

·社区康复·

北京市肢体残疾患者居家康复效果及影响因素分析

熊妮娜¹ 邵翠霞¹ 刘洋¹ 耿啸¹ 穆歌¹ 王韩¹ 李闻¹ 陈耀红¹

2017年国务院出台的《残疾预防和残疾人康复条例》中指示:“应当建立和完善以社区康复为基础、康复机构为骨干、残疾人家庭为依托的残疾人康复服务体系,以实用、易行、受益广的康复内容为重点,为残疾人提供综合性的康复服务”^[1]。从而明确指出了社区康复和居家康复的重要性。居家康复,就是在家庭的环境中得到康复服务^[2]。居家康复是社区康复的重要内容,也是帮助重度残疾患者享受优质、便捷康复服务最直接有效的手段。适合在社区及家庭进行康复的,主要是情况相对稳定的多重残疾患者、重度肢体残疾患者、体弱卧床者和老年患者^[3]。为推进北京市肢体残疾患者的居家康复工作,保证重度残疾患者平等享受康复服务,探索残疾患者居家康复模式,同时了解居家康复的效果及相关影响因素,我们开展了此次肢体残疾患者居家康复项目。

1 资料与方法

1.1 研究对象

北京市各区有运动功能训练、生活自理能力训练、康复护理服务需求的持证肢体残疾患者,共招募到1430名肢残患者,完成了整个项目且被收集到完整资料的肢残患者1393名。

1.2 研究方法

采用政府购买服务的方式,为肢体残疾患者提供居家康复项目,包括:康复训练指导、康复护理及亲友康复培训。康复训练由具备执业资格的康复医生、康复技师入户为肢残患者提供功能评估和康复训练指导服务;康复护理由具有执业资格的护理员上门为肢残患者提供肢体摆放、翻身、移位、饮食、洗漱及排泄护理等服务;亲友康复培训是对肢残者亲友进行康复训练、康复护理等方面的指导培训,帮助肢残者亲友掌握居家康复知识和实践操作技能。由康复医生根据患者的具体情况,来决定提供这三种服务的种类。项目服务周期为3个月,每位患者获得不少于12次的上门服务。项目开始和结束时由康复医生通过直接观察法和间接评定法对患者进行日常生活活动(activity of daily living, ADL)能力的评定。

ADL量表包括10项检查内容,并有0分、5分、10分和15分4种不同的积分标准,总分为0—100分,0分表示ADL完

全依赖,100分表示ADL正常,40分以下者有ADL功能重度损害,41—60分者有ADL功能中度损害,61分以上者有ADL功能轻度损害。

1.3 质量控制

项目开始前我们以培训班的形式,分两批对项目承办方和区县进行了业务培训,重点对档案填写和项目区县职责进行了说明。为确保项目质量,整个项目实施过程中,将采用两级质量控制方式进行。①区县评估。项目区县要定期(以月为单位)、按照任务数的20%的比率,采用电话访谈或个案随访等多种方式进行抽查,了解康复服务对象和亲友满意度状况,以及服务建档等情况。服务对象满意度应高于85%、建档率应达到100%,并将《肢体残疾人居家康复服务项目质量监督单》及时反馈给市残疾人康复服务指导中心。②市级评估。市残疾人康复服务指导中心要组织专家成立评估小组,并按比例进行项目抽查评估。本项目有详细的安全预案。

1.4 统计学分析

用EPI data3.1建立数据库,用SPSS13.0进行数据分析。主要使用的统计方法有:两样本配对 t 检验、Logistic回归分析等。

2 结果

2.1 基本情况

本项目共为1393例肢残患者提供了居家康复服务,其中男性892例,占64.0%;女性501例,占36.0%。年龄:11—30岁41例,占2.9%;31—50岁211例,占15.1%;51—70岁968例,占69.5%;71—86岁173例,占12.4%。

