

动耐量的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28(3): 177-179.

[20] ERS Task Force, Palange P, Ward SA, et al. Recommendations on the use of exercise testing in clinical practice[J]. Eur Respir J, 2007, 29(1): 185-209.

[21] 车琳, 龚朱, 蒋金法, 等. 无氧阈强度运动治疗对慢性缺血性心脏病患者运动耐力的影响. 中华医学杂志, 2011, 91(24): 1659-1662.

[22] 史亚丽, 刘新生, 王瑞元. 有氧运动对中老年人血糖、胰岛素及血脂的影响[J]. 体育科学, 2004, 24(4): 26-27.

[23] Keller KB, Lemberg L. Obesity and the metabolic syndrome[J]. Am J

Crit Care, 2003, 12(2): 167-170.

[24] Smith SC Jr, Benjamin EJ, Bonow RO, et al. AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for Patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation[J]. Circulation, 2011, 124(22): 2458-2473.

(修回日期: 2014-04-25)
(本文编辑: 易 浩)

· 短篇论著 ·

开展延续护理服务对脑卒中康复患者生存质量的影响

邵红娟 黄钰东 戚红艳

脑卒中是一种发病率高、致残率高的疾病, 病情恢复慢, 康复周期长, 而康复治疗不仅需要专业医师的精心治疗与指导, 更需要系统、有序、连续和持久的康复过程^[1]。延续护理是利用信息化工具、家庭访视等形式, 在护士和患者及家庭成员间建立有目的的互动^[2], 是一种医院走向社区且可有效地利用专业人力资源的延伸护理服务。本文通过对恢复期脑卒中患者开展延续护理服务, 旨在探讨其对患者生存质量的影响。

一、对象与方法

(一) 研究对象

入选标准: ①符合第 4 届全国脑血管病学术会议制订的脑卒中诊断标准^[3], 并经颅脑 CT 或 MRI 检查证实; ②神志清楚, 生命体征稳定, 听、理解力基本正常; ③脑卒中后 1~3 个月; ④均签署知情同意书。排除标准: ①既往有痴呆、精神病史; ②严重语言或认知障碍; ③不能配合康复治疗者。选取 2010 年 1 月至 2012 年 3 月我院康复科收治出院且符合上述标准的脑卒中恢复期患者 60 例, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组, 每组 30 例。2 组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性, 详见表 1。

(二) 治疗方法

2 组患者住院期间在病情稳定后均进行规范的一级、二级康复护理^[4]。对照组进行常规出院指导, 出院后由家属自行护理和康复训练; 治疗组出院时进行综合评估, 制订个性化的康复护理计划, 出院后由受过专业培训的康复护士继续进

行延续护理服务。第 1 个月每周上门指导 1 次, 第 2~3 个月每 2 周上门指导 1 次, 同时保持每周电话沟通 1~2 次, 以保证护理服务的连续性。随访 3 个月, 且全部 60 例患者均完成 3 个月随访。

1. 心理疏导: 通过与家属交谈, 了解患者出院后的情绪变化, 指导家属及时发现患者不良情绪反应, 并积极地给予帮助, 使患者充分宣泄负性情绪, 教会家属一些沟通的技巧, 为患者营造一个温馨、舒适、安全、融洽的家庭氛围, 建立良好的亲情关系^[5], 鼓励家属不断强化患者战胜疾病的勇气, 从而积极配合康复。

2. 指导康复训练: 出院后由于环境改变及对亲人的依赖, 容易导致对康复的愿望降低, 安于患者角色, 安于现状; 另外, 由于患者及家属把康复训练等同于简单的肢体活动, 而不是按照生理活动规律协助患者进行主动、被动活动, 所以护士通过定期的家庭访视对患者的康复训练进行指导和纠正, 包括良肢位的摆放、转移的训练、平衡训练、作业疗法等。转移训练包括卧位的侧方移动、床上向两侧翻身、床上起坐、床边站起、床椅间转移等动作; 平衡训练应系统有顺序地进行, 包括坐位平衡-膝手位平衡-双膝跪位平衡-立位平衡, 并在每个训练阶段逐渐增加难度, 如由静态到动态、重心由低到高、支持面由小到大、由睁眼到闭眼等; 作业疗法包括指导患者正确简便地穿脱衣裤、进食、刷牙、洗脸, 必要时制作并使用自助具等。以上训练均每日 1 次, 每次 40 min^[6]。

表 1 2 组患者一般资料比较

组别	例数	平均年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	平均病程 (d, $\bar{x} \pm s$)	性别(例)		病损部位(例)			诊断(例)		文化程度(例)		
				男	女	左侧	右侧	双侧	脑出血	脑梗死	小学	初中	高中及以上
对照组	30	53.1 $\pm$ 11.1	55.1 $\pm$ 11.9	16	14	9	12	9	14	16	4	16	10
治疗组	30	53.1 $\pm$ 10.8	54.2 $\pm$ 11.8	17	13	12	10	8	15	15	3	15	12

3. 其它指导:指导皮肤护理及管道维护管理,用药指导,营养调配,对家属进行预防疾病及安全知识宣教等。

(三) 评价方法

于出院时和出院后 3 个月,分别对 2 组患者的日常生活活动能力及其生活质量进行评价。包括:①采用改良的 Barthel 指数(modified Barthel index, MBI)^[7]评定日常生活活动能力,满分为 100 分;②采用 Spitzer 生活质量指数(quality of life index, QLI)评定患者的生活质量,QLI 问卷^[8]共有 5 个条目,分别测定患者的移动、日常生活活动、对身体的感觉、支持及情感,每个条目以 3 级计分(0、1 和 2 分),分数越高表示生活质量越好。

