

# 居家康复训练结合规范化康复宣教对脑卒中患者日常生活自理能力和生活质量的影响

李志斌, 冯尚武, 谢镇良, 叶锦萍

**【摘要】** 目的:探讨居家康复训练结合规范化康复宣教对脑卒中患者日常生活自理能力和生活质量的影响。方法:脑卒中患者 80 例,随机分为观察组与对照组各 40 例。2 组患者均接受常规药物治疗和家庭随访,观察组在此基础上增加康复专业人员的居家康复训练及规范化康复宣教,治疗前后均采用改良 Barthel 指数(MBI)、生活质量指数(QLI)进行评定。结果:治疗 2 个月后,2 组 MBI 及 QLI 评分均较治疗前明显提高( $P < 0.05$ ),且观察组明显高于对照组( $P < 0.05$ )。结论:居家康复训练结合规范化康复宣教能更有效的改善脑卒中患者的日常生活自理能力和生活质量。

**【关键词】** 脑卒中;居家康复;康复宣教;日常生活能力;生活质量

**【中图分类号】** R49;R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2019.02.009

脑卒中具有高死亡率、高复发率以及高致残率的特点,我国脑卒中发病率为(120~180)/10 万,死亡率为 136.64/10 万,成为中国第一致死病因,存活者 70% 以上有不同程度的残疾,给社会发展和人民生活带来沉重负担<sup>[1]</sup>。脑卒中的康复需要较长的时间,要求患者及家属有足够的人力和经济能力,而大多数患者由于上述条件差导致不能在专业机构长期康复治疗,最终还是要回归家庭。有研究认为家庭是脑卒中患者最重要的社区支持资源,直接影响到患者的疾病康复与转归<sup>[2]</sup>。大多数患者及其照顾者缺乏脑卒中相关知识,尤其是卒中后的康复锻炼和科学护理方法,大部分患者还会出现卒中后抑郁、焦虑等心理问题,如不及时给予康复教育和心理干预,将会影响肢体功能的康复效果,从而降低患者的日常生活能力和生活质量。本文探讨居家康复训练结合规范化康复宣教对脑卒中患者日常生活自理能力和生活质量的影响。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2015 年 6 月~2016 年 9 月曾在我院治疗的脑卒中患者 80 例。纳入标准:符合第四届全国脑血管病会议通过的脑卒中诊断标准<sup>[3]</sup>;经影像学检查明确诊断;病程 $\geq 4$  周,病情稳定,存在肢体运动功能和日常生活能力障碍;患者或家属均签署知情同意书。排除标准:重度认知功能障碍(简易精神状态量表 MMSE 评分 $< 10$  分)及不能主动配合治疗者。

严重心血管病及肺、肝、肾等疾病;精神病史、恶性肿瘤等。80 例患者随机分为 2 组,每组各 40 例。2 组患者性别、年龄、发病性质、病程等一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性。见表 1。

表 1 2 组患者一般资料比较

组别	例	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$ )	值(例)		病程 (d, $\bar{x} \pm s$ )
		男	女		脑出血	脑梗死	
对照组	40	22	18	65.31 $\pm$ 12.75	13	27	90.13 $\pm$ 9.46
观察组	40	19	21	70.38 $\pm$ 13.26	15	25	86.47 $\pm$ 8.31

**1.2 方法** 2 组患者均接受改善脑循环、营养神经等常规药物治疗和家庭随访,由专门人员进行定期电话和上门随访,电话随访每周 1 次,上门随访每月 1 次,随访内容为提供康复教育、咨询及了解患者功能恢复情况,同时指导及督促患者进行自我康复训练,观察组在此基础上增加常规居家康复训练及规范化康复宣教。①居家康复训练:首先评估患者的功能情况和居住环境,根据评估结果制定针对性的治疗方案,如运动治疗、物理因子治疗、日常生活能力训练及居家无障碍改造。治疗师每星期上门 2 次,每次 60min,以一对一治疗为主,辅以康复指导及教育,治疗 2 个月,居家无障碍改造另外选择时间上门实施。主要内容如下:理疗:选取一些便于携带及适合在家里进行治疗的仪器设备,根据患者具体情况,治疗师每次携带 1~2 种仪器上门治疗。常用设备有中频电疗仪、脑电循环治疗仪、空气压力循环治疗仪等。运动治疗:由于受居家环境限制,不能全部按机构训练方法实施,可结合具体家庭环境进行选择训练,如利用爬墙、拧毛巾等锻炼上肢功能,利用凳子、沙发、床边等锻炼重心转移及下肢单腿负重能力,利用地板线进行步态和协调性训练等;日常生活活动能力训练:主要对吃饭、穿脱衣服、移动、