1393例肢残患者中,生活完全自理192例,占13.8%;生活部分自理956例,占68.6%;生活不能自理245例,占17.6%。正就业101例,7.3%;未就业550例,39.5%;退休742例,53.3%。

病程平均(15.79±17.47)年,病程0—10年833例,59.8%;11—20年243例,17.4%;21—30年86例,6.2%;31—50年107例,7.7%;51—84年124例,占8.9%。

2.2 肢体残疾患者的致残原因和主要症状

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2019.06.020

1 北京市残疾人康复服务指导中心,北京市丰台区丰台南路91号院1号楼,100028

作者简介:熊妮娜,女,主治医师;收稿日期:2018-03-26

本研究中的肢体残疾人的致残原因主要有:脑梗死或脑出血后遗症(52.7%)、脊髓灰质炎后遗症(9.0%)、骨关节病变(5.1%)、肢体外伤术后(5.0%)、脊柱病变(4.7%)等。

本研究中的肢体残疾人的主要症状主要有:左侧偏瘫(20.9%)、右侧偏瘫(20.1%)、下肢运动功能障碍(12.3%)、双侧肢体运动功能障碍(9.8%)、肌力异常(6.0%)等。

2.3 居家康复项目前后ADL评定结果的比较

将本项目中的肢残患者按性别分组后,发现男性组和女性组的ADL在接受居家康复项目后均有所进步($P<0.05$),见表1。将本项目中的肢残患者按年龄分组后,发现各年龄组的ADL在接受居家康复项目后均有所进步($P<0.05$),见表2。

患者接受居家康复项目后的ADL评分高于接受项目前的ADL评分,且算为康复有效。

经 χ^2 检验,不同性别组之间的居家康复有效率无显著性差异($P>0.05$),见表3。不同年龄组之间的居家康复有效率无显著性差异($P>0.05$),见表4。

2.4 居家康复效果的影响因素分析

以居家康复效果为因变量(项目后ADL得分减去项目前ADL得分,结果 ≤ 0 为0,结果 > 0 为1),以性别(男,1,女,2)、年龄(11—86岁)、自理能力(完全自理,1,部分自理,2,不能自理,3)、病程(0—84年)为自变量,进行Logistic回归分析。分析显示自理能力、病程为居家康复效果的影响因素。即部分自理的患者居家康复效果好于完全自理的患者($OR=23.373, P=0.000$),不能自理的患者居家康复效果好于完全自理的患者($OR=7.094, P=0.008$),病程较短的患者居家康复效果好于病程较长的患者($OR=38.376, P=0.000$)。见表5。

3 讨论

本项目中,81.9%肢残患者年龄 ≥ 50 岁,86.2%肢残患者生活部分自理或不能自理,提示参加本项目的肢残患者年龄偏老年、残疾程度较重,是居家康复的适合患者群。

表1 男、女组肢体残疾患者在居家康复项目前后ADL的比较 ($\bar{x}\pm s$)

性别	例数	项目前	项目后	<i>t</i>	<i>P</i>
男	892	61.88±27.165	66.77±27.027	-17.627	0.000
女	501	65.76±28.123	70.14±27.461	-14.809	0.000

*两样本配对*t*检验

表2 各年龄组肢体残疾患者在居家康复项目前后ADL的比较 ($\bar{x}\pm s$)

年龄(岁)	例数	项目前	项目后	<i>t</i>	<i>P</i>
11—30	41	49.05±29.658	52.32±29.856	-4.807	0.000
31—50	211	68.82±26.100	74.46±25.223	-9.440	0.000
51—70	968	64.81±26.760	69.39±26.298	-18.524	0.000
71—86	173	51.33±29.064	55.87±29.261	-8.385	0.000
合计	1393	63.28±27.566	67.98±27.222	-22.727	0.000

*两样本配对*t*检验

表3 男、女组之间居家康复有效率的比较

性别	无效		有效		合计		χ^2	<i>P</i>
	例	%	例	%	例	%		
男	378	42.4	514	57.6	892	100.0	0.169	0.681
女	218	43.5	283	56.5	501	100.0		

