

人群,针对调查结果设计干预计划:① 创建以企业为平台,开展营养干预并提供营养环境支持,改善不合理膳食结构,提供健康营养餐的环境支持。② 以系列营养讲座、信息咨询及行为示范等方式进行知识及行为干预,提高营养知识水平,改变饮食行为。

#### 4 参考文献

- [1]《中国居民营养与健康现状》在京公布. 营养学报[J], 2004,26(6):417-420.
- [2] Pratt CA, Lemon SC, Fernandez ID, et al. Design characteristics of worksite environmental interventions for obesity prevention [J]. Obesity (Silver Spring), 2007,15(9):2171-2180.
- [3] Gladys Block, Torin Block, Patricia Wakimoto, et al. Demonstration of an E-mailed Worksite Nutrition Intervention Program[J]. Prev Chronic Dis, 2004,1(4):A06.
- [4] Luuk HE, Mireille NM van Poppel, Marijke CAP, et al. The effects of a controlled worksite environmental intervention on

determinants of dietary behavior and self-reported fruit, vegetable and fat intake[J]. BMC Public Health, 2006,6:253-263.

- [5] 中国营养学会. 中国居民膳食指南[M]. 拉萨:西藏人民出版社, 2008.
- [6] 李宏岩,李振华,王志诚. 阳泉市耐火材料企业工人膳食营养状况调查分析[J]. 山西医药杂志, 2007,36(3):218.
- [7] 高围激,刘弘,邹淑蓉,等. 上海市部分地区不同职业人群营养与健康状况分析[J]. 上海预防医学, 2007,19(9):444-448.
- [8] 卢士军,庞伟,杨红澎,等. 海上采油平台人员营养知识—态度—行为干预效果评价[J]. 职业与健康, 2010,26(21):2401-2403.
- [9] Promoting health diets and lifestyles, in ICN document: Nutrition and development a global assessment FAO and WHO [R]. Italy, 1992:95-981.

(收稿日期:2012-06-01)

文章编号:1004-9231(2012)12-0698-02

· 护理园地 ·

## 脑卒中偏瘫恢复期病人社区康复护理疗效分析

卞永芳<sup>1</sup>, 顾红伟<sup>2</sup>, 曹一鸣<sup>2</sup>(1. 上海市闵行区牙病防治所, 上海 201107;  
2. 上海市闵行区虹桥卫生服务中心, 上海 201103)

脑卒中是老年人的常见病、多发病。随着我国经济的高速发展,人们的生活水平逐渐提高,寿命延长,我国许多城市已步入老龄社会,脑卒中的发病率、患病率、死亡率、致残率、复发率均逐渐升高,分别为219/10万、719/10万、116/10万、80%、40%<sup>[1]</sup>。在临床治疗阶段或限于医疗条件,或限于对康复的认识,病人往往得不到早期康复治疗,导致脑卒中偏瘫病人的肢体功能不能恢复到实际可以达到的水平。为此,我们积极探讨社区康复治疗对脑卒中偏瘫恢复期病人提高肢体运动功能、恢复和日常生活活动能力(ADL)的影响。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

2010年7月—2011年6月,我们选择符合入选条件的社区脑卒中偏瘫病人79例,病人均符合1995

年全国第四届脑血管病学术会议通过的“脑血管病诊断标准”<sup>[2]</sup>,并经头颅CT或MRI检查证实。排除条件:①有明显的意识障碍、智力障碍,不配合治疗者;②伴有严重的心、肺、肾等器官器质性疾病。病例随机分为干预组43例,其中男性31例,女性12例,缺血性卒中35例,出血性卒中8例。年龄58~79岁,平均(69.4±4.54)岁。对照组36例,其中男性22例,女性14例;缺血性卒中29例,出血性卒中7例。年龄56~81岁,平均(65.9±10.5)岁;两组病人性别、年龄、病情及严重程度无明显差别。

#### 1.2 评定方法

采用ADL Barthel指数评定表进行评分;内容包括进食、洗澡、修饰(洗脸梳头、刷牙、刮脸)、穿衣、系带、控制大小便、上厕所、床椅转移、行走(平地45m)、上下楼梯。总分为100分,>60分者为良,即生活基本自理;40~59分者为中度功能障碍,生活需要帮助;<40分者为重度功能障碍,生活依赖明显;<20分者为完全残疾,生活完全依赖。评定时间分别

作者简介:卞永芳(1963—),女,主管护师。

在入组时、治疗 3 个月、治疗 6 个月后,分别评定 1 次,比较治疗前后的分值。

### 1.3 治疗方法

由康复小组对入组病人进行初期评估,通过评定了解病人存在的主要功能障碍和困难。根据初次评估的结果,对每一病人提出个体化康复目标和治疗训练计划,对病人以及病人家属进行基本技术培训,然后按计划进行康复训练。对治疗组的偏瘫恢复期病人,共实施 6 个月的康复训练,每周康复医师或社区护士上门服务,采用 Bobath 疗法为主的综合康复方法,1 次/周,45 min/次,平时由家属做辅助锻炼,保证康复训练的连续性。康复训练的主要内容包括起坐

