

社区康复护理对脑梗死后遗症患者康复的影响*

胡秀香,黎华

(佛山市禅城区向阳医院内科综合病区,广东佛山,528000)

[摘要] **目的** 探讨社区康复护理对脑梗死后遗症患者康复的影响。**方法** 选择42例脑梗死后遗症康复期出院患者,对其实施社区康复护理训练。比较干预前、干预后第1个月、第3个月改良巴氏指数评定表(modified Barthel index, MBI)、功能综合评定量表(functional comprehensive assessment, FCA)评分情况。**结果** 患者干预前与干预后1个月、3个月 MBI、FCA 评分比较,均 $P < 0.01$,差异具有统计学意义,患者干预后 MBI、FCA 评分明显高于干预前;患者干预后1个月与干预后3个月 MBI、FCA 评分比较, $P < 0.01$,差异具有统计学意义,患者干预后3个月 MBI、FCA 评分明显高于干预后1个月。**结论** 社区康复护理可保证患者康复训练的质量,有效促进患者肢体功能恢复,提高患者生活质量。

[关键词] 脑梗死后遗症;社区康复护理

[中图分类号] R473.74 [文献标识码] A [文章编号] 1671-8283(2016)05-0026-05 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2016.05.007

Effect of community care and family members' participation on rehabilitation of patients with cerebral infarction

Hu Xiuxiang, Li Hua//Modern Clinical Nursing, -2016, 15(5):26.

[Abstract] **Objective** To study the effect of community nursing and family members' participation on rehabilitation of patients with cerebral infarction. **Methods** Forty-two patients with cerebral infarction discharged from our hospital was chosen to take community rehabilitation training. The scores by modified Barthel index (MBI) and functional comprehensive assessment (FCA) before intervention were compared to those after intervention at the time points of pre-intervention and 1 month, three months after intervention. **Results** The scores by modified Barthel index (MBI) and functional comprehensive assessment (FCA) before intervention were significantly higher than those before intervention ($P < 0.01$). The scores by MBI 1 month after intervention were significantly higher than those three months after intervention ($P < 0.01$), indicating the longer the rehabilitation training, the better the effect. **Conclusion** The community rehabilitation care to patients with cerebral infarction sequelae can improve the quality of rehabilitation training and finally their quality of life.

[Key words] cerebral infarction sequelae; community rehabilitation nursing

[基金项目] * 本课题为佛山市科技攻关项目,项目编号为2014AB001381。

[收稿日期] 2015-10-31

[作者简介] 胡秀香(1965-),女,江西上饶人,副主任护师,本科,主要从事内科护理工作。

脑梗死是老年人严重致残和死亡的主要原因之一,具有极高的致残率、死亡率和复发率^[1]。脑梗死后遗症是指脑梗死发病后经系统治疗仍残留肢体活动障碍、认知障碍、言语功能障碍、心理障碍等症状,有其中一项或合并多项,且持

- [4] 王向东,王希林,马宏. 心理卫生评定量表手册(增订版)[M]. 北京:中国心理卫生杂志社,1999:213-214.
- [5] 王才康,何智雯. 父母养育方式和中学生自我效能感、情绪智力的关系研究[J]. 中国心理卫生杂志,2002,16(11):781-785
- [6] 姚小琼,张源慧,韦艳春,等. 三级医院急诊科护士焦虑现状调查分析[J]. 护理研究,2015,29(2A):659-662.
- [7] 陈文洁. ICU 护士的焦虑状况及其相关因素分析[J]. 解放军护理杂志,2013,30(16):32-34.

- [8] 徐朝艳,林芳宇. 国内社区卫生服务发展问题分析及对策[J]. 现代临床护理,2010,9(10):46-48.
- [9] 周艳,尹惠茹,刘红建. 社区护士心理健康现况调查与研究[J]. 护士进修杂志,2010,25(6):552-554.
- [10] 孟凡杰,张岗英. 员工情绪智力、应对方式与心理健康关系研究[J]. 中国健康心理学杂志,2012,20(1):1667-1670.