基金项目:江门市卫生计生局科研项目(17A028)

收稿日期:2018-05-21

作者单位:江门市残联康复医院康复医学科,广东江门 529000

作者简介:李志斌(1981-),男,主管技师,主要从事神经康复方面的研究。

通讯作者:冯尚武,swfeng2090@sina.com

如厕、洗澡、行走等项目进行训练,训练时尽量结合患者家庭具体环境进行实景日常生活活动;居家无障碍改造:首先对患者居家环境进行全面评估,并结合患者整体运动功能改造其居住设施,如对门口、门槛、浴室、厕所、厨房、卧室等进行改造,以提高患者的日常生活活动能力和生活质量。②康复宣教:在进行居家康复的同时进行规范化康复宣教,首先由专业人员对患者及其照顾者进行评估,评估内容包括患者肢体功能、日常生活能力及心理状态;患者及其照顾者对脑卒中相关疾病及知识的了解程度;患者及其照顾者对康复治疗目的的了解程度。专业人员每月上门随访2~3次,了解患者及其照顾者对宣教内容的掌握程度及执行情况,并监督其实施过程,同时提出建议及继续强化宣教。具体宣教内容:向患者及其照顾者讲解脑血管意外、高血压、冠心病等疾病的病因、诱发因素、治疗方法、日常护理方法及注意事项等,脑卒中后常见并发症的预防及处理措施,如压疮、泌尿系统感染、下肢静脉血栓等的预防,并注意姿势、体位摆放及预防跌倒等,内容需通俗易懂,易被患者及其照顾者理解;将患者肢体功能情况及对日常生活的影响告知患者及其照顾者,向其讲解康复训练的意义及重要性,鼓励患者积极配合治疗师进行康复训练,并主动进行自我康复锻炼,同时让照顾者尽量多辅助患者进行康复训练;患者有抑郁、焦虑等心理问题,可在常规药物治疗基础上给予心理干预,给予安慰、支持和鼓励,使其接受现实、减轻心理负担、消除负面情绪,积极主动配合康复治疗。同时也应对照顾者进行心理干预,以使患者与照顾者之间形成良性心理互动环境,最终提高患者的康复效果。

1.3 评定标准 ①日常生活自理能力:采用改良 Barthel 指数(the scale of modified Barthel index, MBI)评定<sup>[4]</sup>,内容包括进食、洗澡、修饰、穿衣、大便、小便、入厕、转移、行走、上下楼梯等10项,评分标准为0、5、10、15四个功能等级,总分为100分,分数越高,日常生活自理能力越好。②生活质量:采用 Spizer 的生活质量指数(the quality of life index, QLI)评定<sup>[5]</sup>,内容包括日常生活、活动、健康、支持、前景等5项,总分为10分,分数越高,生活质量越好。

1.4 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件进行统计学处理,计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示,  $t$  检验。  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

治疗2个月后,2组 MBI 及 QLI 评分均较治疗前明显提高( $P < 0.05$ ),且观察组明显高于对照组( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 2组患者 MBI 及 QLI 评分治疗前后比较 分,  $\bar{x} \pm s$

组别	n	MBI		QLI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	41.37±5.30	66.50±6.32 <sup>ab</sup>	4.07±0.65	6.75±0.86 <sup>ab</sup>
对照组	40	40.75±5.94	51.87±8.74 <sup>a</sup>	3.90±0.81	4.82±0.78 <sup>a</sup>

