

者的心理应激,提高患者社会功能,因不当行为和情绪造成的不良后果显著减少,社会适应能力和生活能力均得以提高。

综上所述,情绪管理治疗应用于慢性精神分裂症患者,可促进患者日常生活能力和社会功能改善。

[参考文献]

(1) 陈慧,胡华.精神分裂症患者心理弹性研究进展(J).检验医学与临床,2019,16(2):264-266.

(2) 刘秋丽,李珍珍.ABC情绪管理训练在女性精神分裂症患者康复期的应用效果观察(J).河南医学研究,2018,27(18):3441-3442.

(3) 美国精神医学学会,著.张道龙,译.精神障碍诊断与统计手册(M).北京:北京大学出版社,2016.

(4) 菊轩,胡希文,陈松,等.脑电生物反馈联合拉莫三嗪治

疗慢性精神分裂症伴迟发性运动障碍患者的临床疗效分析(J).中国现代医学杂志,2021,31(8):89-92.

(5) 王玉.ABC情绪管理训练对慢性精神分裂症患者社会功能的影响研究(D).石家庄:河北医科大学,2015.

(6) 邵志梅,李素琴.恢复期精神分裂症患者ABC情绪管理疗法对社会功能的影响(J).护理实践与研究,2017,14(10):137-138.

(7) 吕奔.康复期精神分裂症患者焦虑抑郁情绪护理干预效果观察(J).中国医药指南,2021,19(11):191-192.

(8) 李沙娟.情绪管理训练联合常规护理对精神分裂症患者精神症状、认知功能的影响(J).中外医学研究,2020,18(3):115-118.

(9) 刘涛.支持性心理联合康复训练对慢性精神分裂症患者的影响(J).国际护理学杂志,2020,39(19):3530-3532.

[文章编号] 1007-0893(2021)22-0009-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.22.004

“体医融合”新模式应用在脑卒中恢复期患者中的临床效果

李玲 赵盛惠 李静 王叶 李淋*

(重庆市沙坪坝区陈家桥医院,重庆 401331)

[摘要] **目的:**研究在脑卒中恢复期患者中开展医院-社区-家庭“体医融合”新模式,从而提高患者的日常生活活动能力的可行性。**方法:**选取2018年6月至2019年12月重庆市沙坪坝区陈家桥医院收治的100例脑卒中恢复期患者,随机分为两组,每组各50例,对照组自行锻炼;观察组实施“体医融合”新模式,由康复治疗师和中医师根据患者自身情况制定个性化运动处方及健康教育处方,通过改良Barthel指数评分对两组患者治疗前后日常生活活动能力进行观察评估,并比较两组患者临床疗效。**结果:**观察组患者临床总有效率为84.00%,明显高于对照组的32.00%,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前,两组患者Barthel指数评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,观察组患者Barthel指数评分明显高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患者并发症发生率为14.00%,明显低于对照组的38.00%,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**医院-社区-家庭“体医融合”新模式应用于脑卒中恢复期患者,临床效果显著。

[关键词] 脑卒中;体医融合;个性化指导;运动处方

[中图分类号] R 743.3 [文献标识码] B

The Clinical Study of the New Model of "Integration of Physical and Medical" in 100 Stroke Patients in the Recovery Period

LI Ling, ZHAO Sheng-hui, LI Jing, WANG Ye, LI Lin*

(Chenjiaqiao Hospital of Shapingba District, Chongqing, Chongqing 401331)

[Abstract] **Objective** To study the feasibility of developing a new model of hospital-community-family "physical and medical integration" for patients in the convalescent stage of stroke, so as to improve the ability of daily living activities (ADL) of patients. **Methods** A total of 100 patients with cerebral apoplexy in convalescent stage admitted to Chenjiaqiao Hospital

[收稿日期] 2021-09-05

[基金项目] 重庆市沙坪坝区决策咨询与管理创新项目资助课题(Jcd201915)

[作者简介] 李玲,女,初级康复治疗师,主要从事神经康复方面的临床和研究工作。

[*通信作者] 李淋(E-mail: 1035767362@qq.com; Tel: 13883586223)

of Shapingba District, Chongqing from June 2018 to December 2019 were randomly divided into two groups with 50 patients in each group. The control group exercised by themselves; in the observation group, personalized exercise prescription and health education prescription were formulated by rehabilitation therapists and traditional Chinese medicine physicians according to the patients' own conditions. The ADL of the two groups of patients before and after treatment was observed and evaluated by modified Barthel index score. And the clinical effects of the two groups of patients were compared. **Results** The total effective rate of the observation group was 84.00%, which was significantly higher than 32.00% in the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Before treatment, there was no significant difference in improved Barthel index score between the two groups ($P > 0.05$). After treatment, the Barthel index score in the observation group was significantly higher than that of the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The incidence of complications in the observation group was 14.00%, which was significantly lower than 38.00% in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The new model of hospital-community-family "physical and medical integration" is applied to patients in the convalescent stage of stroke, and the clinical effect is remarkable.

