

• 临床康复 •

家庭成员辅助干预对急性脑梗死患者运动功能障碍康复的影响

邵伟波 饶江 李家红 孙美红

[摘要] 目的 探讨家庭成员辅助干预对急性脑梗死所致偏瘫患者运动功能障碍康复的影响。方法 选择 60 例急性脑梗死偏瘫患者,随机分成观察组和对照组(每组 30 例),在常规药物和康复治疗的同时,观察组实施家庭成员辅助干预康复训练,通过治疗前后 Fugl-Meyer 运动评分(FMA)、修订的 Barthel 指数(MBI)评分的变化对两组患者功能康复进行评价。结果 8 周后两组患者的 FMA、MBI 评分均较前有明显提高($P < 0.001$),观察组更优于对照组($P < 0.05$)。结论 在急性脑梗死患者康复治疗中家庭成员积极合理辅助干预对偏瘫运动功能康复,尤其是日常生活活动能力的提高起到促进作用。

[关键词] 急性脑梗死;家庭康复;运动功能

Effect of family members' intervention on rehabilitation of motor dysfunction after acute cerebral infarction SHAO Wei-bo, RAO Jiang, LI Jia-hong, et al. Brain Hospital Affiliated to Nanjing Medical University, Nanjing 210029, Jiangsu, China

[Abstract] Objective To explore the effect of the intervention by the family members on the rehabilitation of dysfunction of the patients with hemiplegia after acute cerebral infarction. Methods Sixty patients of hemiplegia caused by acute cerebral infarction were randomly divided into two groups, observing group and control group(30 patients for each group). Patients in the observing group received family members' intervention in addition to the regular drug and rehabilitation treatment, which was used in control group only. The change of scores of Fugl-Meyer Assessment(FMA) and Modified Barthel Index(MBI) before and after treatment was evaluated respectively. Results The scores of FMA and MBI in both groups rose very significantly eight weeks after treatment($P < 0.001$). But the scores of the observing group were higher than that of the control group($P < 0.05$). Conclusion Proper intervention by the family members plays an important role in enhancing the rehabilitation of acute cerebral infarction dysfunction and developing the patients' ability to take care of themselves in daily life.

[Key words] acute cerebral infarction; family rehabilitation; motor function

中图分类号:R743.32,R493 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2003)11-0682-02

脑卒中是致残率极高的疾病,医学康复是解决其功能障碍的重要措施。成功的康复不仅取决于各种治疗,更取决于患者如何度过治疗之外的剩余时间^[1]。临床工作中,家属是陪伴、接触患者时间最多的人员,因此,家庭成员辅助干预显得尤为很重要。

1 对象与方法

1.1 对象 选择 2001 年 1 月 - 2003 年 1 月于我院康复医学科或神经内科住院的 60 例急性脑梗死患者,均符合 1995 年全国第四次脑血管病会议通过的急性脑梗死诊断标准^[2],并经头颅 CT 或 MRI 证实。入选标准:颈内动脉系统脑梗死;首次发病;病程在 1 周以内;生命体征稳定,48 小时内无进展,Glasgow 昏迷量表评分 8 分以上。淘汰标准:椎-基底动脉系统脑梗死;接受过溶栓治疗;年龄 > 80 岁;严重失语、痴呆者;合并严重心、肝、肾疾病等。

随机分为两组:①观察组:男 19 例,女 11 例,平均年龄(65.3 ± 9.8)岁;病程(3.0 ± 1.6)天;既往史评分(6.3 ± 2.8);伴发病评分(7.9 ± 3.7);右侧偏瘫 16 例,

左侧偏瘫 14 例。②对照组:男 17 例,女 13 例,平均年龄(64.7 ± 10.2)岁;病程(2.8 ± 1.8)天;既往史评分(7.1 ± 2.5),伴发病评分(7.7 ± 2.9);右侧偏瘫 17 例,左侧偏瘫 13 例。两组患者性别构成比、年龄、文化程度、病程及病情情况,经统计学处理均无显著性差异($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 两组患者均按常规给予类似的改善脑血液循环和营养神经药物等治疗,同时均接受以 Bobath、Brunnstrom、Rood 法等神经生理学疗法和运动再学习技术为主的康复训练,训练内容包括:良肢位摆放和体位转换、关节被动和主动运动、坐位和坐位平衡训练、起立训练、站立平衡训练及步行训练等,并进行日常生活活动能力(ADL)训练,训练 1 次/日,每次 45 min,由专职治疗师完成治疗。观察组在上述治疗同时,在家庭成员中选择 1 - 2 名住院期间陪护患者的家属或护工,对其进行相关健康教育,负责配合、协助和实施比较规范的康复干预工作:①参加康复小组评定会和患者的功能康复训练全过程,围绕总的康复原则和计划,由医务人员对其制定有针对性的家庭干预目标和实施计划,并结合患者情况对其进行针对性的简单系统相关知识和技能培训;②对患者进行运动功能

