

- [5] 范振华,周士枋. 实用康复医学. 南京:东南大学出版社,1998:485-489.
- [6] 瓮长水,毕胜,谢远见,等. 脑卒中偏瘫患者步行时间-距离因子临床决定因素的分析. 中国临床康复杂志,2003,13:1920-1921.
- [7] Shumway CA, Anson D, Haller S. Postural sway biofeed-back: its effect on reestablishing stance stability in hemiplegic patients. Arch Phys Med Rehabil, 1988, 69:395-400.
- [8] Winstein CJ, Gardner ER, McNeal DR, et al. Standing balance training: effect on balance and locomotion in hemiparetic adults. Arch Phys Med Rehabil, 1989, 70:755-762.
- [9] 陈怡君,郑宝钗,陈嘉玲. 脑中风后偏瘫患者平衡训练之成效. 长庚医学杂志,2002,25:583-590.
- [10] 翟宏伟. 静态平衡仪在国内临床康复中的应用进展. 中国康复理论与实践,2006,12:888-889.
- [11] 张健. 早期平衡训练对脑卒中偏瘫患者步行能力的影响. 中国康复理论与实践,2006,12:795-796.

(修回日期:2011-10-06)

(本文编辑:易 浩)

路径式健康教育在脑卒中二级康复中的应用

郑舟军 戎燕 龚戡芳 张丽平 刘文琴 郁迪

【摘要】 目的 观察路径式健康教育在脑卒中患者二级康复中的疗效,从而探讨脑卒中二级康复的规范化医疗模式。**方法** 采用随机数字表法将 66 例脑卒中住院患者分为治疗组及对照组。2 组患者均给予常规二级康复干预,治疗组同时给予路径式健康教育,对照组则给予传统健康教育。本研究自行设计问卷于出院时对 2 组患者脑卒中相关知识掌握情况进行测试;分别于入院时、发病 60 d 及出院 1 个月采用 Fugl-Meyer 运动能量表(FMA)评定 2 组患者肢体运动功能;采用改良 Barthel 指数(MBI)评定日常生活活动能力情况;同时调查 2 组患者出院 1 个月是否仍坚持康复训练。**结果** 治疗组患者脑卒中相关知识掌握情况及出院后坚持康复训练人数均显著优于对照组($P < 0.05$);入院时 2 组患者 FMA 及 MBI 评分组间差异均无统计学意义($P > 0.05$),发病 60 d 及出院 1 个月后,2 组患者 FMA 及 MBI 评分均较入选时明显改善,并且上述指标均以治疗组的改善幅度相对较显著,与对照组间差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 在常规二级康复干预基础上辅以路径式健康教育,可促使患者全面掌握脑卒中相关健康知识,提高治疗依从性和积极性,加速肢体功能及日常生活活动能力恢复。

【关键词】 脑卒中; 临床路径; 健康教育; 二级康复

近年来脑卒中康复已成为康复医学研究重要内容之一。由于脑卒中康复是一个长期、连续不断的过程,故患者对疾病的自我管理能力和社区、家庭康复已成为影响患者最终疗效的重要因素^[1]。通过教育患者使其保持良好生活方式、正确理解疾病与其他疾病的关系、积极预防并发症、合理用药等是康复干预的基础^[2]。尤爱民等^[3]通过健康教育途径来提高脑外伤患者对疾病自我管理的能力,发现不仅能增强患者治疗依从性,而且还能显著降低医疗费用。有研究将临床路径理论和实施方法借鉴到健康教育领域,通过评估教育对象,了解其心理、生理及文化等需求,从而制订出针对性强、有序的健康教育路径,相对于传统健康教育,路径式健康教育在实施过程中更具有计划性、针对性和预见性^[4,5]。基于上述背景,我院在脑卒中患者二级康复过程中实施路径式健康教育,发现康复疗效显著,患者肢体功能及日常生活活动能力均获得明显提高。现报道如下。

对象与方法

一、研究对象

共选取 2009 年 1 月至 2010 年 12 月间发病,经综合性医院神经内科住院治疗病情稳定,需进一步康复而入住我院的脑卒中患者 66 例。患者入选标准如下:①均符合 1995 年第四届全国脑血管病学术会议制订的脑血管病诊断标准,并经头颅 CT 和/或 MRI 检查证实^[6];②年龄 55~80 岁;③首次发病后 3 周内未给予规范康复干预;④存在肢体功能障碍;⑤居住在舟山市定海区及普陀区本岛;⑥签署知情同意书。患者剔除标准如下:①伴有其他严重器质性疾病;②有意识功能障碍;③有语言沟通障碍;④可能失访者;⑤住院未滿 2 个月。采用随机数字表法将上述患者分为治疗组及对照组,2 组患者一般情况及病情详见表 1,表中数据经统计学比较,发现组间差异均无统计学性($P > 0.05$),具有可比性。