[本文编辑:刘晓华]

续6个月以上者,此病多发于老年人^[2]。随着医学技术的进步,使越来越多的脑卒中患者保住了生命,但如何减少后遗症,提高患者生活质量,最大程度地恢复肢体功能,是脑卒中后康复期需要解决的问题^[3]。2014年1~12月,对本社区42例出院后脑梗死后遗症患者入户实施社区康复护理,取得较好的效果,现将方法及结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2014年1~12月选取本社区脑梗死后遗症肢体功能障碍、语言障碍、吞咽障碍等康复期出院患者42例为研究对象,男19例,女23例,年龄52~78岁,平均 (66.15 ± 7.23) 岁;病程15~90 d,平均 (35.23 ± 4.12) d。

1.2 纳入标准

纳入标准:①所有患者均符合脑卒中诊断标准^[2],经脑CT证实,且为首次发病;②病程不超过3个月;③住院治疗后遗留有运动功能障碍;④家属或陪护能够协助康复锻炼;⑤接受并保证能够完成康复干预,签署书面知情同意书。排除标准:①伴有严重肝肾肾功能不全、恶性肿瘤等;②有严重认知功能障碍及交流障碍;③安静状态下有发绀、气促、心慌等症状。

1.3 方法

患者出院后,由康复小组根据患者病情制订康复计划,对患者进行康复训练,并对患者及家属进行康复知识培训,要求家属参与康复训练全过程。

1.3.1 建立患者康复档案 对患者建立康复档案,包括患者个人信息、既往史、家族史、现病史、既往康复训练史等内容。

1.3.2 成立社区康复小组 社区康复小组成员包括神经内科医师、康复医学医师、社区医师、护士4名。神经内科医师负责制订康复方案及评价标准,康复治疗师负责康复方案的具体实施,社区医师执行治疗方案、社区护士上门定期巡诊,指导患者日常生活能力的培训,及预防受伤、压疮、深静脉血栓形成等并发症。所有人员入户前均进行培训,培训

考核合格后上岗。每周一至周五由以上成员分别入户患者家庭,社区康复小组各成员每周至少1次入户患者家庭。

1.3.3 干预方案

1.3.3.1 家庭康复环境改造 护士指导患者家庭环境改造,采取无障碍设施,去除门槛,地面干燥无水、防滑,开关、门把手等置于一定的高度,床周围有一定的空间,便于轮椅活动,床的高度以患者坐位时两脚能平放在地面为宜,厕所便池为坐便式,厕所楼道应有扶手。

1.3.3.2 家庭照顾者培训 由责任护士组织家庭照顾者参加健康讲座,观看录像,护士示范演练,向患者及家属宣传脑血管疾病防治知识、护理及康复技巧,取得患者及家属的配合,每种方式每月举办1~2次,每次45 min。根据患者肢体不同功能障碍情况,上门指导患者及其家属康复训练的方法,要求患者家属检查督促患者康复训练完成情况。

1.3.3.3 严密观察患者病情变化 为了适应脑卒中患者从最初住院治疗被动接受护理,至出院后在家庭主动配合康复护理的转变,专科医师及护士除了注意患者家庭康复环境、饮食、情绪、活动、生活方式等因素对患者病情康复影响外,还应监测患者血压、血糖、血脂等情况,给予及时治疗护理。

1.3.3.4 康复训练内容 由康复医师及护士对患者的生活能力、自身需求和心理状态作出评估,据此选择合适的锻炼方法,康复训练过程随时记录患者康复情况,及时调整康复措施,其康复训练内容包括以下。(1)语言训练:首先进行发音训练,通过读报、看电视、听收音机等途径对患者进行有意义的感官刺激,鼓励患者从最简单的“a”、“o”、“e”开始,配合使用手势、纸笔、写字板等道具,使其能够表达自己的意思^[4];根据患者的实际情况进行针对性训练,逐渐过渡到句子水平的组合训练,或通过诗歌、儿歌、短文、会话等进行练习,每天练习3次,每次至少30 min;要求家庭照顾者鼓励患者说话,耐心纠正发音,反复练习,坚持不懈。(2)坐位训练:①对于不能主动坐起的患者,采取被动坐起的训练方法,通过摇起床的方式来逐渐增加被动坐起的角度,首先摇起15~30度,保持被动坐位

