

- 影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2012, 34(11): 853-855.
- [9] 葛军, 倪朝民. 脊髓损伤患者的功能性步行评定量表[J]. 国外医学物理医学与康复学分册, 2003, 23(3): 149.
- [10] Berg KO, Maki BE, Williams JJ, et al. Clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1992, 73(11): 1073-1080.
- [11] Hesse S, Konrad M, Uhlenbrock D. Treadmill walking with partial body weight support versus floor walking in hemiparetic subjects[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1999, 80(4): 421-427.
- [12] 缪鸿石, 朱镛连. 脑卒中的康复评定和治疗[M]. 北京: 华夏出版社, 1996: 8-12, 22-24.
- [13] 顾旭东, 姚云海, 顾敏, 等. 电针结合运动疗法对脑卒中偏瘫患者躯干控制的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2005, 27(9): 533-535.
- [14] Verheyden G, Vereeck L, Truijen S, et al. Trunk performance after stroke and the relationship with balance, gait and functional ability[J]. Clin Rehabil, 2006, 20(5): 451-458.
- [15] Visintin M1, Barbeau H, Komer-Bitensky N, et al. A new approach to retrain gait in stroke patients through body weight support and treadmill stimulation[J]. Stroke, 1998, 29(6): 1122-1128.

(修回日期: 2015-09-30)

(本文编辑: 阮仕衡)

路径式健康教育对脑卒中恢复期患者功能转归的影响

俞益君 胡剑华 王艳芬 林海红 高红儿 裴磊 郑舟军

【摘要】目的 探讨在综合康复治疗背景下, 适合脑卒中恢复期患者规范化的健康教育路径, 并观察其应用效果。**方法** 采用随机数字表法将 86 例脑卒中恢复期患者分为实验组及对照组。2 组患者均给予中西医结合治疗及康复干预, 实验组患者在此基础上辅以路径式健康教育, 对照组患者仍按照传统模式给予健康教育。于入院、入院 8 周及发病后 6 个月时分别采用自行设计的问卷对 2 组患者进行健康教育知晓率调查; 同时于上述时间点分别采用 Fugl-Meyer 运动功能量表(FMA)及改良 Barthel 指数量表(MBI)评定 2 组患者肢体运动功能及日常生活活动(ADL)能力变化情况。**结果** 入院 8 周及发病后 6 个月时, 发现实验组患者对健康教育知晓情况、FMA 评分[分别为(62.3 ± 25.7)分和(69.3 ± 26.5)分]及 MBI 评分[分别为(47.6 ± 10.3)分和(57.5 ± 10.8)分]均明显优于对照组, 组间差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 针对脑卒中恢复期患者进行路径式健康教育, 能显著提高患者对健康相关知识的掌握程度, 加速其肢体运动功能及 ADL 能力恢复, 该疗法值得在脑卒中临床康复中推广、应用。

【关键词】 脑卒中; 健康教育路径; 康复; 日常生活活动能力

脑卒中恢复期常指发病 2 周后或 1 个月至半年内^[1]。据相关调查统计, 脑卒中患者致残率高达 86.5%^[2], 严重影响患者生活质量及家庭、社会稳定。有研究表明, 如脑卒中患者掌握了相关知识及自我护理技能后, 有助于其形成良好的健康行为^[3]。路径式健康教育以循证医疗和临床路径为理论基础, 能较好满足患者在疾病发生、发展及转归中的健康需求; 对脑卒中患者进行有效、系统的健康教育可提高其自我保健能力, 降低并发症及致残率, 提高生活质量^[4]。本研究在中西医结合治疗背景下, 探索并构建了适合脑卒中恢复期患者健康教育的路径表, 发现临床应用效果良好, 现报道如下。