康复的监督、管理和协助,使患者 24 小时内的体位、一切运动均尽量符合功能康复要求,以正常运动模式来活动,维持治疗师的康复治疗方式和疗效,使功能训练贯穿始终;③减少“替代照顾”,结合患者的每天穿脱衣、进餐、如厕等日常生活活动进行具体 ADL 示范和指导,鼓励、督促患者尽量进行“自我照顾”;④康复心理支持,根据致残后的心理特征和常见心理表现,实施心理关注和干预,使患者心理处于适应阶段,来发挥患者的积极性;⑤及时和康复医师、治疗师沟通每天辅助干预康复的反馈情况,以便调整干预方案。以上内容治疗师以布置作业的方式来交给家属进行实施,以治疗师为主导,家属配合、辅助和支持。对照组对家属无以上要求。

1.3 评定方法 两组在治疗前和治疗 8 周后分别采用 Fugl-Meyer 运动功能评分法(Fugl-Meyer Assessment, FMA)和修订的 Barthel 指数(Modified Barthel Index, MBI)评定^[3]进行运动功能及日常生活活动能力评定,均由专人负责进行。

1.4 统计学分析 采用组内和组间配对数据比较 t 检验。

2 结果

治疗前两组 FMA、MBI 分数相比无显著性差异($P > 0.05$);治疗后两组 FMA、MBI 分数比治疗前均有显著提高($P < 0.001$),观察组优于对照组($P < 0.05$),尤其是 MBI 评分更明显($P < 0.01$)。见附表。

附表 两组患者治疗前后 FMA 和 MBI 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	FMA 评分		MBI 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	28.57 ± 10.52	79.73 ± 15.39 ^{a,b}	35.87 ± 13.38	82.19 ± 14.83 ^{a,c}
对照组	29.36 ± 11.27	70.13 ± 14.17 ^a	36.93 ± 12.79	70.22 ± 15.61 ^a

注:组内比较,a: $P < 0.001$;组间比较,b: $P < 0.05$,c: $P < 0.01$ 。

3 讨论

本研究结果显示,在脑梗死急性期,药物和康复治疗有效,但如对患者实施家庭成员辅助干预,就更能明显改善患者的运动功能,尤其是提高 ADL,减轻致残程度,改善患者预后。

运动康复的目的是通过输入正常的运动模式来促进正常功能模式的形成,最大限度地恢复运动功能。

成功的康复不仅取决于各种治疗,更取决于患者如何度过治疗之外的剩余时间。家属是陪伴患者时间最多者,是从事全天康复管理的最佳人选。观察组的患者均接受了家庭成员的辅助康复干预,也就是接受了这种康复管理,使康复治疗的效果得以延续,而对照组每天相对只接受短暂的康复治疗,没有接受家庭辅助干预,功能恢复就较观察组差。另外,观察中还发现,家庭辅助干预能减少或预防废用综合征的产生,尤其是肌萎缩、肩痛、肩-手综合征等,均比对照组明显减少。

康复的最终目的是能生活自理,观察组的家庭干预成员结合患者每天的穿脱衣、转移、进餐、如厕等日常生活活动进行适时具体 ADL 示范和指导,使“替代照顾”转向“自我照顾”,这本身也是一个训练过程,相对于一般家庭的“替代照顾”更能提高患者的 ADL,这也是观察组 ADL 提高相对较 FMA 提高更明显的原因。心理康复在脑卒中的康复过程占重要地位,也是家庭辅助干预的主要内容之一。美国康复护理界早在 20 世纪 50 年代初期就开始了在院内患者的教育工作,并取得良好效果。在本文临床观察过程中,也发现家庭成员的辅助参与更有利于减轻和改善患者的心理障碍,使患者较快的适应目前生活方式,对病残的发生、发展和转归等有良好的判断和正确的认识,有足够的信心和勇气去面对疾病,由“被动运动”变“主动运动”,积极配合康复治疗,这可能是因为家庭成员是患者的亲人,较医务人员更易沟通和亲近。

总之,在急性脑梗死康复治疗中系统规范实施家庭辅助干预对预防并发症、促进运动功能恢复,尤其是提高日常生活活动能力起到了重要的辅助作用。

[参考文献]

- [1]刘钦刚.循序渐进—成人偏瘫康复训练指南[M].合肥:中国科学技术出版社,1996.43.
- [2]王新德.急性脑血管病诊断标准.第四届全国脑血管病修订方案[J].中华神经科杂志,1995,23(6):670.
- [3]缪鸿石,朱镛连.脑卒中的康复评定和治疗[M].北京:华夏出版社,1996.9.

(收稿日期:2003-04-06 修回日期:2003-08-11)