3 ~ 5 min,以后每次增加 10 ~ 15 度,延长保持被动坐位 5 ~ 10 min,每天 2 次,患者一般可在 2 ~ 3 d 内接近或达到 90 度被动坐位,并能保持 30 min; ②对于借助其他力量能独立坐稳的患者,采取独立坐起的方法,患者可以先用手拉床档来保持身体的平衡,随着身体平衡能力的提高逐渐达到独立的坐位,每天 3 次,每次 30 min。(3)站立训练:对于能单腿独立负重,主动屈髋、膝和踝关节的患者,采用站立训练,双手叉握,尽可能向前伸肘,重心向前移动,双侧下肢负重,抬臀,双腿一起用力,挺胸抬头,每天 2 次,每次站立 5 ~ 10 min。(4)行走训练:当患者具有一级以上的站立平衡能力,能完成步行的分解动作,单脚支撑 3 ~ 4 s,有一定的主动屈膝、屈髋能力能进行身体重心转换前提下进行行走训练,可在家属的帮助下练习行走,实施此项锻炼时,需注意患者的心率情况和体能,不宜勉强。(5)进食训练:经过吞咽基础训练后开始进食训练,患者坐位,患侧上肢平放在桌上,掌心向下,用健手进食,注意有无呛咳。(6)洗漱训练:当患者有一定的平衡能力时开始洗漱训练,鼓励患者刷牙、洗脸、梳头。(7)穿脱衣服、鞋袜训练:当患者可保持坐位时,开始练习穿脱衣服和鞋袜,指导患者坐着进行,先穿患侧,再穿健侧,先脱健侧,再脱患侧,如患肢功能尚未恢复,就以健侧单手完成;在部分生活自理的基础上,可从事简单家务劳动,指导单手扫地、拖地等力所能及的劳动。

1.3.3.5 心理干预

脑梗死患者容易产生抑郁、悲观、焦虑等情绪,医护人员要给予更多的关心,和患者进行心灵上的交流,帮助其缓解内心恐惧、焦虑、抑郁等不良情绪,树立康复治疗信心。

1.4 评价标准

干预前及干预后 1 个月、3 个月采用改良巴氏指数评定表(modified Barthel index, MBI)^[5]、功能综合评定量表(functional comprehensive assessment, FCA)^[5]对患者进行评分。

1.4.1 MBI

MBI 是测量患者日常生活活动的功能状态,内容包括进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、用厕、床椅转移、平地行走及上楼梯 10 项日常活动,每项 0 ~ 10 分,总分 0 ~ 100 分,得分越高,表示生活能力的自理能力越好,依赖

性越小。评分在 60 分以上者基本能完成基本生活能力,59 ~ 41 分者需要帮助才能完成基本生活能力,40 ~ 21 分者需要很大帮助,20 分以下者完全需要帮助。闵瑜等^[6]报道:MBI 在同一评定员及不同评定员间均有良好的信度。

1.4.2 FCA

FCA 量表是根据功能独立性量表和综合功能评定法内容制订的功能综合评定量表^[5]。FCA 内容主要包括两大类:躯体功能与认知功能。躯体功能包括自我照料(进食、穿衣、梳洗、沐浴、上厕所),括约肌功能,转移,行走;认知功能包括交流(视听理解、语言表达),社会认知(社会交往、解决问题能力、记忆),共 18 个条目。每个条目评分均为 1 ~ 6 分,总分 108 分。6 分表示患者能完全独立完成项目,不需要帮助;5 分能独立完成,不需帮助,但需要借助一定器械,或仅需监护、提示、哄劝等不接触身体的帮助;4 分需要较少的帮助(患者能完成 75%或以上);3 分需要中等程度的帮助(患者能完成 50%或以上);2 分需要最大程度的帮助(患者只能完成 25%或以上);1 分完全依赖帮助或无法进行测试(患者只能完成 25%以下)。吴毅等^[7]对 10 例脑血管病患者进行量表信度和效度的研究显示,FCA 量表的信度较好。

