI是测定ADL的有效方法,可以敏感地反映出病情的变化,即功能的进展^[12]。

患者在家里训练ADL更接近现实,对训练后ADL保持具有优越性;其次,患者在家里训练,心情更放松,兴趣更高,为ADL快速提高奠定了良好的心理基础,同时也提高了QLI得分。很多农村脑卒中患者失去了劳动的能力,给自己和家庭带来了很大的负担,一般情绪都会很消极,封闭自己,更加不愿意接触到外人。医务社工有经过专业训练的心理素质与耐心,可以疏导患者的心理问题,通过链接各方资源解决实际生活中存在的困难,从而提高SAS及SDS评分。从结果来看,居家康复治疗对农村脑卒中患者具有积极意义,可以作为一种工作模式进一步推广。

现阶段研究我们发现,部分贫困脑卒中患者无法支付康复费用,需要残联康复专项医疗救助,所以落后地区农村社区居家康复的开展需要政策和资金的支持。人才缺乏也是农村开展居家康复的一个重要问题,乡村医生缺乏康复知识及工作积极性,下一步需要进一步研究与乡村医生的合作与培养,制定激励机制,充分调动其积极性,利用现有的资源做好服务。

【参考文献】

- [1] 张金明,赵悌尊.国际社区康复发展趋势及对我国社区康复工作的思考[J].中国康复理论与实践,2011,17(2):184-186.
- [2] 中国残疾人联合会.残疾人工作知识读本[M].北京:华夏出版社,2009,146-154.
- [3] 崔晓,胡永善,吴毅,等.社区康复治疗对脑卒中患者日常生活活动能力的影响[J].中国康复医学杂志,2008,23(8):735-736.
- [4] 燕铁斌,窦祖林,冉春风.实用瘫痪康复[M].北京:人民卫生出版社,2010,264-268.
- [5] 缪鸿石.康复医学理论与实践[M].上海:上海科学技术出版社,2000,437-438.
- [6] 燕铁斌,梁维松,冉春风.现代康复治疗学[M].广州:广东科技出版社,2012,273-273.
- [7] 王玉龙.康复功能评定学[M].北京:人民卫生出版社,2010,362-362.
- [8] 张金明,陈光,袁洪伟,等.社区康复重点在农村[J].中国康复,2015,30(4):315-316.
- [9] Andeon C, Rubenach S, Mhurchu CN, et al. Home or hospital forstroke rehabilitation results of a randomized controlled trial: I; health outcomes at 6 months[J]. Stroke, 2000,31(5):1024-1031.
- [10] 沈学奎.桐乡市农村脑卒中社区康复效果观察[J].中国康复,2015,30(6):472-474.
- [11] 杜凤珍,邓朋,侯莹.居家康复对中后期脑卒中患者ADL能力的影响[J].中国康复医学杂志,2011,26(2):165-167.
- [12] 纪树荣.运动疗法技术学[M].北京:华夏出版社,2010,48-48.