

工娱疗法对脑卒中患者社会功能的影响

杨霄月 张啸蓉

(南京中医药大学附属淮安中医院 江苏淮安 223001)

摘要:目的:探讨工娱疗法对脑卒中偏瘫患者社会功能恢复的影响。方法:选取(60)例脑卒中偏瘫患者,按照随机数字表法将其分为常规治疗组和常规治疗与工娱疗法联合治疗组,每组(30)例。各组患者均接受康复科常规治疗及护理,待生命体征稳定后给予康复治疗,常规治疗采用基本物理治疗、作业治疗、言语治疗。联合治疗组采用常规治疗与工娱疗法进行治疗。治疗前、治疗8周后(治疗后),采用功能综合评定量表(FCA)、严重障碍量表(SIB)对各组患者社会功能进行评定。结果:经8周治疗后,发现常规治疗组与联合功能综合评定量表(FCA)评分分别为躯体功能(44.03±12.48)分、(46.27±12.88)分;社会认知(8.17±2.58)分、(9.97±2.73)分,严重障碍量表(SIB)分别为(55.47±12.33)分。均较治疗前后有明显改善(P<0.05),并且上述指标均以常规治疗组患者改善幅度较显著,与对照组间差距均具有统计学意义(P<0.05)。结论:工娱疗法能在一定程度上改善患者社会功能。

关键词:脑卒中;工娱疗法;社会功能

工娱疗法是指有组织的安排患者参加某些工作、劳动、娱乐和体育活动等,改变患者的认知、调节情绪、增强体质、建立信心、以促进病情恢复,提高社会交往和适应环境的能力,从而防治长期住院或在家休养形成的退缩懒散及不能完成正常社会交往等问题^[1]。脑血管病以高发病率、高致残率、高致死率、高复发率著称。《中国脑卒中防治报告(2016)》数据显示,我国卒中患病率由1993年的0.40%上升到2013年的1.23%患病率持续增加。《2015年鉴》显示,2014年中国脑卒中住院总费用:颅内出血和脑梗死分别为207.07亿元和470.35亿元,消除物价因素,自2004年起年均增长速度分别为18.90%和24.96%^[2]。给家庭及社会造成了较大的负担。临床上已对卒中患者的躯体运动、社会功能有相关治疗方法,其中工娱疗法是近年来多运用于精神方面治疗^[3]。本研究将探讨工娱疗法在脑卒中患者治疗中的应用效果,为脑卒中患者社会功能康复治疗方案提供初步理论依据。

观察对象与方法

1.研究对象

选择2017年1月至2018年5月在淮安市中医院康复科住院治疗的脑卒中患者(60)例。

入选标准:①符合1995年全国第4届脑血管病学术会议制定的脑卒中诊断标准^[4],且均经CT或MRI诊断为单纯运动皮质区受损;②参与竞技类活动年龄<70岁③坐位平衡达到Ⅱ级④蒙特利尔认知量表(MoCA)^[5]符合各教育层次评分标准⑤患者度过否认期,进入抑郁期、反对独立期、适应期⑥病程超过6个月⑦本研究经医院伦理委员会批准实施,患者及家属签署知情同意书

排除标准:①视、听功能严重减退②严重心、肺、肾功能不全者③既往精神疾病,严重认知功能障碍不配合者④随机分组,各组(30)例各组患者性别、平均年龄、病程、卒中类型、偏瘫侧等一般资料比较,差异无统计学意义(P>0.05)

组别	例数	性别(例)		平均年龄 (d, $\bar{x} \pm s$)	脑卒中类型 (例)		偏瘫侧别 (例)	
		男	女		脑梗死	脑出血	左侧	右侧
常规治疗组	30	16	14	(55.3±5.62)	18	12	16	14
联合治疗组	30	19	11	(55.2±6.29)	20	10	15	15

2.治疗方法

常规组康复训练:根据患者的运动功能情况,选择以本体神经肌肉促进疗法(PNF)^[7]、神经发育疗法(Bobath)^[8]、多种皮肤感觉刺激技术(Rood)^[9]为主的运动功能训练,如物理治疗(运动疗法:良肢位摆放、肌力训练、平衡训练、转移训练、步行训练,理疗等)、作业治疗、言语治疗。上述治疗每日各1次且运动治疗每次40分钟,每周6次,持续训练8周。

联合训练组:常规组康复训练以及工娱疗法综合训练。常规治疗后,每天20分钟运用工娱疗法中的项目对患者进行训练,每周6次,持续8周。

音乐疗法:采用患者熟悉喜欢的乐曲,在治疗时配合使用。在进行常规治疗时使用缓和的乐曲,在进行运动治疗和作业治疗时播放欢快、节奏感强的乐曲。在治疗时使用,注意不同治疗时乐曲的选择^[10]。

日常生活情景模拟:选取日常生活、交往情景例如:真实穿脱衣物顺序、如厕、洗漱、购买生活用品的交流、乘坐交通工具、工作环境模拟等。在每日的运动治疗和作业治疗时训练,尽量简洁,但步骤不可缺少和颠倒且要与当下日常生活规律符合。使患者能够在出院之后最快的融入社会生活。

