

. 护理技术 .

目标化康复指导路径表单在脑卒中病人
早期康复中的应用

陈玲 赵振伟 张登文 方伟 樊霞 翟君丽 郎红娟

【摘要】目的 探讨目标化康复指导路径表单在急性缺血性脑卒中病人早期康复中的应用效果。**方法** 2018年1月1日~5月31日收治符合标准的缺血性脑卒中22例为对照组,2018年6月1日~12月31日收治符合标准的缺血性脑卒中23例为观察组。对照组采用常规健康教育和康复指导方法;观察组按照制订日具体目标及康复指导内容循序渐进进行康复指导。入院时、出院时采用自制问卷测评脑卒中知识,入院时、出院时、出院后3个月采用Fugl-Meyer运动功能量表(FMA)评分评定肢体功能。**结果** 入院时,两组病人脑卒中知识得分和FMA评分均无统计学差异($P>0.05$);出院时,两组脑卒中知识得分较入院时明显提高($P<0.05$),而且观察组,明显高于对照组($P<0.05$);出院时、出院后3个月,两组组FMA评分较入院时均明显提高,而且观察组明显高于对照组($P<0.05$)。**结论** 目标化康复指导路径表单可有效提高病人脑卒中疾病知识、康复技能及遵医行为,提高康复效果。

【关键词】 缺血性脑卒中;运动功能障碍;目标化;路径;康复

【文章编号】 1009-153X(2019)10-0631-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.3; R 473.6

70%~80%的脑卒中会发生不同程度的失语、偏瘫、吞咽困难等功能障碍^[1]。健康教育及康复指导是脑卒中康复中不可缺少的重要组成部分,能大大降低致残率,提高康复效果^[2-3]。本文探讨目标化康复指导路径表在急性缺血性脑卒中致运动功能障碍病人早期康复中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 研究对象 入选标准:符合全国脑血管病诊断标准^[4],经头颅CT检查确诊为缺血性脑卒中,均在首次发病24 h内入院并进行溶栓治疗,同时伴有严重运动功能障碍,即Fugl-Meyer运动功能量表(Fugl-Meyer assessment, FMA)评分 <50 分。排除理解力、意识障碍无法配合者。

2018年1月1日~5月31日收治符合标准的缺血性脑卒中24例,其中1例在院期间病情加重不能配合,1例未完成宣教中途转院,予以剔除,余22例纳入研究(对照组)。2018年6月1日~12月31日收治符合标准的缺血性脑卒中26例,其中2例在院期间病情加重不能配合,1例未完成宣教中途转院,予以剔除,共23例纳入研究(观察组)。

对照组男14例,女8例;年龄38~76岁,平均

(56.6±6.2)岁;文盲及小学4例,初、高中12例,大学及以上6例;美国国立卫生研究院卒中量表(National Institute of Health stroke scale, NIHSS)评分 ≤ 5 分4例,6~10分7例,11~15分5例,16~20分6例;大脑中动脉梗塞13例,大脑前动脉梗塞7例,后循环梗塞2例;言语障碍6例。

观察组男15例,女8例;年龄40~78岁,平均(55.7±5.8)岁;文盲及小学5例,初、高中13例,大学及以上5例;NIHSS评分 ≤ 5 分5例,6~10分8例,11~15分6例,16~20分4例;大脑中动脉梗塞15例,大脑前动脉梗塞6例,后循环梗塞2例;言语障碍7例。

两组病人性别、年龄、文化程度、病情、梗塞部位、理解力等均无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 康复指导方法

1.2.1 对照组 采用常规健康宣教及康复指导方法,根据科室脑卒中病人健康教育内容及病人具体情况由责任护士床旁指导,出院前完成出院宣教。

1.2.2 观察组

1.2.2.1 制订康复指导路径表 我科脑卒中病人平均住院时间7 d,伴功能障碍者平均住院时间12.6 d,故宣教计划表设定为10 d(表1)。表中指导内容请教卒中及康复专家并结合临床实际情况制订。

1.2.2.2 制作图文并茂的健康教育手册 参照《中国脑血管病防治指南》、天坛医院缪中荣医生《漫画脑卒中》等,将表单中内容制作成通俗易懂、图文并茂的康复手册,涉及脑卒中高危因素及危害、康复的重要性、方法及时机等内容,将手册发给病人及家属,

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2019.10.018

作者单位:710038 西安,空军军医大学唐都医院神经外科(陈玲、赵振伟、张登文、方伟、樊霞、翟君丽);710032 西安,空军军医大学护理学院(郎红娟)

