

# 进阶式作业小组训练对脑卒中患者的生活自理能力和情绪状态的影响

杨可钦<sup>1</sup>, 赵彬<sup>1</sup>, 陈国平<sup>2</sup>, 李保龙<sup>2</sup>

**【摘要】** 目的:观察进阶式作业小组训练对脑卒中患者的生活自理能力和情绪状态的影响。方法:选取脑卒中患者60例,随机分为2组各30例。对照组采用常规一对一作业治疗,观察组根据患者的生活自理能力(Barthel指数)进行分组,采取进阶式作业小组训练。在治疗前和治疗4周时,进行生活自理能力(Barthel指数)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)的评价。结果:与治疗前比较,2组治疗后HAMD及HAMA评分均降低(均 $P<0.05$ ),且观察组更低于对照组( $P<0.05$ );Barthel指数均升高(均 $P<0.05$ ),且观察组更高于对照组( $P<0.05$ )。结论:进阶式作业小组训练对脑卒中患者的生活自理能力、抑郁和焦虑状态均有很好的效果,值得临床推广。

**【关键词】** 脑卒中;进阶式作业小组训练;生活自理能力;抑郁;焦虑

**【中图分类号】** R49;R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2021.05.009

脑卒中因其存在的并发症较多,极大地影响患者和家属的生活质量<sup>[1]</sup>。本研究以进阶式作业小组训练的方式,通过干预前后脑卒中患者的生活自理能力、焦虑和抑郁状态,来检验进阶式作业小组训练对脑卒中患者的生活自理能力和情绪状态的影响。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年10月~2020年1月,黑龙江中医药大学附属二院的脑卒中患者60例。纳入标准:符合中华医学会第四届脑血管病学术会议制订的脑卒中诊断标准<sup>[2]</sup>;意识清楚且生命体征平稳;坐位平衡 $\geq$ II级;具有卒中后焦虑和抑郁状态的患者且适应小组训练方式<sup>[3]</sup>;能保证4周治疗,签署知情同意书。排除标准:排除存在严重基础疾病者;排除骨折、外伤未愈合者;排除认知及精神障碍不能配合者。将60例患者随机分为2组各30例,2组的性别、年龄、病程比较均无统计学差异。见表1。

表1 2组一般资料比较

组别	n	男/女 (例)	年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$ )	左/右 (例)	病程 (d, $\bar{x}\pm s$ )
对照组	30	18/12	62.30 $\pm$ 5.20	13/17	35.03 $\pm$ 5.24
观察组	30	16/14	60.40 $\pm$ 6.60	20/10	35.17 $\pm$ 5.31
$\chi^2/t$		0.271	1.239	3.299	0.102
P		0.602*	0.221*	0.069*	0.918*

1.2 方法 ①对照组采用常规一对一作业治疗训练。

内容包括:日常活动能力训练;环境改造与适应性训练;文娱活动训练;功能障碍的训练;对疾病的认知、并发症处理、危险预防的宣教。30min/d,6次/周,共4周。②观察组采用进阶式作业小组训练。根据Barthel指数评分,不同功能状态的患者进入与之匹配的小组。进阶作业小组训练共分为5个组别,A组,Barthel指数 $\leq$ 20分;B组,Barthel指数21~40分;C组,Barthel指数41~59分;D组,Barthel指数60~79分;E组,Barthel指数80~100分。内容包括:a.小组形式的生活自理能力、环境改造与功能障碍的训练;即根据患者在本阶段出现的共性问题,进行小组训练。如患者在如厕和转移时出现问题,应向患者和家属讲解动作要求,方法意义、注意事项,然后指导家属与患者进行实际操作,治疗师对于患者出现的问题进行一对一的辅导;b.进阶式训练<sup>[4]</sup>:通过一周的进阶式作业小组训练后,在第二周训练前,进行Barthel数值的评分,根据患者当时的能力水平,若比原本组别的患者恢复快且满足更高一级的小组入选条件,可以晋升下一级的训练。一周一次的进阶方式,可以激发患者的治疗动机,促进短期目标的实现;c.正性激励措施内容包括轮值班长、颁发奖励币、情绪加油站三个内容。轮值班长:即每周在小组间进行投票,选出进步最快、表现最好的患者,作为本周的轮值组长,组织和引领本小组的患者进行训练。颁发奖励币:为进步明显的患者颁发奖励币,可以在社会休闲活动当做代币使用,换购材料,自己亲手制作礼物,送给亲朋好友。情绪加油站:一方面组织患者和家属交流一下在治疗中的心得体会、困扰和感触。另一方面邀请成功康复出院的老患者,分享自己的成功经验,以便及时针对患者在康复治疗