二、治疗方法

2 组患者入院后均给予康复干预,具体内容包括:指导患者进行良肢位摆放,对四肢关节进行被动运动,活动范围由小变大,通常由肢体远端小关节逐渐过渡到大关节,并配合揉按、挤压、牵拉等手法;根据患者恢复情况逐渐增加转移训练、坐站训练、平衡训练、步行训练及上下楼梯训练等,同时辅以作业治疗

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2012.01.014

基金项目:浙江省教育厅科研资助项目(Y200804908)

作者单位:316000 舟山,浙江海洋学院医学院(郑舟军、张丽平、龚戡芳、郁迪);舟山市老年康复医院康复科(戎燕、刘文琴)

及日常生活活动能力训练,治疗期间如患者肩关节出现张力或部分分离运动后,应采用抗痉挛体位予以牵伸治疗,同时指导患者尽量使用患肢进行作业治疗。上述训练每天 2 次,每次持续 30~45 min,每周治疗 5 d。

治疗组在上述基础上辅以路径式健康教育,首先由康复医师、护理人员及治疗师组成路径管理小组,并对相关实施人员进行健康教育路径知识培训,统一健康教育手段及疗效评价指标。根据相关文献[7-9]及我院多年来治疗经验设计健康教育路径表(详见表 2),具体内容包括疾病相关知识、康复训练指导、心理调适技能及出院指导等,根据每例患者实际情况,在路径执行时间及内容上可稍作调整,各项目评价标准分为 3 个层次,分别是:①理解、掌握;②不完全理解、部分掌握;③不理解、未掌握。于患者入院后,将路径表置于病床床尾,按路径表标准化流程完成健康教育与康复治疗。治疗小组负责人不定期通过问(如询问患者相关知识)、视(观察患者健康行为)、导(引导患者提问)、测(测量患者肢体康复指标值)等方法对路径表执行情况进行全程质量监控。对照组在康复治疗过程中由护士不定时、随机给予健康教育。

三、疗效评价标准

于入院时、发病 60 d 及出院 1 个月后分别采用简化 Fugl-Meyer 运动功能量表(Fugl-Meyer Assessment, FMA)评定 2 组患者肢体运动功能,采用改良 Barthel 指数(modified Barthel index, MBI)^[10]评价 2 组患者日常生活活动能力;同时于发病 60 d 后调查 2 组患者对脑卒中相关知识的掌握情况,参照文献[11-12]设计调查问卷,共计 12 个问题,内容涉及患者能否复述有关的知识和技能,并对相关康复技能的掌握情况进行评价,评价结

果分 3 级(分别为掌握、部分掌握或未掌握)计分,分别为 3,2,1 分,如总分≥33 分为优,28~33 分为良,25~28 分为一般,≤25 分为差。另外于患者出院 1 个月后,实地调查患者是否在社区康复中心或家庭环境中继续坚持康复训练。

四、统计学分析

本研究所得计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 SPSS 15.0 版统计软件包进行数据分析,计量资料比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

结 果

2 组患者入院时其 FMA 及 MBI 评分组间差异均无统计学意义($P > 0.05$),而在发病 60 d 及出院 1 个月后,发现 2 组患者 FMA 及 MBI 评分均较入院时有一定程度改善,并且上述指标均以治疗组的改善幅度相对较显著,与对照组间差异具有统计学意义($P < 0.05$)。通过问卷调查发现,治疗组对脑卒中相关健康知识的掌握情况及出院后坚持康复训练的人数均显著优于对照组($P < 0.05$),具体情况详见表 3、表 4。

讨 论

脑卒中患者病情进展具有规律性,从软瘫期、痉挛期、恢复期到后遗症期,每一个阶段患者临床表现、并发症及治疗需求各不相同,故如何提高患者对脑卒中相关健康知识的了解,对其后续一系列康复干预均具有重要意义。

目前临床上传统的健康教育内容相对固定,针对性不强,执行时间较随机,执行者多为护士,患者由于各种原因往往理

表 1 2 组患者一般情况及病情比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	病程(d, $\bar{x} \pm s$)	偏瘫侧别(例)		脑卒中类型(例)	
		男	女			左侧	右侧	脑梗死	脑出血
治疗组	34	27	7	69.81 $\pm$ 9.31	11.50 $\pm$ 2.30	19	15	29	5
对照组	32	26	6	70.07 $\pm$ 8.25	10.15 $\pm$ 3.19	17	15	26	6