表4 各年龄组之间居家康复有效率的比较

年龄(岁)	无效		有效		合计		χ^2	<i>P</i>
	例	%	例	%	例	%		
11—30	22	53.7	19	46.3	41	100.0	6.451	0.092
31—50	80	37.9	131	62.1	211	100.0		
51—70	410	42.4	558	57.6	968	100.0		
71—86	84	48.6	89	51.4	173	100.0		

表5 居家康复效果的影响因素分析

变量	B	S.E.	χ^2	<i>P</i>	OR	95% C.I.
性别	0.088	0.118	0.563	0.453	1.092	0.868—1.375
年龄	-0.002	0.005	0.115	0.734	0.998	0.989—1.008
完全自理			24.225	0.000		
部分自理	0.795	0.164	23.373	0.000	2.215	1.605—3.057
不能自理	0.531	0.199	7.094	0.008	1.700	1.151—2.513
病程	-0.020	0.003	38.376	0.000	0.980	0.974—0.986
Constant	-0.050	0.348	0.020	0.887	0.952	

结果显示,居家康复可以帮助不同性别组、不同年龄组肢体残疾患者显著提高日常生活活动能力,这与其他许多文献报道一致:居家康复不仅可以明显提高患者的ADL^[3],而且居家康复组在提高患者ADL能力和QOL(生存质量)方面明显优于门诊康复组^[4]。居家康复护理模式,可明显提高脑卒中患者生活自理能力,改善患者生存质量^[5-6]。采用“四位一体”(社区康复团队提供康复技术学习资料,培训街道助残员、肢残者及家属,同时提供社区康复团队指导和街道助残员辅导)的康复组日常生活活动能力(Barthel指数)改善明显高于对照组^[7]。

分析显示,部分自理和不能自理的肢残患者居家康复效果好于完全自理的患者,提示部分自理或不能自理并非居家康复效果的不利因素,相反,部分自理和不能自理的肢残患者在日常生活能力方面有更大的进步空间。病程较短的肢残患者居家康复效果好于病程较长的肢残患者,提示早期居家康复的重要性,这与杨晴钊^[8]和林洁^[9]等的研究结论一致,所以患者应抓紧时间进行康复,不要让病程的延长影响了康复效果。

居家康复是政府主动采取行动,出资金组织团队,让最难以获取康复资源的残疾患者群获得康复服务。目前有关居家康复的需求很多:李茂清等^[10]对广东350名老年残疾患者进行调查,发现他们对家庭和社区康复的赞同度达80%以上。裘凤黔^[11]对124名脑卒中患者进行入户问卷调查,结果发现98.30%患者表明需要社区医生上门进行康复指导,多数家庭在环境设施改造上做得不够。陈东骥等^[12]对某城区

131例肢体残疾患者调查分析显示,超过85.7%残疾儿童和81.7%残疾成年患者都认为家庭康复很重要。曾莉等^[13]对上海市277名老年患者家庭照顾者进行调查,结果绝大多数照顾者对居家康复护理服务持肯定态度。同时,居家康复作为一项惠及残疾患者的新兴事业,也存在许多需要完善的地方,譬如加强相关知识的宣教工作,让残疾患者从被动等待或延误康复时机转变到主动寻求康复服务^[14],增加康复服务资源,提高居家康复团队的专业水平,制定相关质量控制标准等。