对象与方法

一、研究对象

共选取 2013 年 7 月至 2015 年 1 月期间经综合性医院神经

内科住院治疗病情稳定、需进一步康复而入住本院的脑卒中患者 86 例。患者入选标准包括: ①首次发病且符合 1995 年第 4 次全国脑血管病学术会议制订的脑梗死诊断标准, 并经头颅 CT 和/或 MRI 检查证实^[5]; ②年龄 18 ~ 80 岁; ③患者均存在运动功能障碍, Fugl-Meyer 运动功能量表(Fugl-Meyer assessment, FMA)评分 < 50 分^[6]; ④居住在舟山市定海区及普陀区本岛; ⑤入选前未给予特殊护理干预; ⑥对本研究知情同意并签署相关文件。患者剔除标准包括: ①伴有其他严重器质性疾病; ②伴有意识障碍; ③伴有视力障碍等。采用随机数字表法将上述患者分为实验组及对照组, 2 组患者一般资料情况详见表 1, 表中数据经统计学比较, 发现组间差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

表 1 入选时 2 组患者一般资料情况比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	学历(例)		
		男	女		小学以下	中学	大专以上
实验组	43	28	15	60.3 ± 5.1	26	11	6
对照组	43	29	14	61.2 ± 11.2	25	12	6

二、治疗方法

2 组患者入院后均给予综合康复治疗, 具体治疗内容包括功能训练(如肢体运动训练、作业治疗等)、良肢位摆放、针刺、

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2015.010.007

基金项目: 浙江省中医药科学研究基金项目(2014ZSZX06)

作者单位: 316000 舟山, 浙江省舟山市中医骨伤联合医院(俞益君、胡剑华、王艳芬、林海红、高红儿、裴磊); 浙江海洋学院东海科学技术学院医学院(郑舟军)

通信作者: 郑舟军, Email: zhengzj_good@126.com

实验组在上述综合康复干预基础上辅以路径式健康教育。由于脑卒中患者在我院康复科平均住院时间为 8 周,因此本研究将健康教育路径时间设定为 56 d。具体构建过程如下:首先成立路径管理小组,由主管医师、护理人员及康复治疗师组成,小组成员进行健康教育路径知识培训,统一教育手段及疗效评价指标,通过查阅脑卒中健康教育相关资料,并结合我院多年来康复治疗经验,拟定健康教育路径基本框架(详见表 2)。将部分重要内容制作成视频资料,包括入院介绍、疾病相关知识、康复训练方法、中医特色技术介绍等。健康教育路径表以文本形式存于患者电子病历系统的健康教育栏中,利用无线临床信息网络平台,健康教育人员通过掌上电脑在患者床边点击路径

住院时间	健康教育项目	教育方式
入院第1天	☐ 入院介绍(病房、环境、设施、医护团队、防跌倒坠床措施、科室特色) ☐ 介绍健康教育路径内容及实施方案	☐ 讲解 ☐ 视频 ☐ 发放健康处方
2~3天	☐ 讲解检查项目、意义及注意事项 ☐ 评估患者及家属对疾病相关知识、中西医结合康复治疗的认知和需求 ☐ 评估家庭支持系统 ☐ 脑卒中相关知识宣教 ☐ 良肢位的正确放置,肌肉收缩、关节运动及床上移动 ☐ 指导床上主动及被动性活动训练方法 ☐ 早期康复的重要性,中西医结合康复治疗方案及优势	☐ 讲解 ☐ 访谈 ☐ 讲解 ☐ 视频 ☐ 讲解 ☐ 示范 ☐ 讲解 ☐ 示范
4~7天	☐ 中西医药物治疗相关知识、注意事项 ☐ 并发症预防知识(肺部感染、压疮、尿路感染、DVT) ☐ 脑卒中恢复期食疗方、情志调养 护理治疗宣教: ☐ 吸氧 ☐ 雾化吸入 ☐ 肺叩 ☐ 鼻饲 康复治疗项目宣教: ☐ 功能训练(运动治疗、作业治疗) ☐ 物理治疗 ☐ 针刺 ☐ 中药熏洗 ☐ 蜡疗 ☐ 耳灸 ☐ 推拿治疗 中医特色技术宣教: ☐ 耳穴压豆 ☐ 穴位贴敷 ☐ 拔罐疗法 ☐ 吞咽训练 ☐ 言语训练 ☐ 穴位拍打 ☐ 穴位按摩 ☐ 中西医药物治疗作用及注意事项	☐ 讲解 ☐ 讲解 ☐ 讲解 ☐ 发放健康处方 ☐ 讲解 ☐ 视频 ☐ 示范 ☐ 讲解 ☐ 讲解 ☐ 视频
8~14天	☐ 指导患者及家属康复功能训练时的保护意识 ☐ 肩痛的预防和治理	☐ 讲解 ☐ 讲解
15~28天	☐ 脑卒中相关知识再次强化宣教	☐ 讲解 ☐ 视频
29~55天	☐ 指导高血压及糖尿病患者自我监测血压、血糖 ☐ 指导患者家属正确选择助行器具及方法 ☐ 中医保健知识(穴位按摩、运动养生、药膳)	☐ 讲解 ☐ 示范 ☐ 讲解 ☐ 示范 ☐ 讲解 ☐ 视频 ☐ 发放健康处方
56天~出院	☐ 个体化出院指导(生活起居、情志调养、康复功能锻炼、服药注意事项、自我监测、安全防范、预防并发症、脑卒中复发危险因素、家庭急救、复诊指导等)	☐ 讲解 ☐ 发放健康处方