表 2 脑卒中患者健康教育路径表

住院日期	健康教育内容	实施者签名	效果评价	
			效果	评价人 评价时间
第 1 天	a 入院介绍;b 告知医师会诊、康复师对患者肢体功能评定结果;c 介绍健康教育路径内容及实施情况			
第 2 天	a 帮助患者选择康复种类;b 告知入院相关检查的意义;c 了解患者及其家属对疾病相关知识的认知;d 评估社会支持系统			
第 3~7 天	a 心理测试;b 指导心理调适;c 指导患者家属对患者实施良肢位摆放;d 鼓励患者与康复师沟通;e 饮食指导;f 告知预防肺部感染、防治压疮的知识;g 宣教基础护理知识			
第 8~14 天	a 观察患者肢体痉挛状况;b 指导患者家属对患者实施偏瘫侧肢体被动训练;c 分阶段评估健康教育路径实施情况;d 调整路径内容与实施步骤;e 告知训练中如何预防骨折发生			
第 15~28 天	a 告知肢体训练如何避免出现联合反应、共同运动状况;b 强调患者主动康复训练的意义;c 指导患者家属对患者实施主动运动训练;d 偏瘫侧肢体功能评定;e 调整肢体功能康复路径内容与实施步骤;f 告知如何预防“误用综合征”发生			
第 29~42 天	a 建立患者及家属在训练时的保护意识;b 指导患者家属正确选择与使用辅助器;c 阶段性评估健康教育路径实施情况;d 调整路径内容与实施步骤;e 告知如何预防训练中跌倒			
第 43 天~出院	a 联系社区医院以争取获得进一步康复支持;b 家访,指导患者对其家庭环境进行必要改造;c 偏瘫侧肢体功能评定;d 出院指导			

表 3 不同阶段 2 组患者肢体运动功能及日常生活活动能力比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FMA 评分			MBI 评分		
		入院时	发病 60 d 时	出院 1 个月时	入院时	发病 60 d 时	出院 1 个月时
治疗组	34	27.48 $\pm$ 3.06	49.66 $\pm$ 4.72 ^{ab}	65.79 $\pm$ 5.95 ^{ab}	33.43 $\pm$ 3.87	64.45 $\pm$ 13.46 ^{ab}	81.13 $\pm$ 14.64 ^{ab}
对照组	32	28.30 $\pm$ 3.51	46.31 $\pm$ 3.76 ^a	56.57 $\pm$ 5.83 ^a	32.87 $\pm$ 3.14	48.78 $\pm$ 11.30 ^a	64.75 $\pm$ 12.07 ^a

注:与入院时比较,^a $P < 0.05$;与对照组相同时间点比较,^b $P < 0.05$

表 4 2 组患者康复知识掌握情况及出院后康复训练情况比较

组别	例数	康复相关知识掌握情况(例)					出院后坚持康复训练情况(例)		
		优	良	一般	差	优良率(%)	社区	家庭	百分率(%)
治疗组	34	28	5	1	0	97.06 ^a	8	15	67.64 ^a
对照组	32	22	3	5	2	78.13	4	9	40.63

注:与对照组相比较,^a $P < 0.05$

解不彻底或记不住,故临床执行情况及疗效均不理想。本研究所用健康教育路径表较传统健康教育具有较大突破,该表由康复医师、护理人员及治疗师等借鉴临床路径的理论及实施方法,根据患者不同阶段存在的健康问题及治疗需求精心设计,内容丰富、全面,将健康教育的各项内容(包括疾病相关知识、康复训练指导、心理调适技能、出院指导等)与具体实施时间、实施方法等因素相互对应,通过设置实施者签名、评价者签名、评价时间等栏目,使每一项教育内容的实施落实到具体执行人,并督促执行者在规定时间内完成。治疗小组负责人通过“问、视、导、测”等手段进行全程质量监控,确保健康教育按计划实施。由此可见路径式健康教育从本质上扭转了传统健康教育缺乏质性评估的缺陷,即通过实施路径式健康教育,不仅能了解各项措施是否执行,而且还能及时反馈执行效果情况。