基金项目:国家体育总局武术研究院青年基金项目(NOWSH2019C011)

收稿日期:2020-09-25

作者单位:1. 黑龙江中医药大学,哈尔滨 150040;2. 黑龙江中医药大学附属第二医院,哈尔滨 150001

作者简介:杨可钦(1983-),女,主管技师,主要从事中枢神经系统损伤和运动损伤的康复研究。

通讯作者:李保龙,63789077@qq.com

疗中的情绪进行合理疏导。④集体家庭教育:进阶式作业小组训练会在小组治疗过程中,对患者及家属进行集体康复教育,针对病情的认知、家庭训练方式、预防并发症,危险的预防和处理等内容进行讲解。30min/次,6次/周,共4周。

1.3 评定标准 2组患者在治疗前和治疗4周时,由同一名评定师进行评定。①Barthel指数量表<sup>[5]</sup>:评定患者的日常生活活动能力。包含10个项目,评分标准:≥60分,生活基本自理;41~59分,中度功能障碍,需要一定量帮助;21~40分,重度功能障碍,生活自理情况依赖明显;≤20分,生活完全依赖。②汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)<sup>[3]</sup>:评定患者的抑郁状态。包含24项测试内容,评分标准:总分>24分,严重抑郁状态;17~24分,肯定有抑郁症;7~17分,可能有抑郁症;总分<7分:正常。③汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAM-A)<sup>[4]</sup>:评定患者的焦虑状态。包含14项测试内容,评分标准:总分≥21分,肯定有明显焦虑;≥14分,肯定有焦虑;≥7分,可能有焦虑;<7分,无焦虑症状。

1.4 统计学方法 采用SPSS 21.0统计学软件进行分析。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,进行数据的正态分布及方差齐性检验,组间均数比较采用 $t$ 检验,组内均数比较采用配对 $t$ 检验,计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 Barthel评分比较 治疗前,2组Barthel评分比较无显著性差异;治疗4周后,2组Barthel评分均较治疗前明显提高( $P < 0.05$ ),且观察组更高于对照组( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 2组治疗前后 Barthel 评分比较 分,  $\bar{x} \pm s$

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	30	63.55±7.11	75.44±7.90	6.127	0.000
观察组	30	65.13±9.52	80.80±8.75	6.637	0.000
<i>t</i>		0.235	2.490		
<i>P</i>		0.469	0.016		

2.2 HAMD评分比较 治疗前,2组HAMD评分比较无显著性差异;治疗4周后,2组HAMD评分均较治疗前明显下降( $P < 0.05$ ),且观察组更低于对照组( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 2组治疗前后 HAMD 评分比较 分,  $\bar{x} \pm s$

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	30	23.76±4.32	14.77±3.07	9.29	0.000
观察组	30	24.55±3.7	12.32±3.19	13.71	0.000
<i>t</i>		0.761	3.301		
<i>P</i>		0.449	0.003		

2.3 HAMA评分比较 治疗前,2组HAMA评分

比较无显著性差异;治疗4周后,2组HAMA评分均较治疗前明显下降( $P < 0.05$ ),且观察组更低于对照组( $P < 0.05$ )。见表4。

表4 2组治疗前后 HAMA 评分比较 分,  $\bar{x} \pm s$

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	30	23.65±3.48	14.82±3.81	12.00	0.000
观察组	30	24.08±3.12	12.36±4.34	9.37	0.000
<i>t</i>		0.504	2.333		
<i>P</i>		0.616	0.023		

