

## 家庭康复计划对脑卒中偏瘫患者运动功能恢复的影响

王俊华, 聂斌, 刘悦

[摘要] 目的 观察家庭康复计划对脑卒中偏瘫患者运动功能恢复的影响。方法 将 64 例脑卒中偏瘫患者随机分为康复计划组和对照组各 32 例, 两组患者住院期间均接受系统康复治疗。出院回家后, 康复计划组严格按照康复计划所规定的时间和内容进行康复训练, 并每 2 周末来康复门诊评估指导一次; 对照组在每天训练与否、训练时间和训练内容等方面完全由自己掌握。采用 Fugl-Meyer 评测法(FMA)及改良 Barthel 指数(MBI)分别于治疗前、治疗 5 个月对两组患者进行评定。结果 治疗 5 个月后, 两组患者的 FMA 评分和 MBI 评分均较治疗前显著提高( $P < 0.001$ ), 但康复计划组的康复效果显著优于对照组( $P < 0.001$ )。结论 家庭康复计划可以明显促进脑卒中偏瘫患者运动功能的恢复。

[关键词] 脑卒中; 偏瘫; 家庭康复计划; 运动功能; 康复

**Effect of Family Rehabilitation Plan on Motor Function of Stroke Patients with Hemiplegia** WANG Jun-hua, NIE Bin, LIU Yue. The Department of Acupuncture-Rehabilitation Medicine, the Second Hospital of Traditional Chinese Medicine of Guangdong, Guangzhou 510095, Guangdong, China

**Abstract:** **Objective** To observe the effect of family rehabilitation plan (FRP) on motor function of stroke patients with hemiplegia. **Methods** 64 patients were randomly divided into the FRP group (32 cases) and control group (32 cases). The patients in the FRP group critically followed the schedule and activities scheduled on FRP and were assessed and guided in out-patient department every two weeks. The patients in the control group made schedule and carried on activities by themselves. Motor function was assessed with Fugl-Meyer Assessment (FMA) and modified Barthel index (MBI) respectively. **Results** Motor scores of the patients in two groups significantly increased after treatment ( $P < 0.001$ ), and that of the FRP group was significantly better than that of the control group ( $P < 0.001$ ). **Conclusion** The FRP can significantly improve motor function of stroke patients with hemiplegia.

**Key words:** stroke; hemiplegia; family rehabilitation plan (FRP); motor function; rehabilitation

[中图分类号] R743.3 [文献标识码] A [文章编号] 1006-9771(2006)08-0677-02

[本文著录格式] 王俊华, 聂斌, 刘悦. 家庭康复计划对脑卒中偏瘫患者运动功能恢复的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(8): 677-678.

脑卒中是常见病、多发病, 其导致的偏瘫严重影响患者的肢体运动功能和日常生活活动能力(activities of daily living, ADL)<sup>[1]</sup>。随着康复医学的发展, 越来越多的患者在医院中得到及时而系统的康复治疗, 取得了满意的康复效果<sup>[2-5]</sup>。但患者出院后往往不能在家中继续进行系统的或巩固性的康复治疗, 影响康复目标的实现<sup>[6]</sup>。我们将康复服务进行延伸, 为出院患者制定家庭康复计划, 并以门诊指导的形式进行跟踪服务, 现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 选取从我科出院回家的脑卒中偏瘫患者 64 例。所有入选患者均符合以下标准: ①首次发生脑梗死或脑出血, 符合全国第四届脑血管病学术会议修订的脑血管病诊断标准<sup>[7]</sup>, 经头颅 CT 或 MRI 证实; ②年龄 40~80 岁; ③格拉斯哥昏迷量表评分  $> 8$  分; ④伴有偏瘫; ⑤住院期间接受过系统的康复治疗。排除标准: ①有严重心、肺、肝、肾等功能不全和严重高血压等; ②患有肿瘤; ③有痴呆病史。