脑卒中患者肢体功能康复需经历相当长的过程,患者能否长期坚持康复训练(即使在康复进展缓慢的情况下依然坚持康复训练)主要取决于患者对康复的信心^[13-14]。有研究通过对老年性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)患者实施路径式健康教育^[15],发现有助于患者了解疾病的相关问题,从而与医务人员积极配合,增强治疗信心,患者出院后多能长期坚持训练,其整体疗效明显优于对照组;可见路径式健康教育创建了“指导、参与、合作”的新型医患关系,使治疗师不再是单纯地帮患者去训练,而是充分调动患者主观能动性、使其积极参与康复训练。本研究也有类似结果发现,如入院时 2 组患者 FMA 及 MBI 评分组间差异均无统计学意义($P > 0.05$);发病 60 d 后 2 组患者 FMA 及 MBI 评分均有一定程度改善,并且以治疗组的改善幅度较显著($P < 0.05$),同时该组患者对脑卒中健康知识的掌握情况亦显著优于对照组;出院 1 个月后治疗组继续执行规范化社区或家庭康复训练的人数也明显多于对照组,提示在常规二级康复干预下辅以路径式健康教育,能促使患者及家属了解脑卒中的相关健康知识,认识到长期康复干预的重要性,增加患者出院后继续康复训练的依从性和主动性,最终促进肢体功能改善、生活质量提高^[16-17]。

综上所述,二级康复正处于脑卒中患者功能恢复的重要时期,通过实施路径式健康教育,有助于丰富患者健康知识、建立长期康复意识、提高治疗的依从性及主动性,从而进一步改善患者肢体功能及日常生活活动能力,为患者下一阶段康复治疗

奠定良好基础。

参 考 文 献

[1] 吴霜,张继荣,郑栋华,等. 三级康复治疗对偏瘫肩痛患者上肢运动功能及日常生活活动能力的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2010,32:938-940.

[2] 白玉龙,胡永善,陈文华,等. 规范三级康复治疗对缺血性脑卒中患者神经功能缺损程度和 ADL 的影响. 中华物理医学与康复杂志,2007,29:270-273.

[3] 尤爱民,赵杰刚,张峰. 健康教育对脑外伤患者记忆功能和注意力缺陷治疗作用的临床观察. 中华物理医学与康复杂志,2011,33:236-237.

[4] 吴燕子,曹祝萍,马集云,等. 对临床路径应用中若干问题的探讨. 中华医院管理,2008,28:23-24.

[5] 苏晓萍,林伟斌,陈朝虹. 回肠膀胱术患者造口自我护理的路径化健康教育. 中华护理杂志,2011,46:124-126.

[6] 黄如训,梁秀龄. 临床神经病学. 北京:人民卫生出版社,1999:259-261.

[7] 倪朝民. 脑卒中不同恢复时期的康复治疗. 安徽医学,2009,30:1377-1378.

[8] 彭源,燕铁斌. 脑卒中康复治疗研究现状及进展. 中华物理医学与康复杂志,2009,31:421-423.

[9] 李建华,刘元标,顾旭东,等. 现代康复医疗中建立“康复临床路径”的讨论. 中国康复医学杂志,2005,20:610-611.

[10] 王拥军. 卒中单元. 北京:科学技术出版社,2004:268-274.

[11] 王璐平,田泽丽. 具体指导下的家庭康复治疗对脑卒中偏瘫患者疗效的影响. 中华物理医学与康复杂志,2008,30:704-705.

[12] 张冠雄,苏春霞,张建霞. 家属健康教育对脑卒中后偏瘫患者康复效果的影响. 中华物理医学与康复杂志,2010,32:820-821.

[13] 闵云凡. 脑卒中照顾者健康教育路径的设计与应用. 齐鲁护理杂志,2009,15:26-27.

[14] White JH, Alston MK, Marquez JL, et al. Community-dwelling stroke survivors: function is not the whole story with quality of life. Arch Phys Med Rehabil,2007,88:1140-1146.

[15] 任偶诗,郑彩娥,张苟芳,等. 康复健康教育对老年慢性阻塞性肺疾病患者日常生活活动能力及肺功能的影响. 中华物理医学与康复杂志,2009,31:409-410.

[16] Pang MY, Eng JJ, Dawson AS, et al. A community-based upper-extremity group exercise program improves motor function and performance of functional activities in chronic stroke: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil,2006,87:1-9.

[17] 李瑜,邢晓红,柴海云,等. 社区康复对脑卒中患者肢体功能和日常生活活动能力的影响. 中华物理医学与康复杂志,2010,32:537-538.

(修回日期:2011-12-06)

(本文编辑:易 浩)