## 3 讨论

脑卒中患者的心理变化时期为,震惊期→否认期→抑郁期→消极依赖期→适应康复期<sup>[6]</sup>。由于外界客观因素和主观因素的变化,患者会表现出日常生活过分依赖、焦虑、抑郁等情绪障碍,极大地影响患者的全面恢复。

作业治疗(occupational therapy, OT)是以康复对象为中心,通过有选择的作业活动和/或适当的环境干预来改善躯体、心理和社会功能,促进活动和参与<sup>[7-8]</sup>。小组治疗又称集体治疗、团体治疗,是作业治疗的一种重要的治疗手段,采取的是一对多的治疗模式。魏国荣、郑钦等<sup>[9-10]</sup>研究发现,小组训练后,患者的治疗动机、自理能力和社会参与度均得到较大程度的改善。马将等<sup>[11]</sup>认为,针对轻中度抑郁症患者给予集体康复训练,接受小组训练的患者焦虑、抑郁情况明显下降,且ADL评分明显提高。

《国际功能、残疾和健康分类》中,健康状况包括身体结构和功能、活动和社会参与。其中,环境因素和个人因素对健康的影响很重要<sup>[12]</sup>。进阶式作业小组训练在小组训练的基础上进行了改进,融入了进阶式训练、轮值班长、颁发奖励币、集体家庭教育和情绪加油站等方式。对个人因素的积极影响在于,进阶式训练、轮值班长、颁发奖励币等方式树立了患者的治疗目标、调动了治疗积极性,对表现好、进步快的患者采取奖励机制,促进患者的功能恢复、活动应用和社会参与。对环境因素的影响在于,情绪加油站和集体家庭宣教对患者和家属的环境因素的积极改善和影响。家属会更加了解家庭训练的方式方法以及外界环境的干预对于患者的影响,促进患者整体康复。

社会学习理论的创始人——班杜拉认为,学习者会受到角色榜样的影响,对观察到的行为进行模仿,并通过不断的模仿反馈来评价其行为的准确性<sup>[13]</sup>。进阶式作业小组训练将这一理论引入到治疗当中,通过轮值班长的方式,每周遴选出一位班长,树立角色榜样引导其他患者学习,调动患者之间互相学习,互相促进,积极配合治疗的积极性。颁发奖励币的方式,增加

了患者的融入度,通过自身的努力为亲人朋友送一份亲手制作的礼物,也是个人价值和社会价值的体现。情绪加油站的方式,大家尽情表达自己的苦闷、忧虑和快乐,及时发现个人因素和环境因素对患者不良影响,以便及时消除诱因和情绪疏导。治疗目标的确定应用了 SMART 原则(Specific, Measurable, Achievable, Realistic/Relevant, Timed)<sup>[14]</sup>。相较于长期目标来讲,短期目标更加的具体,更能激发治疗动机、提高治疗依从性、发挥自我效能,从而促进治疗参与度<sup>[15]</sup>。本研究中的进阶式训练、轮值班长、颁发奖励币的方式符合短期目标的特点,因此更能激发患者的治疗动机和参与度。结果显示,与治疗前比较,两组治疗后 HAMD 评分、HAMA 评分均降低,Barthel 指数均升高,且观察组改变明显优于对照组,差异有统计学意义。