脑卒中有较为明确的发病因素,发病后需让患者掌握健康生活方式以预防并发症,因此向脑卒中患者提供科学、有效的健康教育,促使患者正确认识疾病发生相关因素,知晓正确生活方式及持续康复训练的重要性,对其功能恢复、早日重返家庭及社会具有重要意义^[10]。健康教育路径是指对患者实施健

表 3 治疗后不同时间点 2 组患者脑卒中相关知识知晓情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	脑卒中基础知识			生活方式相关知识		
		入院时	入院 8 周	发病 3 个月	入院时	入院 8 周	发病 3 个月
实验组	43	3.24 ± 1.42	5.05 ± 1.17 ^a	5.12 ± 1.77 ^{ab}	6.25 ± 1.47	9.33 ± 1.07 ^{ab}	8.12 ± 0.96 ^{ab}
对照组	43	2.80 ± 1.02	4.01 ± 1.16 ^a	4.02 ± 0.92 ^a	6.47 ± 1.54	7.35 ± 1.20 ^a	6.88 ± 1.35

组别	例数	中西医结合知识			总分		
		入院时	入院 8 周	发病 3 个月	入院时	入院 8 周	发病 3 个月
实验组	43	4.82 ± 1.64	7.66 ± 3.13 ^{ab}	6.13 ± 3.16 ^a	15.02 ± 3.12	23.36 ± 5.86 ^{ab}	22.87 ± 9.51 ^{ab}
对照组	43	3.90 ± 1.28	6.15 ± 3.01 ^a	6.04 ± 2.88 ^a	14.35 ± 4.22	17.43 ± 4.57 ^a	15.87 ± 7.23 ^a

注:与组内入院时比较,^a $P < 0.05$;与对照组相同时间点比较,^b $P < 0.05$ 表 4 治疗后不同时间点 2 组患者 FMA 及 MBI 评分结果比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FMA 评分			MBI 评分		
		入院时	入院 8 周时	发病后 6 个月时	入院时	入院 8 周时	发病后 6 个月时
实验组	43	30.4 ± 12.5	62.3 ± 25.7 ^{ab}	69.3 ± 26.5 ^{ab}	38.1 ± 11.2	47.6 ± 10.3 ^{ab}	57.5 ± 10.8 ^{ab}
对照组	43	34.2 ± 13.8	51.5 ± 20.4 ^a	56.9 ± 24.4 ^a	37.4 ± 9.8	42.8 ± 9.0 ^a	51.9 ± 8.6 ^a