通讯作者:郎红娟, E-mail: 277460871@qq.com

做到人手一册,便于学习掌握。

1.2.2.3 制作康复训练视频 邀请康复师培训良肢位摆放、精细动作训练的方法并录成视频,安装在便携式平板电脑,可视化指导病人及家属进行模仿锻炼。

1.2.2.4 培训 选2名具有国家脑防委培训资质的专职心脑健康管理师进行本项目培训、考核,进行表单康复指导,力求做到同质化及减少人为误差。

1.2.2.5 措施实施 溶栓后病情平稳、认知及语言功能正常的病人,健康管理师发放康复指导表单、指导手册,视频资料,同时根据表单内容结合宣教手册及康复视频逐日完成内容指导。对暂时言语障碍无法交流的病人,由家属掌握后协助完成以上内容,语言功能恢复后由病人执行,落实后在表单上签名。

1.2.2.6 目标评价 次日指导前对前一天掌握情况进行评估,并在计划表上做出选择签名。如果病人或家属能说出每个目标80%以上关键点,则评定为掌握,小于80%则评定为未掌握。如果未掌握,则当天健康教育内容和目标延后,继续前一天教育内容和目标。健康管理师根据病人及家属的反馈情况不断改进教育方法,对重点内容反复强化,直至目标完成,再继续下一日宣教内容和目标。

1.3 评价方法

1.3.1 脑卒中知识掌握情况 采用自行设计的脑卒中调查问卷,由健康管理师在入院时、出院时分别进行评分。问卷根据Hungerford & Volk(1990)所提出的“知识-态度-行为”理论并参照牛锐^[5]报道的调查表及《中国脑血管病防治指南》作为理论依据,通过咨询专家、参考国内外文献制定而成,共10条目,包括缺血性脑卒中定义、脑卒中的高危因素、脑卒中的危害、脑卒中发生时的应急处理、脑卒中常用的治疗药物、脑卒中早期康复的重要性、脑卒中早期康复的时机、脑卒中偏瘫肢体康复的方法、脑卒中的预防、脑卒中治疗药物的作用及副作用。问卷每条目病人知道记1分、不知道记0分,最高分10分,最低分0分。得分越高则说明其疾病健康知识掌握越好。

1.3.2 偏瘫肢体运动功能评估 入院时、出院时及出院后3个月,采用FMA评分评定,总分100分,<50分为严重运动障碍(I级),50~84分为明显运动障碍(II级),85~95分为中度运动障碍(III级),96~99分轻度运动障碍(IV级)^[6]。

1.4 统计学方法 采用SPSS 16.0进行分析,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; $P <$

表1 每日康复指导路径表单

日程	指导内容	日目标	效果评价		指导者签名
			掌握	未掌握	
d1	早期康复的重要性;良好的心理状态对康复的意义	掌握早期康复的重要性,以良好心理状态积极配合康复。			
d2	早期康复训练的时机;床上被动和主动锻炼的方法	掌握锻炼时机;能配合进行床上肢体的被动和主动锻炼			
d3	良肢位摆放;足下垂的预防;关节综合征预防;肌肉萎缩的预防;语言功能的训练	在医护人员指导下能正确进行良肢位摆放,患侧肢体不发生关节僵硬,肌肉挛缩及足下垂。掌握语言功能训练方法。			
d4	精细动作的训练:包括Bobalh握手、抬腿、运动手指等常规运动	掌握动作要领。			
d5	下床时机;下床活动的方法及注意事项	掌握下床时机、方法与注意事项。			
d6	什么是脑卒中?发生脑卒中危害有哪些?	能说出脑卒中概念,掌握脑卒中的危害			
d7	脑卒中的高危因素,自身存在的高危因素及控制对策	能掌握脑卒中高危因素,能根据宣教内容说出自身存在的高危因素及简单处理对策。			
d8	戒烟宣教,健康饮食及心理调适	能掌握戒烟、健康饮食重要性和注意事项;掌握简单的心理调适技巧			
d9	出院后锻炼的方法、及注意事项。	出院时能掌握出院后锻炼的内容、方法及注意事项			
d10	对未掌握的内容再宣教	要求所有内容掌握80%以上			

表2 两组脑卒中知识得分和FMA评分的比较(分)