训练、平衡训练、站立训练、步行训练、日常生活活动训练、物理康复疗法以及中医中药和针灸推拿治疗。对照组不予任何康复治疗。

### 1.4 统计学方法

资料收集完毕,采用 SPSS 13.0 软件对输入数据进行统计分析,采用  $t$  检验进行分析。

## 2 结果

两组病人治疗前、治疗 3 个月和治疗 6 个月后 ADL 得分情况比较见表 1。治疗组在治疗 6 个月之后与对照组比较,差异有统计学意义,  $P < 0.01$ 。

表 1 两组病人各阶段 ADL 得分

| 组别  | 阶段   | 总例数 | <20(分) |        | 20~39 分 |        | 40~60 分 |        | >60 分 |        |
|-----|------|-----|--------|--------|---------|--------|---------|--------|-------|--------|
|     |      |     | 例数     | 百分比(%) | 例数      | 百分比(%) | 例数      | 百分比(%) | 例数    | 百分比(%) |
| 治疗组 | 治疗前  | 43  | 15     | 34.88  | 14      | 32.56  | 10      | 23.26  | 4     | 9.30   |
|     | 3 个月 | 43  | 12     | 27.91  | 10      | 23.26  | 12      | 27.91  | 9     | 20.93  |
|     | 6 个月 | 43  | 3      | 6.98   | 4       | 9.30   | 13      | 30.23  | 23    | 53.49  |
| 对照组 | 治疗前  | 36  | 8      | 22.22  | 14      | 38.89  | 9       | 25.00  | 5     | 13.89  |
|     | 3 个月 | 36  | 10     | 27.78  | 9       | 25.00  | 9       | 25.00  | 8     | 22.22  |
|     | 6 个月 | 36  | 4      | 11.11  | 9       | 25.00  | 14      | 38.89  | 9     | 25.00  |

## 3 讨论

由于医疗体制及经济原因,我国社区中大量存在着没有接受过正规康复治疗的脑卒中后偏瘫病人,有些病人虽然经过综合医院的短期康复治疗,但仍留有明显的功能障碍,生活不能自理,大部分时间都是以不正确的姿势躺在床上,错过最有利的康复时机。病人大多存在悲观、焦虑心理。所以偏瘫病人迫切需要通过社区康复提高功能水平,改善日常生活活动能力,提高生活质量。为此我们选择了一些病人,研究对脑卒中偏瘫恢复期病人进行社区康复的可行性和有效性。

本组资料显示,入组治疗 3 个月后两组 ADL 得分无明显差异,6 个月后治疗组 ADL 评分提高 35.6 分。提示规范化的社区康复对病人的运动功能和 ADL 能力的提高有较大帮助。在治疗中通过正确的肢体摆放、关节肌肉的本体刺激、抑制异常的屈曲模式,使肌张力趋于正常,促进了病人肩关节运动和肩、手功能的恢复。对病人进行的站立平衡和下肢的运动控制训练,分离与抗阻运动训练,对防治膝过伸,提高下肢的运动和步行能力起到了积极的作用。

通过家庭 ADL 训练,能够使病人较早地进行自我护理,减少对别人的依赖,重建病人的自尊心与自我独立能力,恢复生活的信心。并减少因长期卧床而产生的压疮、肺部感染等并发症,减轻护理人员的工

作强度,真正使病人回归家庭,回归社会。

老年脑卒中的康复是个长期过程,有学者提出:国内目前处于后遗症期的病人大多没有经过早期正确的康复治疗。因此在我国所谓“后遗症”病人,仍然可能从康复训练中受益。也有人认为,脑卒中病人的功能恢复可持续到形成固定损害之后 5 年以上<sup>[3]</sup>。

治疗组病例中直到 6 个月才显示疗效。所以出院后康复医师定期上门服务,对病人家属及陪护人员进行相关技术指导和培训,也是康复治疗中重要一环。所以在整个康复训练中,应充分发挥家庭内外资源的积极性,促使社区、家庭成员参与脑卒中病人的整个康复训练过程,使脑卒中病人得到社区、家庭心理支持和鼓励,并减少负面影响,更好地发挥脑卒中病人康复的潜在能力,使之取得良好的疗效。

## 4 参考文献

- [1] 张敬,刘世文,李贞兰,等.我国脑卒中社区康复的探讨[J].中国康复医学杂志,2006,21(10):946-949.
- [2] 全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29:379-380.
- [3] 侯晓敏,韦向军.恢复期脑血管病的家庭治疗及护理体会[J].苏州医学院学报,2000,(8):776-777.

(收稿日期:2012-05-06)