(Key Words) Stroke; Physical and medical integration; Personalized guidance; Exercise prescription

脑卒中又名中风, 是严重危害我国国民健康的重大慢性非传染性疾病, 是我国成人致死、致残的首位病因, 具有高发生率、高死亡率、高致残率、高复发率、高经济负担等特点^[1-2]。本研究旨在对脑卒中恢复期患者进行合理的院内、社区及家庭内的康复指导, 针对不同阶段给出具有个性化的运动及健康教育处方, 从而探讨“体医融合”新模式对减少并发症, 提升患者日常生活能力, 回归家庭及社会的可行性及有效性。对此, 笔者分析了脑卒中恢复期患者进行科学健康运动的预后情况, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 6 月至 2019 年 12 月本院收治的 100 例脑卒中恢复期患者, 参照《中国脑血管病防治指南(节选)》^[3], 随机分为两组, 每组各 50 例, 观察组男 27 例, 女 23 例; 年龄 48~85 岁, 平均年龄(65.24±10.14)岁, 病程 3~22 周, 平均病程(7.52±6.64)周; 对照组男 29 例, 女 21 例; 年龄 35~85 岁, 平均年龄(66.16±10.39)岁, 病程 3~22 周, 平均病程(6.56±4.76)周。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: (1) 均经电子计算机断层扫描(computed tomography, CT)或磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)确诊, 符合脑卒中诊断标准^[3], 且患者处于脑卒中恢复期(发病 3 周及以后); (2) 生命体征及基础疾病平稳, 依从性良好; (3) 患者存在肢体功能障碍、语言障碍、情绪障碍、睡眠质量不佳。(4) 患者知情同意并参与本研究。**排除标准:** (1) 患者处于昏迷状态, 合并中枢神经系统其他疾病; (2) 严重肝肾功能不全者、合并恶性肿瘤; (3) 病情不稳定者; (4) 伴有精神疾病者; (5) 过敏体质者; (6) 不愿意参与本研究的患者; (7) 严重的认知功能障碍。

1.2 方法

两组患者基础疾病用药遵专科医生医嘱执行。

1.2.1 对照组 患者入组后康复治疗师立即进行初次康

复评定, 之后回家进行自主运动锻炼, 锻炼 4 周后进行第 2 次康复评定, 之后回家继续自主运动锻炼, 再次自行锻炼 4 周后进行第 3 次康复评定。

1.2.2 观察组 实施“体医融合”新模式, 患者入组后康复治疗师立即进行初次康复评定, 针对患者情况, 制定个性化的康复运动处方, 并配合中医个性化健康教育指导^[4]。在本院康复医学科或医联体社区进行康复训练, 康复治疗师根据病情为患者制定个体化的运动处方^[5], 患者在院或出院后均可按照康复治疗师给予的运动处方进行锻炼。锻炼 4 周后进行第 2 次康复评定, 根据本次评定结果, 对康复运动处方进行调整并指导; 按照新处方再次锻炼 4 周后进行第 3 次康复评定。采取的康复运动处方主要包含, (1) 热身训练: 各个关节的主、被动活动, 10 min·次⁻¹, 每周 3~5 次。(2) 功能训练: ①根据患者的评定对患侧进行被动运动训练、在治疗师辅助下或借助滑板去重力训练, 利用哑铃、沙袋等作为阻力进行抗阻训练, 每个动作重复 10~15 次, 2~3 组·d⁻¹, 15 min·组⁻¹。②转移训练: 翻身训练、坐站转移训练、床椅转移等各种转移训练。2~3 组·d⁻¹, 10 min·组⁻¹。③平衡功能训练: 坐位平衡训练、站位平衡训练, 2~3 组·d⁻¹, 10 min·组⁻¹。④单腿站立、摆步训练、髋、膝关节控制训练、步态训练, 10 min·d⁻¹。(3) 团队活动, 结合患者的兴趣爱好、功能情况, 提供八段锦、散步、乒乓球训练、广场舞、棋牌游戏等各种训练, 以增强患者的整体运动能力, 锻炼时间为 5~10 min·d⁻¹(可根据患者的自身情况调整治疗时间)。

1.2.3 注意事项 (1) 运动量不宜过大, 循序渐进; (2) 高血压的患者, 在训练期间应监控患者的血压; (3) 运动过程中注意运动强度、频率, 避免运动损伤; (4) 预防肩关节半脱位、肩手综合征。

1.3 观察指标

(1) 日常生活活动能力比较, 采用改良 Barthel 指数评分评定, 两组患者治疗前后由同一康复治疗师进行评定, 评估内容包括饮食、穿衣、修饰、大小便、上厕所、平地走、