根据电脑随机数字表将上述患者分为康复计划组和对照组各 32 例。康复计划组中男性 19 例、女性 13 例; 年龄 (62.03

$\pm 9.39$ ) 岁; 脑梗死 26 例、脑出血 6 例; 住院期间接受康复治疗时间 (28.53  $\pm 6.11$ ) d, 出院后开始接受治疗时间为病后第 (48.63  $\pm 6.12$ ) d。对照组中男性 20 例、女性 12 例; 年龄 (62.81  $\pm 9.83$ ) 岁; 脑梗死 27 例、脑出血 5 例; 住院期间接受康复治疗时间 (29.56  $\pm 5.05$ ) d, 出院后开始接受观察时间为病后第 (48.91  $\pm 8.28$ ) 天。两组患者的年龄、住院期间接受康复治疗时间、出院后在家中开始接受治疗(或观察)时间均无显著性差异( $P > 0.05$ )。

**1.2 方法** 两组患者出院回家后采用的药物治疗基本相同。对照组在是否进行康复功能训练、康复训练内容和康复训练时间方面完全由自己决定, 所需技术由患者在住院期间获得。康复计划组则由医生根据每位患者的具体情况对康复治疗内容、康复训练时间等制定相应的计划, 让患者严格执行, 所需技术由患者在住院期间获得和康复门诊医生传授指导。康复治疗计划如下: ①床上训练: 包括关节活动度训练、床上移动及翻身训练、收腹运动及桥式运动; ②坐位训练: 包括坐位平衡训练、上肢关节控制训练和坐位作业训练如拿取物品等; ③转移训练: 包括卧位-坐位、床-轮椅、坐位-站位; ④站位及步行训练: 包括站位平衡训练、单腿负重训练、重心转移和步行训练; ⑤ADL 训练: 包括穿、脱衣服、解系衣扣、穿脱鞋袜、如厕及进食等。

根据康复计划组患者的具体情况, 灵活选择以上训练内容, 症状轻、功能较好者以 ADL 训练为重点; 症状重、功能差者

作者单位: 广东省第二中医院针灸康复科, 广东广州市 510095。作者简介: 王俊华(1965-), 男, 江苏徐州市人, 副主任医师, 主要研究方向: 脑血管疾病康复。

以关节活动和肢体关节控制等训练为主。训练一般采取助力运动、主动运动、抗阻运动等形式,每天训练 2 次,每次 40 min,每周休息 1 d,训练强度以患者次日不出现肢体酸痛及疲劳症状为标准。康复门诊医生跟踪服务,负责康复计划的实施。患者家属或陪护均接受康复门诊医生的康复健康教育,参与患者康复环境的建设,协助或监督患者完成每天的康复计划。患者及家属或陪护每两周来门诊接受康复医生评估、指导一次,目的是评价过去两周的训练效果,确定下两周的训练计划,传授有关的康复技术及康复知识等。

1.3 疗效评定 采用 Fugl-Meyer 评测法(Fugl-Meyer Assessment, FMA)评定患者的肢体运动功能,采用改良 Barthel 指数(modified Barthel index, MBI)评定患者的 ADL<sup>[8]</sup>。所有患者分别于入选时及治疗 5 个月后由同一位康复医生完成评定。

1.4 统计学处理 所得数据以( $\bar{x} \pm s$ )表示,应用 SPSS 11.0 统计软件进行 *t* 检验。

## 2 结果

两组患者治疗后的 FMA 和 MBI 评分均显著提高( $P < 0.001$ ),但康复计划组的评分显著高于对照组( $P < 0.001$ ),见表 1、表 2。

表 1 两组患者治疗前后 FMA 评分( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后
康复计划组	32	50.03 ± 5.63	80.97 ± 7.13 <sup>a,b</sup>
对照组	32	49.19 ± 5.51	67.41 ± 7.65 <sup>a</sup>

注:a.与治疗前比较, $P < 0.001$ ;b.与对照组治疗后比较, $P < 0.001$ 。

表 2 两组患者治疗前后 MBI 评分( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后
康复计划组	32	58.41 ± 5.04	79.69 ± 4.88 <sup>a,b</sup>
对照组	32	54.81 ± 5.28	67.81 ± 4.99 <sup>a</sup>

注:a.与治疗前比较, $P < 0.001$ ;b.与对照组治疗后比较, $P < 0.001$ 。

## 3 讨论

为了实现回归家庭、回归社会的康复目标,脑卒中偏瘫患者出院回家后必须继续进行康复治疗。但目前我国的社区康复体系还不完善,社区医生的现代康复知识比较缺乏,无法为患者提供方便、连续、综合、价廉的社区康复服务。如何根据我国的国情和患者的家庭特点为出院患者继续提供系统康复治疗服务,是临床康复工作者的责任。