与治疗前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$

## 3 讨论

脑卒中是危害中老年人生命与健康的常见病,发病率和死亡率比较高,大多数脑卒中患者经治疗出院后会遗留不同程度的肢体功能障碍,对日常生活活动能力及生活质量均会产生明显的不良影响,需要进行康复治疗<sup>[6]</sup>。脑卒中三级康复网络的建立符合我国分层级康复医疗服务体系的基本要求,其中三级康复是指脑卒中恢复中后期和后遗症期在社区或家庭开展的康复治疗,提高患者参与社会生活的能力<sup>[7]</sup>。全面建立和扩大社区康复治疗范围,健全网络,大力推进社区康复治疗进程可有效提高脑卒中患者生活质量<sup>[8]</sup>。

出院后的居家康复治疗是脑卒中患者康复过程中的另一个重要阶段,是提高其各项能力的重要途径之一<sup>[9]</sup>。居家康复可以充分利用社区和家庭资源,因地制宜地设计相应的康复方案,在康复专业人员的指导下进行肢体功能和日常生活能力训练,对脑卒中患者日常生活自理能力和生活质量的提高非常重要<sup>[10]</sup>。患者在家里训练 ADL 更接近现实,对训练后 ADL 保持具有优越性;其次,患者在家里训练,心情更放松,兴趣更高,为 ADL 快速提高奠定了良好的心理基础,同时也提高了 QLI 得分<sup>[11]</sup>。近年来有关居家康复应用于脑卒中的研究取得较多的研究成果<sup>[12-14]</sup>,认为居家康复能有效改善脑卒中患者的运动功能、生活质量、日常生活自理能力等。

在我们进行居家康复过程中发现大多数患者及家属对康复知识普遍缺乏,认识不到康复治疗的重要性,患者出院回家后缺乏主动的肢体功能锻炼,日常生活方面需要依赖家属照顾,家属同时也缺乏常规康复护理方法和技术,这就会导致患者肢体功能障碍继续加重及出现并发症,严重影响患者的日常生活自理能力和生活质量。本研究在居家康复基础上对患者及其照顾者进行规范化康复宣教。通过康复宣教的实施,使患者及家属深入、细致、全面了解脑卒中疾病相关知识,使其积极配合治疗,能主动参与到康复治疗计划中,选择康复最佳时机,防止和减少并发症<sup>[15]</sup>。有研究表明,在脑卒中患者的康复过程中,家庭成员的参与不可忽视<sup>[16]</sup>,即不仅强调充分发挥患者主观能动性,同时也提倡最大限度地发挥家属的积极性和主动性<sup>[17]</sup>。当患者患有威胁生命的疾病时,家属渴望了

解与疾病相关的知识与技能,以便能有效地参与到家属的疾病的治疗中并协助患者进行积极地康复锻炼、进行力所能及的日常生活自理活动,从而改善患者的不良情绪,提高患者本人及整个家庭的生活质量<sup>[18]</sup>。对脑卒中患者及其照顾者给予有效的康复宣教,使患者及其照顾者充分了解疾病状况,对康复治疗有一个科学正确的认识,从而得到患者及家属的理解和配合,调动其积极性,使患者神经功能得到最大程度的恢复<sup>[19]</sup>。本研究结果显示治疗后观察组 MBI 评分和 QLI 评分较对照组明显提高,表明居家康复结合康复宣教可明显改善患者的日常生活能力和生活质量。