上下楼梯、床椅转移十个项目。入组后立即进行初次评定，之后第 4 周和第 8 周各复评 10 次，根据第 8 周即第 3 次评定的结果进行总结。改良 Barthel 指数评分总分为 0~100 分，得分越高，表示生活能力越强^[6]。（2）临床疗效。显效：改良 Barthel 指数评分首次评分至第 3 次评分跨越两个等级；有效：改良 Barthel 指数评分首次评分至第 3 次评分跨越一个等级；无效：改良 Barthel 指数评分首次评分至第 3 次评分无跨越等级或降级，总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。（3）并发症发生情况，主要观察有无肢体疼痛、肿胀、肩手综合征、步态异常、肌肉萎缩、肩关节半脱位等。

1.4 统计学方法

应用 SPSS 22.0 统计软件分析数据，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察组患者临床总有效率为 84.00%，明显高于对照组的 32.00%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 (n = 50, 例)

组别	显效	有效	无效	总有效 / n (%)
对照组	1	15	34	16(32.00)
观察组	23	19	8	42(84.00) ^a

与对照组比较，^a*P* < 0.05

2.2 两组患者治疗前后改良 Barthel 指数评分比较

治疗前，两组患者改良 Barthel 指数评分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后，观察组患者改良 Barthel 指数评分明显高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后改良 Barthel 指数评分比较

(n = 50, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗后
对照组	37.10 ± 2.78	41.70 ± 2.54
观察组	31.00 ± 1.46	68.90 ± 1.36 ^b

与对照组治疗后比较，^b*P* < 0.05

2.3 两组患者并发症发生率比较

观察组有 7 例患者由于运动不当产生的并发症，其中 2 例肢体疼痛，1 例肩手综合征，4 例步态异常，发生率为 14.00%。对照组有 19 例患者由于运动不当产生的并发症，其中肢体疼痛 6 例，肩关节半脱位 3 例，步态异常 2 例，肌肉萎缩 5 例，关节僵硬 3 例，发生率为 38.00%。观察组患者并发症发生率明显低于对照组，差异具有统计学意义

(*P* < 0.05)。

3 讨论

随着社会经济的发展，国民生活方式发生了显著变化，尤其人口老龄化及城镇进程的加速，脑血管疾病危险因素流行趋势明显，导致脑血管病的发病人数持续增加^[1]。且因脑卒中所致患者的病残率、死亡率、患病率及复发率呈逐年增长的趋势。为了进一步提高患者的日常生活活动能力，帮助其回归家庭，回归社会，本研究为卒中患者设立专门的康复治疗平台，依托二级医院及医联体社区卫生服务中心，给患者提供全面、连续、一体的健康管理，以达到促进健康，延缓病情，预防并发症，降低病残率和死亡率。综合本研究与其他研究的结果，慢性基础疾病在专科医生药物治疗的前提下，与社区医联体机构开展对卒中患者进行体医融合的新模式指导，并进行个性化运动处方、中医健康处方的定制^[7]，不仅能提高患者的日常生活能力，同时还能减少自我锻炼带来的不必要的损伤；而且能够有效改善脑卒中病人的运动功能，减少残障的发生率^[8]；同时充分利用“体医融合”新模式有助于控制血压，降低血糖和血脂等慢性疾病^[9]，从而帮助患者更好的回归家庭和社会。

综上所述，体医融合新模式的康复治疗方案的临床疗效确切，可更好改善运动功能。

[参考文献]

- (1) 《中国脑卒中防治报告 2019》编写组. 《中国脑卒中防治报告 2019》概要 (J). 中国脑血管杂志, 2020, 17(5): 272-281.
- (2) 韦宗勇, 肖展宏. 脑卒中康复中采用身心运动处方的可行性及有效性研究 (J). 中外医学研究, 2019, 17(14): 176-178.
- (3) 卫生部疾病控制司, 中华医学会神经病学分会. 中国脑血管病防治指南 (节选) (J). 中国现代神经疾病杂志, 2007, 7(2): 200-201.
- (4) 王玉昕, 方昭庚. 脑卒中患者早期康复的运动处方 (J). 中国临床康复, 2002, 6(17): 2608.
- (5) 张玲. 脑卒中康复中采用身心运动处方的可行性及有效性探讨 (J). 中国冶金工业医学杂志, 2020, 37(5): 594-595.
- (6) 许梦雅, 梁莉莉, 张振香. 脑卒中患者心肺运动康复运动处方个性化研制经验分享 (J). 中国老年保健医学, 2018, 16(1): 6-7.
- (7) 李达春. 基于 ICF 理念下“体医融合”肌肉骨骼系统康复服务体系构建 (J). 医学信息, 2019, 32(21): 13-15.
- (8) 唐向明, 王亚萍. 急性脑卒中患者的康复治疗与运动功能预后评估 (J). 临床医药文献杂志, 2019, 5(73): 63, 66.
- (9) 赵瑞, 肖暖. 健康中国背景下体医融合干预在慢性疾病管理中的应用 (J). 医学信息, 2021, 34(4): 67-70.