(四) 统计学分析

采用 SPSS 13.0 版统计分析软件对数据进行统计学处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

二、结果

出院时,2 组患者 MBI 和 QLI 评分组间差异均无统计学意义($P > 0.05$);出院 3 个月后经随访观察,对照组患者 MBI 和 QLI 评分与出院时相比无明显改善($P > 0.05$);经康复科护士进行延续护理干预 3 个月后,治疗组患者 MBI 评分和 QLI 评分均较出院时有明显改善($P < 0.05$),且与同时间点对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 2 组患者出院和随访时 MBI 和 ALI 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	MBI		QLI	
		出院时	出院后 3 个月	出院时	出院后 3 个月
治疗组	30	31.33 ± 6.69	33.17 ± 6.09 ^{ab}	5.37 ± 1.03	5.57 ± 1.10 ^{ab}
对照组	30	29.00 ± 7.36	29.50 ± 7.70	4.93 ± 0.87	5.03 ± 0.93

注:与组内出院时比较,^a $P < 0.05$;与对照组同时间点比较,^b $P < 0.05$

三、讨论

美国老年协会对延续性护理的定义^[9]:延续性护理是通过一系列的行动设计,以确保患者在不同健康照护场所(如从医院到家庭)及同一健康照护场所(如医院的不同科室)收到不同水平的协作性与连续性的照护,通常是指从医院到家庭的延续,包括由医院制订出院计划、转诊、患者回归家庭或社区后的持续随访与指导^[10]。美国科罗拉多大学 Coleman 教授及其团队创立了延续性护理指导模式(care transitions coaching),取得了积极的成效^[9]。

系统康复治疗是一种主动学习的过程,正规系统的康复治疗可加速脑侧支循环的建立,使相应的大脑皮质血流量增加,促进病灶周围组织或健侧脑细胞的重组或代偿,极大地发挥脑的可塑性^[11]。重复康复训练产生的有节奏的本体感觉及皮肤感觉冲动,可诱导感觉运动皮质的长时程电位,这可能是运动再学习的机制^[12]。脑功能恢复机制是区域性功能重组,这是建立在脑的高度可塑性的理论基础之上的,脑的可塑性能通过不断学习与训练得到强化和巩固。

由于目前国内社区康复资源有限和康复知识的缺乏,许多患者在医院接受完早期治疗后,回到家中即按照自己的方式或家属意愿练习,而长期和艰巨的康复训练容易使患者及家属失去信心,延续护理服务是由在住院期间已与患者及家属建立了良好护患关系的康复护士进行,让患者在环境转换中得到完整且连续的康复指导,向其传递相同患病经历的成功信息,给予患者积极并有意义的言语刺激,能充分调动患者的潜能,增强康复的信心。本研究治疗组患者经延续康复护理干预 3 个月后,其 MBI 和 QLI 评分较干预前及对照组均有明显改善($P < 0.05$),表明充分利用专业技术资源,开展延续护理服务,不仅使患者出院回家后康复训练时间得到保障,康复内容上也得到系统的指导,确保了患者家庭康复的系统性和科学性,延续和巩固了住院期间的康复治疗效果,明显提高了患者生活质量。

参 考 文 献

- [1] 江晓峰,胡雪研,熊国星,等. 社区脑卒中康复适宜技术对脑卒中患者社会功能活动的影响[J]. 中国康复理论与实践,2011,17(2):178-180.
- [2] 钱春荣,朱京慈,陈颖峰. 延续护理对脑卒中患者出院后独立生活能力和出院护理满意度的影响[J]. 第三军医大学学报,2011,33(8):841-844.
- [3] 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.
- [4] 闫青,王立华,雄鹰,等. 规范三级康复护理对促进脑损伤患者日常生活活动能力恢复的影响[J]. 中国疗养医学,2012,21(5):385-386.
- [5] 周志英. 家庭支持对脑卒中患者抑郁情绪和生活质量的影响[J]. 中国康复理论与实践,2012,18(2):126-127.
- [6] 戚红艳,武效芬,邵洪娟,等. 脑损伤恢复期患者注意障碍的康复训练及效果[J]. 中华护理杂志,2011,46(11):1095-1097.
- [7] 闵瑜,吴媛媛,燕铁斌. 改良 Barthel 指数(简体中文版)量表评定脑卒中患者日常生活活动能力的效度和信度研究[J]. 中华物理医学与康复杂志,2008,30(3):185-187.
- [8] 高谦. 脑卒中患者生存质量的测量[J]. 中国临床康复,2002,6(11):1564.
- [9] Coleman EA, Boult C, American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs[J]. J Am Geriatr Soc,2003,51(4):556-557.
- [10] Chen ZT, Lin C, Dar YT. The problems of family care giving among discharged patients in first month[J]. J Nurs Res,1999,7(5):423-434.
- [11] Green JB. Brain reorganization after stroke[J]. Top Stroke Rehabil, 2003,10(3):1-20.
- [12] 方定华. 脑血管病急性期康复与流程[J]. 新医学,1997,28(1):11.

(修回日期:2013-07-26)

(本文编辑:汪 玲)