1.5 统计学方法

数据应用 SPSS13.0 统计软件包进行统计学分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,干预前后得分比较采用配对 *t* 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 患者干预前后 MBI 评分比较

患者干预前后 MBI 评分比较见表 1。由表 1 可见,患者干预前与干预后 1 个月、3 个月 MBI 评分比较,均 $P < 0.01$,差异具有统计学意义,患者干预后 MBI 评分明显高于干预前;患者干预后 1 个月与干预后 3 个月 MBI 评分比较, $P < 0.01$,差异具有统计学意义,患者干预后 3 个月 MBI 评分明显高于干预后 1 个月。

2.2 患者干预前后 FCA 评分比较

患者干预前后 FCA 评分比较见表 2。由表 2 可见,患者干预前与干预后 1 个月、3 个月 FCA 评分比较,均 $P < 0.01$,差异具有统计学意义,患者干

预后 MBI 评分明显高于干预前;干预后 1 个月与干预后 3 个月 FCA 评分比较, $P<0.01$,差异具有统计学意义,患者干预后 3 个月 MBI 评分明显高于干预后 1 个月。

表 1 患者干预前后 MBI 评分比较 (分, $\bar{x}\pm s$)

时间	<i>n</i>	评分	<i>t</i>	<i>P</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
干预前	42	42.39 ± 9.84				
干预 1 个月后	42	56.45 ± 13.09	24.964 *	< 0.01 *		
干预 3 个月后	42	71.34 ± 12.38	51.402 *	< 0.01 *	22.813 **	< 0.01 **

注: *代表与干预前比较的统计量, **代表与干预前 1 个月后比较的统计量

表 2 患者干预前后 MBI 评分比较 (分, $\bar{x}\pm s$)

时间	<i>n</i>	评分	<i>t</i>	<i>P</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
干预前	42	54.85 ± 15.78				
干预 1 个月后	42	62.06 ± 10.45	12.802 *	< 0.01 *		
干预 3 个月后	42	73.49 ± 11.69	28.558 *	< 0.01 *	17.512 **	< 0.01 **

注: *代表与干预前比较的统计量, **代表与干预前 1 个月后比较的统计量

3 讨论

3.1 社区康复护理对脑卒中患者康复的意义

社区康复是指以社区为基础,启用和开放社区资源,将残疾人及其家庭和社区视为一个整体,对残疾的康复和预防所采取的一切措施,对康复者进行反复训练,使其躯体功能、心理功能和社区功能达到尽可能高的水平^[8]。脑卒中患者大多仅在医院接受短时间的治疗,患者在急性期过后,漫长的恢复时间均在家中度过,但康复情况不仅取决于医院的干预,更取决于出院后患者康复的过程,多数患者经过住院治疗取得一定疗效,病情稳定后选择回家继续康复,家庭便成了脑卒中患者进行康复的主要场所。黄琦^[9]将 56 例脑卒中患者随机分为实验组和对照组,每组各 28 例,对照组按常规进行传统的健康教育,实验组进行社区康复护理,结果显示,6 个月后实验组患者日常生活能力明显优于对照组。章晓春等^[10]选择社区 21 例脑卒中的居家老年患者,由小组成员根据其具体情况入户进行 5 个月的康复训练、生活起居、心理保健等居家护理知识培训,结果显示,培训后 21 例脑卒中老年患者 Barthel 指数、生活质量指数、抑郁得分和脑卒中知识掌握程度比培训前改善。在实施社区家庭康复治疗过程中,医护人员有针对性地解决了患者在家庭康

复过程中遇到的困难和问题,使患者每日的康复训练质量能得到保证,加上家属积极参与到患者康复过程,优化了社会支持系统,对提高患者康复锻炼的依从性及持之以恒起到积极有效的推进作用。