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

康教育的具体时间与计划表,医护人员以严格的时间标准为指导,详尽掌握健康教育内容、目的及方法,从而为患者实施系统、规范的健康教育,促使患者准确掌握各项知识要点^[11]。本研究中的健康教育路径以严格的时间框架作为指导,使脑卒中治疗进程中的健康教育工作程序化、标准化、具体化,可提高健康教育效果。而传统健康教育多采用随机宣教,对宣传内容无严格考核,只是将教育内容填鸭式灌输给患者,缺乏科学的渐进性,导致患者对健康教育内容接受性差、受益有限。本研究通过考察 2 组患者对健康教育内容的掌握情况,发现实验组对健康知识的知晓程度明显优于对照组,进一步证明路径式健康教育可显著提高脑卒中恢复期患者健康教育效果。

脑卒中后肢体康复训练一般需维持数年甚至更长时间,发病后 6 个月内是康复治疗关键阶段^[12]。路径式健康教育可改善脑卒中患者认知态度,包括对健康知识了解、治疗手段的认可及坚持长期康复训练的理念等^[13]。有学者认为,脑卒中后肢体功能障碍患者认知态度是预测其康复进程及生活质量的有效指标之一^[14]。目前有研究指出,增强认知水平可为解释、修正和预测患者行为提供系统方向,较适用于脑卒中后肢体功能障碍患者的康复治疗^[15-16]。本研究尝试将脑卒中基础知识、治疗方法、健康生活方式等内容融入健康教育中,同时在路径中增加中西医结合治疗目的、方法、效果等宣教,并以路径形式进行实施,发现实验组患者在发病后 6 个月时对中西医结合治疗知识的掌握情况仍显著优于干预前及对照组水平,提示路径式健康教育可改善脑卒中患者认知态度,促其更加积极配合康复治疗并能持之以恒,这也解释了实验组患者肢体功能及 ADL 能力恢复水平明显优于对照组的原因。

综上所述,本研究结果表明,针对脑卒中恢复期患者进行路径式健康教育,能显著提高患者对健康相关知识的掌握程度,加速其肢体运动功能及 ADL 能力恢复;需要指出的是,本研究还存在许多欠缺,尤其是在路径制订过程中,其科学性还缺乏严格的证据体系支持,缺乏权威性的标准衡量,仍需在后续研究中不断修订、完善。

参 考 文 献

- [1] 倪朝民. 脑卒中不同恢复时期的康复治疗[J]. 安徽医学, 2009, 30(12): 1377-1378.

- [2] 何婧, 张备, 李莹莹, 等. 不同康复方案治疗脑卒中后偏瘫患者的卫生经济学评价[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30(3): 185-187.
- [3] 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[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2006, 87(1): 1-9.
- [4] 郑舟军, 戎燕, 龚戮芳, 等. 路径式健康教育在脑卒中二级康复中的应用[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2012, 34(1): 47-49.
- [5] 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.
- [6] 周维金, 孙启良. 瘫痪康复评定手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 290-292.
- [7] 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[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2010, 32(11): 820-821.
- [8] 陈玉香, 张伟宏, 陈颖. 脑卒中患者住院不同阶段健康教育需求状况调查[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(2): 105-106.
- [9] 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.
- [10] 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.
- [11] 黄松恩, 赵翠莲, 范志坚, 等. 基于二次映射方法上肢康复训练的虚拟路径研究[J]. 中国康复医学杂志, 2013, 28(9): 834-839.
- [12] 李乐军, 邵凤扬, 陈丽萍, 等. 中西医结合卒中单元临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(1): 119-121.
- [13] 邵红娟, 黄钰东, 戚红艳. 开展延续护理服务对脑卒中康复患者生存质量的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2014, 36(6): 453-454.
- [14] 刘延锦, 郭圆丽. 社区脑卒中患者的健康行为与自我护理能力的相关性[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(3): 279-281.
- [15] 王兰珍, 林瑜. 康复教育对脑卒中偏瘫患者家属康复认知的影响[J]. 护理与康复, 2009, 8(7): 625-627.
- [16] 孙秋华, 陈佩仪. 中医临床护理学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 59.

(修回日期: 2015-08-03)

(本文编辑: 易 浩)