参考文献

- [1] 国务院. 残疾预防和残疾人康复条例. 中华患者民共和国国务院令 第675号, 中国政府网.
- [2] 许晓鸣. 居家康复应当怎么做[J]. 中国残疾人, 2015, (3):34.
- [3] 杜凤珍, 邓明, 侯莹, 等. 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.
- [4] 郝小波, 王旭, 郑兰娥, 等. 居家康复对脑卒中患者生存质量的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2016, 31(4): 469—470.
- [5] 蒋芙蓉. 家庭康复护理模式对脑卒中偏瘫患者肢体功能及自理能力的影响[J]. 湘南学院学报(医学版), 2015, 17(2): 65—67.
- [6] 范寒院, 李浅峰, 周梅君. 居家康复护理对脑卒中后遗症患者生存质量的影响[J]. 护理实践与研究, 2017, 14(6): 53—54.
- [7] 吴彩华, 徐敏, 胡俊峰, 等. 社区“四位一体”连续性康复改善肢体残疾者生活能力的研究[J]. 上海医药, 2014, 35(12): 61—63.
- [8] 杨晴钊, 钱燕玲. 早期居家康复护理对脑性瘫痪患儿预后的影响[J]. 护理学杂志, 2009, 24 (11):75—76.
- [9] 林洁. 早期居家康复护理对脑卒中偏瘫患者的影响[J]. 海南医学, 2010,21(18):148—154.
- [10] 李茂清, 彭汉杰, 徐碧红, 等. 广东茂名市残疾老年人居家康复的影响因素[J]. 中国康复理论与实践,2014,20(5):489—494.
- [11] 裘凤黔. 社区脑卒中患者康复现状和指导需求调查分析[J]. 中国初级卫生保健, 2014, 28(11):31—32.
- [12] 陈东骥, 曾庆奇, 杨娟元, 等. 某北方城区肢体残疾人家庭康复需求调查[J]. 中国健康教育, 2014, 30(4): 329—331.
- [13] 曾莉, 张曙映, 周兰妹. 上海277名老年家庭照顾者居家康复护理支付意愿及影响因素研究[J]. 护理学报, 2013, 20 (2A): 24—27.
- [14] 刘宝松, 裴翌, 郭咏军, 等. 上海市成年肢体残疾人整体康复需求实现程度及相关因素分析[J]. 中国康复理论与实践, 2017, 23(8): 883—886.

·短篇论著·

异己手综合征的康复治疗策略

高修明¹ 康 硕¹ 江水华¹ 项 洁^{1,2}

异己手综合征(alien hand syndmme,AHS)是中枢神经系统损伤导致的复杂的临床症候群,以患手不受患者意愿支配,或误把患肢当作外人肢体,可观察到非意愿性肢体活动为主要特征,常伴有运动障碍、失用症、失认症、言语障碍等问题,其临床表现复杂多样,神经生理机制仍不明确^[1-2],常给患者带来严重的手功能、心理和社会问题,临床治疗较为棘手^[3]。目前AHS治疗尚无相关推荐和指南,已有的临床实践显示,药物对于AHS的治疗效果一般,而康复治疗因其针对性强、治疗手段多样、疗效确切,逐渐在临床上受到越来越多的重视。而目前关于具体AHS康复治疗策略的临床研究国内外少见文献报道^[4],本文首次依据AHS分型给予不同康复治疗策略,初步探索其在AHS治疗中的作用,以期为临床康复治疗提供新的理论依据,现将结果报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2015年7月—2017年7月于徐州医科大学附属医院康复科确诊的8例AHS患者,其中男6例,女2例,年龄 61.4 ± 14.1 岁。所有患者急性或亚急性起病,均为右利手。所有患者符合下列一项或多项AHS的诊断标准:①动作的目的性障碍(purposefulness of movements),如手部自发动作(autonomous behavior of hand)、反常手(anarchic hand)、排斥失用;②双手动作的协调障碍(coordination disturbances in bimanual behavior),如竞争性失用(agonistic dyspraxia)、双手对抗动作(diagonistic behavior)或手间冲突(intermanual conflict);③主体对受累肢体的主观反应(subjective reactions of the affected subject toward this limb),如奇异手(stranger's hand)或半球间自责(interhemispheric autocriticism)。

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2019.06.021

1 徐州医科大学附属医院康复医学科,徐州医科大学医学院,221000; 2 通讯作者

作者简介:高修明,男,副主任医生,讲师; 收稿日期:2017-11-28