3.2 社区康复护理对脑梗死后遗症患者康复的效果分析

急性脑梗死是由于供应脑组织的动脉血管管壁发生病理改变,血管腔变窄,脑部血液循环障碍受阻,导致脑组织供血不足,局部缺血、缺氧、软化或坏死^[11]。康复期的脑梗死患者出院后大部分仍残留肢体活动障碍、认知障碍、言语功能障碍、心理障碍等症状。本研究对本社区脑梗死后遗症康复期出院患者采取社区康复训练,由社区成立社区康复小组,其成员包括神经内科医师、康复医学医师、社区医师及护士,各司其职,每周一至周五分别入户患者家庭对患者进行社区康复训练。首先指导患者家属进行家庭康复环境改造,为患者创造康复训练的良好条件;然后对患者及其家庭照顾者进行康复技能培训,以掌握康复训练方法及注意事项,确保康复训练的有效性;内科医师、康复治疗师、社区医师依据患者肢体康复情况制订康复训练计划,重点对患者进行语言障碍训练、坐位训练、站立训练、行走训练、进食训练等,训练过程每周进行评估,

及时调整训练方案;护士随时观察评估患者训练及康复情况,并指导其家属鼓励及支持患者实施康复训练,使患者感受到医护人员及家属的关心与爱护;在患者情绪低落、意志薄弱时,增加其信心,克服困难,坚持下去,保证康复训练的质量,提高患者康复锻炼的依从性。结果显示,患者干预前与干预后 1 个月、3 个月 MBI、FCA 评分比较,均 $P < 0.01$,差异具有统计学意义,干预后患者 MBI、FCA 评分明显高于干预前;患者干预后 1 个月与干预后 3 个月 MBI、FCA 评分比较,均 $P < 0.01$,差异具有统计学意义,患者干预后 3 个月 MBI、FCA 评分明显高于干预后 1 个月,说明患者随着时间的延长,其康复效果逐渐得到恢复。

4 结论

本研究结果显示,对脑梗死后遗症患者实施社区康复护理,可保证康复训练的质量,有效促进患者肢体功能的恢复,提高患者生活质量。

参考文献:

- [1] 董登凤. 脑梗塞后遗症老年患者的护理干预效果[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 34(10): 1559-1560.

- [2] 朱镛连. 神经康复学[M]. 北京:人民军医出版社, 2001: 140-184.
- [3] 邓秋兰, 庞玲玲, 农丽月. 社区家庭康复护理干预对脑卒中患者康复的影响[J]. 内科, 2010, 5 (3): 250-252.
- [4] 燕艳. 关于脑梗塞后遗症期患者康复护理体会[J]. 生物技术世界, 2014(9): 78.
- [5] 张作记. 行为医学量表手册[M]. 北京:中华医学电子音像出版社, 2005: 379-381, 391.
- [6] 闵瑜, 吴媛媛, 黄臻, 等. 多所院校康复专业本科实习生应用改良 Barthel 指数的信度分析[J]. 中国康复医学杂志, 2010, 25(4): 374-375.
- [7] 吴毅, 胡永善, 杨晓冰, 等. 功能综合评定量表信度和效度的研究[J]. 中国临床康复, 2002, 14 (6): 2036-2037.
- [8] 邓筱璇, 郑晓聪, 杨惠青, 等. “解锁工程”精神分裂症患者社区康复效果观察[J]. 现代临床护理, 2012, 11 (6): 14-16.
- [9] 黄琦. 社区康复护理干预对脑卒中患者日常生活能力恢复影响的研究[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16(15): 30-31.
- [10] 章晓春, 李淑华, 钱月芳, 等. 社区脑卒中康复期老人居家护理知识培训效果观察[J]. 护理学报, 2010, 17 (6A): 65.
- [11] 钟建光, 邹俊民, 刘建平. 磁共振弥散加权成像诊断急性脑梗死的临床研究[J]. 中国医学科学, 2013, 3(1): 125-126.

[本文编辑:刘晓华]

·编读往来·

通信作者的职责

通信作者是课题负责人,也是文章和研究的联系人,在论文投稿、修改直至发表的整个过程中,一切的联络工作均由其负责。通信作者掌握课题的经费,负责科研的设计以及文章的书写和质量把关,确保文章的真实性和科学性,是该论文的责任承担者。相对第一作者而言,通信作者具有更高的学术地位和专业水平,在该项科研中以第一作者的指导老师或重要辅导专家的身份为其提供帮助。对一篇科技论文来说,通信作者与第一作者所做的贡献是并列的,均为该文章最重要的作者。

[本刊编辑部]