脑卒中偏瘫患者之所以出院回家后难以开展有效的康复治疗,除缺少必要的康复技术外,主要是难以掌握每天的康复内容、时间、强度,康复缺乏计划性、系统性,以及必要的监督和指导。为此,我们为康复计划组患者设计了“家庭康复计划”,并定期门诊评估、指导。该康复计划强调患者自我康复训练,强调患者家属或陪护参与,强调方案的个体化,并遵循由简到繁、从易到难循序渐进的原则。

本研究显示,经过 5 个月的治疗,两组患者的运动功能和 ADL 均较治疗前显著提高,但康复计划组的效果显著优于对照组,表明家庭康复计划对脑卒中偏瘫患者运动功能的恢复有明显促进作用,与有关报道相似<sup>[9-11]</sup>。

家庭康复计划可能通过以下几个方面提高康复训练效果:

①保证每天的有效康复时间:康复计划明确规定每天训练的次数、时间,并将其与患者的日常生活相结合;②提高患者参与康复的积极性:康复计划强调患者自我训练、自我康复,强调患者的主观能动性,家属或陪护仅为辅助和监督;③规范每天的训练内容及强度:由患者自己明确每天的训练项目和强度,以及近期和远期康复目标;④为患者提供良好的康复环境:该环境由康复门诊医生、患者、家属或陪护参与,形成鼓励、指导、监督和保障机制。

家庭康复计划促进脑卒中偏瘫患者运动功能恢复的可能机制为脑的可塑性理论及大脑功能重组理论<sup>[12-15]</sup>。在一般情况下,患者进行的训练越多,功能重组就越容易实现,而适宜的训练环境可以刺激功能重组<sup>[16]</sup>。另一方面,患者积极主动的参与可通过“时空总和”机制,促进神经再通,促进神经功能的恢复<sup>[17]</sup>。

## [参考文献]

[1]王维治. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:126—156.  
[2]王俊华,李群英,赖芳玲,等. 躯干强化训练对脑卒中偏瘫患者运动功能的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志,2004,26:540—542.  
[3]王俊华. 脑卒中偏瘫患者自我强化 PT 训练对下肢运动功能的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志,2003,25:435—436.  
[4]冉春凤,段小贝,黄兴国,等. 早期康复训练对脑卒中患者偏瘫肢体功能恢复的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志,2004,26:610—612.  
[5]谭娟,邓景贵,周文胜. 综合康复治疗对脑卒中患者运动功能障碍的疗效[J]. 中国康复理论与实践,2005,11(8):607—608.  
[6]吴春容. 论社区康复模式研究及其意义[J]. 中国康复理论与实践,2001,7(1):33.  
[7]中华神经学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,29:379—380.  
[8]王玉龙. 康复评定[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:181—184,292—293.  
[9]王振升,孙英华,王莉,等. 家庭康复治疗对脑卒中偏瘫的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志,2003,25:116—117.  
[10]于洋,刘桂芝,王适宜. 家庭康复对脑卒中患者运动功能的影响[J]. 中国康复理论与实践,2004,10(8):488—489.  
[11]林秋兰,张长杰,冯南尧. 出院康复指导对脑卒中患者日常生活活动能力恢复的影响[J]. 中国康复理论与实践,2004,10(11):702—703.  
[12]Bach Y, Rita P. Brain plasticity as a basis for the development of rehabilitation procedures for hemiplegia[J]. Scand J Rehabil Med, 1981,13:73—77.  
[13]Traversa R, Cicinelli P, Bassi A, et al. Mapping of motor cortical reorganization after stroke[J]. Stroke,1997,28:110—117.  
[14]Liepert J, Bauder H, Wolfgang HR, et al. Treatment-induced cortical reorganization after stroke in humans[J]. Stroke,2000,31:1210—1216.  
[15]黄敬,梅元武,童萋塘. 脑卒中后脑的可塑性及康复[J]. 中国康复,2004,19(1):50—52.  
[16]Carr JH, Shepherd RB 著. 黄永禧,徐本华 主译. 脑卒中患者的运动再学习方案[M]. 北京:北京医科大学出版社,1999:8—18.  
[17]Adler SS, Beckers D, Buck M 著. 刘钦刚 主译. 实用 PNF 治疗[M]. 昆明:云南科学技术出版社,2003:1—2.

(收稿日期:2006-03-21)