组别	脑卒中知识得分		FMA评分		
	入院时	出院时	入院时	出院时	出院后3个月
观察组	2.81±1.76	8.56±1.13 ^{*#}	32.51±4.76	62.35±25.45 ^{*#}	69.28±26.52 ^{*#}
对照组	3.21±1.48	6.56±2.38 [*]	31.61±4.48	50.79±20.38 [*]	56.89±24.39 [*]

注:与入院时相应值比,* $P<0.05$;与对照组相应值比,# $P<0.05$;FMA. Fugl-Meyer运动功能量表

0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组脑卒中知识得分比较 入院时,两组病人脑卒中知识得分无统计学差异($P>0.05$)。出院时,观察组得分明显高于对照组($P<0.05$,表2)。

2.1 偏瘫肢体运动功能比较 入院时,两组FMA评分无统计学差异($P>0.05$)。出院时、出院后3个月,观察组FMA评分均明显高于对照组($P<0.05$,表2)。

3 讨论

3.1 目标化康复指导路径表单的制订是脑卒中病人康复指导所需 脑卒中病人具有高发病率、高致残率和高病死率的特点,特别是病人的肢体及言语功能障碍,严重影响病人的生活质量。文献报道,对于脑卒中导致偏瘫的病人,发病后惰性及依赖性增强、主动性差、意志力减退,严重影响康复效果^[7]。脑卒中病人的肢体功能康复不仅需要药物治疗和康复训练,健康教育也起到潜移默化的作用。目标化康复指导路径表单从康复及疾病基础知识入手,起点低,难度小,循序渐进,易掌握,目标易达成,病人容易看到康复的希望,增强康复的信心,进而提高依从性及康复效果。

3.2 目标化康复指导路径表单+康复指导手册可有效提高病人对疾病认知水平 目标化健康教育路径在常规教育的基础上增加了路径化及目标化的特点^[8,9]。路径化是通过制订健康教育路径表,加强对宣教者的培训,使其掌握具体的教育安排,在宣教中有据可依,避免了健康教育的盲目无序和片面性,提高了宣教水平。目标化是设定日宣教目标,有针对性地进行指导,有目的地进行康复^[10]。同时,人手一册的宣教手册,图文并茂,有利于病人及家属反复学习。而增加效果评价,将质量控制融入整个康复指导过程,保证了康复质量。

3.3 目标化康复指导路径表单+康复视频可提高康复质量 本文康复指导路径表单是通过临床调查后根据病人及家属需求制订,在病人病情稳定后24 h

并将表单发放到病人及家属手中,让其知晓;同时,制作简单易学的康复视频,借助科室宣教工具,让其随时学习。这些举措让病人及家属真正参与到康复计划实施中,充分调动积极性和主动性,使其自觉自愿完成每日康复内容,保证康复效果及进度。

【参考文献】

- [1] 章惠英,刘慧娟. 社区脑卒中病人日常生活活动能力的调查分析[J]. 中华现代护理杂志,2009,5(2):7-8.
- [2] 孟梅. 达标理论在脑卒中病人健康教育中的应用及效果评价[J]. 临床护理杂志,2011,10(2):34-36.
- [3] 班志娟. 脑卒中病人的康复护理综述[J]. 实用心脑血管病杂志,2013,21(9):154-155.
- [4] 全国第四次脑血管病学术会议. 脑卒中病人临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):381-383.
- [5] 牛悦. 326例脑卒中高危人群的脑卒中防护知识态度及行为分析[J]. 中国神经精神疾病杂志,2010,36(10):594-597.
- [6] 徐向东,贾廷慧. 巢元方导引法对脑卒中病人日常生活能力恢复及上肢运动功能的影响[J]. 陕西中医,38(12):1636-1638.
- [7] 万丽红,邓石凤,张小培,等. 不同阶段高血压性脑卒中病人健康知识及行为的比较[J]. 中华护理杂志,2013,48(5):428-431.
- [8] Pronovost P, Berenholtz S, Dorman T, et al. Improving communication in the ICU using daily goals [J]. J Crit Care, 2003, 18(2): 71-75.
- [9] Rehder KJ, Uhl TL, Meliones JN, et al. Targeted interventions improve shared agreement of daily goals in the pediatric intensive care unit [J]. Pediatr Crit Care Med, 2012, 13(1): 6-10.
- [10] 全英玲,叶志弘,徐群利. 每日目标化健康教育对住院脑卒中病人疾病知识的影响[J]. 护理与康复,2015,14(8):787-790.

(2019-04-30收稿,2019-09-08修回)