棋牌类治疗:将会棋牌类的患者集合,进行棋牌大战。例如麻将、扑克牌、象棋、围棋等。使得部分不愿交流和情绪低落的患者能够在棋牌类训练中打开心扉,进行交流。对患者的记忆、注意力、思维进行了训练。通过趣味性游戏上提患者情绪,为积极治疗提供条件。

电影、阅读刺激疗法:组织观看暖心电影、书籍阅读大会。不仅愉悦心情还增长知识,也调动了患者参加集体活动的积极性,增强自信心。对患者情绪上进行刺激。

评定方法

治疗前、治疗8周后(治疗后)由同一康复治疗师对患者进行社会功能评定且由康复治疗小组进行监督。且测评者不参与治疗。

功能综合评定量表(FCA)^[11]评分标准:主要包括两大类:躯体功能:(1.自我照料:进食、穿衣、梳洗、沐浴、上厕所;2.括约肌功能;3.转移;4.行走)。社会认知类:(1.交流:视听理解、语言表达;2.社会认知:社会交往、解决问题能力、记忆)。共分为18个小项。评分标准为每个项目最高评分6分,最低评分1分,总分108分。6分表示患者能完全独立完成项目,不需要帮助;5分能独立完成,不需帮助,但需要借助一定器械,或仅需监护、提示、哄劝等不接触身体的帮助;4分需要较少的帮助;3分需要中等程度的帮助;2分需要最大程度的帮助;1分完全依赖帮助或无法进行测试。

严重障碍量表(SIB)^[12]评分标准:共三个版本,此处为简易版。包括注意力、定向力、言语、记忆力、视空间觉、视构造觉和详细的行为能力评估。总分0-100分。0分最差,分数越差越严重。

结果

治疗前后2组患者功能综合评定量表(FCA)、严重障碍量表(SIB)评分结果详见表2,表中数据显示,治疗前2组患者上述评分指标分组间差异均无统计学意义(P>0.05),经治疗后上述指标均较治疗前明显改善(P<0.05),差异具有统计学意义。

组别	例数	FCA 功能综合评定 (躯体功能)		FCA 功能综合评定 (社会认知)		SIB 严重障碍量表	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规治疗组	30	(23.07±9.58)	(44.03±12.48)	(6.37±2.72)	(8.17±2.58)	(39.50±16.50)	(48.00±13.13)
联合治疗组	30	(22.53±7.41)	(46.27±12.88)	(7.97±3.10)	(9.97±2.73)	(40.23±16.26)	(55.47±12.33)

(下转第37页)

(上接第 35 页)

讨论

1993~2013 年期间,我国脑血管病患病率整体呈上升趋势,2013 年的第五次调查显示,脑卒中现患病总人数为 1300 万,脑卒中给中国造成的经济负担每年高达 400 亿元。躯体运动功能和心理功能障碍造成患者的社会功能障碍,以至于不能回归家庭与社会。

工娱疗法通过多种多样的治疗方式作用于脑卒中患者以及其他人群,主要有音乐治疗、团体活动、棋牌类、球类等。防止脑卒中患者因康复病程较长,且不予社会接触,当出院后不能适应社会,造成康复学习的技能逐渐退化。

工娱疗法提高脑卒中患者社会功能的可能机制:①治疗方式具有趣味性,大大提高积极性②将社会交往中较常见的情景进行模拟,使患者在出院后的社会生活中也能轻易应对③了解患者生病前的习惯和爱好,在治疗中运用。刺激大脑深部中的肌肉记忆,提高动作完成的可能性④工娱疗法中多使用小组模式增多患者的交流,使得治疗时情绪得到提高,为今后的社会交流打好基础

工娱疗法可提高脑卒中患者的社会功能,但本研究样本量较小且干预时间相对不够充分,目前还有待进一步大样本的长期干预研究。

参考文献:

[1]卞剑云,蒋洪霞.工娱疗法对老年卧床患者负性情绪及认知功能的影响[J].中华现代护理杂志,2016,(33):4806-4809

[2]王陇德,王金环,彭斌.《脑卒中防治报告 2016》概要[J].中国脑血管病杂志,2017,14(4):217-224

[3]白云.工娱疗法对恢复期慢性精神分裂症患者社会功能影响观察分析[J].淮海医药,2009,03(27):169-170

[4]中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380

[5]郭艳,蒋超.MoCA 和 MMSE 量表在脑血管病性认知障碍中的应用比较[J].中国老年学杂志,2014,34(04):897-898

[6]姚树桥,杨艳杰.医学心理学(第六版).[M]北京:人民卫生出版社,2013

[7]Susan Adler, Dominiek Beckers, Math Buck.实用 PNF 治疗第 4 版[M].北京:华夏出版社,2013

[8]古泽正道.李建军,新 Bobath 治疗.[M]北京:人民军医出版社,2013

[9]秦达,刘绿敏,冉萍.运用 Rood 疗法对早期脑卒中患者运动功能恢复的临床研究[J].2008,5(10):55-56

[10]丛壮,郝春艳,石素宁.运动想象疗法结合音乐治疗对脑卒中偏瘫患者上肢功能恢复的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2015,03(3):196-198

[11]胡永善,吴毅,范文可.FCA 量表与 FIM 量表的比较研究[J].中国康复医学杂志,2004,19(3):228-229

[12]李超,伍力,伍星.中文版严重损害量表评估老年痴呆患者认知损害程度的信效度[J].中国心理卫生杂志,2013,(4):273-278