我们在本研究中成立居家康复小组,小组成员包括医生、护士、治疗师、社工,医生为组长,负责统筹小组全面工作。医生负责药物和康复治疗方案的制定及定期评估患者功能情况;护士负责监测记录生命体征及监督患者按时规律服药;治疗师负责具体的康复训练,并要求患者平时反复强化已训练内容,建议患者自我康复训练每天 2 次,每次 30min;社工负责康复宣教和心理辅导。医生和护士每周上门巡诊 1 次,患者有突发状况时随时出诊,治疗师每周上门 2 次,社工每两周上门 1 次,小组每月召开一次康复评定会议,评估患者功能改善情况并安排下一步治疗计划。根据患者分布地域及距离安排省时有效的出诊路线,比如尽量安排同一个人员在同一天出诊同一地域或路线。方案实施之前尽量和患者约好相对固定的出诊时间,以方便患者和提高效率。目前开展居家康复也存在很多不足之处,一是患者居住地较分散、路程较远,比较耗时费力;二是专业人才的缺乏,不足以满足当前需要;三是由于居家条件限制,可以开展的康复治疗项目有限,治疗强度和频率远不如机构康复,上述问题有待进一步研究解决。总体来讲,在居家康复基础上对患者及其照料者进行有效的康复宣教,在不明显增加患者的医疗支出的情况下能有效提高治疗效果,对于患者或施治者都是一种科学的方法,同时能减家庭及社会的负担,值得推广。

### 【参考文献】

[1] 郭华. 常见疾病康复[M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,2016;

80—80.

- [2] 程若英,周郁秋,孟丽娜,等. 脑卒中患者家庭功能及影响因素研究现状[J]. 中国康复理论与实践,2010,16(5):443-445.
- [3] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [4] 燕铁斌,窦祖林,冉春风. 实用瘫痪康复[M]. 北京:人民卫生出版社,2010,264-268.
- [5] 缪鸿石. 康复医学理论与实践[M]. 上海:上海科学技术出版社,2000,437-438.
- [6] White JH, Alston MK, Marquez JL, et al. Community-dwelling stroke survivors: function is not the whole story with quality of life[J]. Arch Phys Med Rehabil,2007,88(9):1140-1146.
- [7] 黄晓琳,燕铁斌. 康复医学[M]. 北京:人民卫生出版社,2013,151-151.
- [8] Andeon C, Rubenach S, Mhurchu CN, et al. Homeorhospital-forstroke rehabilitation results of a randomized controlled trial:I; healthoutcomesat6months[J]. Stroke,2000,31(5):1024-1031.
- [9] 杜凤珍,邓朋,侯莹. 居家康复对中后期脑卒中患者 ADL 能力的影响[J]. 中国康复医学杂志,2011,26(2):165-167.
- [10] 马晓超,毕春红,冯善军,等. 我国脑卒中功能障碍患者家庭康复的现状与展望[J]. 中国康复理论与实践,2014,20(10):932-934.
- [11] 曹全荣,冯尚武,黄顺仪,等. 农村脑卒中患者居家康复模式探索及成效分析[J]. 中国康复,2016,31(3):190-192.
- [12] 张素梅. 家庭康复对脑卒中患者肢体运动功能和 ADL 的影响[J]. 黑龙江医药,2014,27(2):445-448.
- [13] 李伟红. 脑卒中后遗症患者居家康复指导的应用效果分析[J]. 中国医药指南,2014,12(32):257-258.
- [14] 曹全荣,王浩远,陈毅成,等. 居家康复对脑卒中偏瘫患者日常生活活动能力和心理的影响[J]. 按摩与康复医学,2015,6(12):135-136.
- [15] 肖春云. 早期康复治疗对急性脑卒中偏瘫患者日常生活活动能力(ADL)的影响[J]. 临床和实验医学杂志,2006,5(8):1179-1180.
- [16] 孙波,常俊玲. 社区康复治疗对偏瘫患者康复的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志,2001,23(1):56-58.
- [17] Dowsnell G, Lawler J, Young J, et al. A qualitative study of speeialists nurse support for stroke patients and earegivers at home[J]. Clin Rehabil, 1997, 11(4):293-295.
- [18] 刘晓红,刘景隆. 健康教育对卒中后患者生活质量的影响[J]. 中国伤残医学,2009,17(2):26-27.
- [19] 吴松花,李春玉. 脑卒中患者中医体质与生命质量相关性研究进展[J]. 吉林医学,2014,35(31):7041-7042.