综上所述,进阶式作业小组训练,可以进一步提高患者的生活自理能力,改善其焦虑、抑郁的情绪状态,优于常规作业治疗训练方式,可以进行临床推广。

### 【参考文献】

- [1] 王赛华,莫贺龙,孙莹,等.加拿大作业表现量表在偏瘫患者作业活动康复中的应用观察[J].中国康复,2020,35(7):348-351.
- [2] 赵德福,景俊,方琪,等.重复经颅磁刺激结合上肢机器人虚拟情景训练对脑卒中患者认知功能的研究[J].中国康复,2020,35(6):295-298.
- [3] 沈显山,吴建贤,周云,等.汉密尔顿抑郁量表用于脑卒中后评定的最小可测变化值研究[J].中国康复医学杂志,2020,35(4):464-467.
- [4] 田国华,赵英,郭军辉,等.小组模式康复训练对下肢骨折的疗效[J].中国康复,2017,32(3):199-201.
- [5] 叶颀,胡军,鲁银山,等.情景模拟互动训练对脑卒中患者日常生活自理能力及生活质量的影响[J].中国康复,2019,34(12):643-645.
- [6] 周欢霞,于小明,刘倩雯,等.人-环境-作业模式促进脑卒中后手和上肢功能的康复[J].神经病学与神经康复学杂志,2016,12(4):181-185.
- [7] 李志斌,冯尚武,叶锦萍,等.虚拟现实训练结合作业疗法对脑卒中患者偏瘫上肢功能的影响[J].中国康复,2019,34(10):532-534.
- [8] 李奎成.作业治疗的重新定位与思考[J].中国康复医学杂志,2021,36(1):86-89.
- [9] 魏国荣,程广胜.偏瘫患者的集体康复训练初探[J].中国康复医学杂志,2000,15(3):160-162.
- [10] 郑钦,李润利,吴燕秋,等.小组语言训练对脑瘫患儿交流功能的影响[J].中国康复,2016,31(6):411-413.
- [11] 马将,闫晓丽,黄洁,等.集体康复训练对卒中后焦虑抑郁情绪及日常生活活动能力的影响[J].河北医科大学学报,2016,37(9):1001-1005.
- [12] 吴文婷,张继荣.ICF核心分类组合在临床实践中的应用进展[J].中国康复,2017,32(5):414-417.
- [13] 汪罗.班杜拉:社会学习理论的创始人[J].当代电力文化,2016,20(1):76-77.
- [14] 谢艺婷.“SMART”康复目标对脑卒中患者日常生活活动能力的影响[D].福建中医药大学,2019.
- [15] Brown M, Levack W, Mcpherson K M, et al. Survival, momentum, and things that make me "me": patients' perceptions of goal setting after stroke[J]. Disability & Rehabilitation, 2014, 36(12): 1020-1026.

### · 外刊拾粹 ·

## 蛛网膜下腔出血后针灸与血管痉挛的关系

蛛网膜下腔出血(SAH)后,约50%的患者脑血管痉挛将导致迟发性缺血性神经功能缺损(DIND)。由于针灸在东方用于治疗脑血管疾病已有数百年的历史,本研究探讨了针灸预防蛛网膜下腔出血后脑血管痉挛的疗效。这项随机、双盲、安慰剂对照试验包括了因蛛网膜下腔出血住院的患者。所有参与者均接受尼莫地平治疗,同时接受预防性治疗和一般治疗。随机分为针灸组,电针治疗双侧以下穴位,即PC6(内关穴)、ST36(足三里穴)、ST43(陷谷穴)和SP4(公孙穴),每日20分钟。对照组在相同部位接受假针灸治疗。我们分析针灸组22例,对照组24例的结果。针灸组DIND发生率为9.1%,对照组为20.8%( $P=0.418$ )。血管造影显示血管痉挛的发生率针灸组为9.1%,对照组为25%( $P=0.247$ )。血管痉挛相关梗死的发生率对照组为16.7%,针灸组为4.5%( $P=0.349$ )。针灸组治疗结束后血浆一氧化氮(NO)和内皮素-1(ET-1)水平有明显变化,而对照组变化不明显。长期随访时,针灸组改良Rankin量表(mRS)评分明显优于对照组( $P=0.011$ )。结论:这项针对蛛网膜下腔出血患者的初步研究发现,针灸治疗与降低迟发性缺血性神经功能缺损的发生率有关。

(周海琪译)

Lee D, et al. Efficacy of Acupuncture Treatment to Prevent Cerebral Vasospasm after Subarachnoid Hemorrhage; A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial. J Altern Complement Med, 2020, 26(12): 1182-1189.

中文翻译由 WHO 康复培训与研究合作中心(武汉)组织  
本期由 中南大学湘雅二医院 张长杰教授 主译编