

·综述·

社区脑卒中患者的管理*

林莉莉¹ 饶婷² 林正坤¹ 陶静¹ 陈立典^{1,3}

脑卒中是威胁人类生命和健康的常见病和多发病,社区脑卒中患者管理是社区康复的重要内容。本文通过对相关社区脑卒中患者管理的临床研究文献进行论述,探讨脑卒中患者出院后的最佳管理模式,以期今后社区康复工作开展提供依据,达到有效提高脑卒中患者的后期生存质量、降低其复发率和病死率的目的。

1 管理意义

我国约有750万脑卒中患者,每年新发脑卒中患者达到250多万^[1],脑卒中后70%—80%的存活者遗留瘫痪、失语、认知等功能障碍^[2]。由于多种因素影响,患者不能在医院进行长期治疗。此外,长期的住院治疗不利于患者回归家庭和社会,影响全面康复的效果。因此,绝大多数患者病情稳定后出院,回归家庭、社区。然而,脑卒中患者后期仍需要大量维持性甚至终身性康复治疗,这样才有利于巩固和发展患者在医院内康复治疗的效果,否则可能使已取得的疗效减退或者功能障碍加重,导致卒中复发,病死率增加^[3]。据调查,脑卒中患者发病后1年内复发率为6.6%—8.0%^[4],2—5年内复发率为25%—33%,复发性卒中30天内死亡率为20%—30%^[5],具有高复发率和高死亡率特点。其中,高复发更是导致患者致残、致死的重要原因。社区康复为脑卒中患者提供立足于家庭和社区的方便、连续、综合、价廉、有效的康复服务,为患者完成后期康复训练,降低卒中复发率、病死率等发挥了重要的作用^[6]。管理是建设的永恒主题,有无长效的管理机制是决定社区脑卒中患者后期康复疗效的关键,是决定患者后期生存质量的根本。有研究表明,对于既往脑卒中患者积极进行管理可以有效地降低脑卒中中的复发率和病死率^[7-8]。故建立社区脑卒中患者相关管理机制,加强对社区脑卒中患者的管理至关重要。

2 管理内容

脑卒中的康复管理涉及多学科、多部门的合作,内容包括脑卒中的康复体系、脑卒中的康复流程、脑卒中的二级预防和健康教育^[9]。目前对社区脑卒中患者的管理主要有以下

四个方面:

2.1 评估

根据患者的实际情况,对患者脑卒中发生的危险因素进行评估。2010年中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南^[10]推荐使用Essen脑卒中危险评分或ABCDE评分法,科学判断患者的危险程度,针对患者的不同情况采用正确有效预防和治疗措施及合适治疗强度,如改变不良生活方式,改变饮食结构,进行适当运动等,以减少脑卒中复发。采用ABCDE策略:A.抗栓治疗:最新抗血小板治疗中国专家共识建议,只要没有禁忌,所有明确诊断的冠心病患者 and 缺血性脑血管病患者均应采取抗栓治疗^[11];B.控制血压和体重:Arima H等^[12]进行PROGRESS (Protection Against Recurrent Stroke Study, PROGRESS)研究结果表明,降压治疗可明显降低中国脑卒中患者的再发风险。据调查,脑卒中患者将血压控制在140/90 mmHg以下,发生二次脑卒中风险降低了24%—40%^[13]。高血压康复评定包括高血压病情评估和功能评定两个部分。高血压的康复治疗主要强调是非药物的治疗,其内容包括改变不良的生活方式、运动疗法、太极拳、气功、放松技术、物理治疗、针灸及按摩等。针对患者高血压危险程度分层,制定相对应的康复治疗方案;C.降低胆固醇;D.糖尿病治疗:目前,尚无针对脑卒中患者糖尿病管理的临床研究,故对这类患者糖尿病管理主要是基于非脑卒中患者糖尿病管理模式,糖尿病患者脑卒中的治疗与非糖尿病脑卒中治疗原则是相同的^[14]。糖尿病患者的康复评定主要包括与糖代谢相关的生化指标测定、肢体感觉和运动功能的评定、日常生活自理能力及心理评定。主要包括饮食疗法、运动疗法、药物疗法、糖尿病教育及血糖监测;E.进行健康教育,体育锻炼,定期体检,从上述五个方面对卒中患者进行全面管理有效防止和延缓卒中的再发。在加强对血糖、血压等危险因素控制时,还应强调脑卒中患者增加就诊次数及监测血糖、血压等危险因素次数,并且坚持不间断药物治疗。根据患者全面的风险评估及病因诊断结果,对不同危险程度的脑卒中患者进行分层管理,提高管理效率。

2.2 康复训练

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2015.12.024

*基金项目:财政部公益性行业科研专项(201307004)

1 福建中医药大学,福州,350122; 2 福建中医药大学附属康复医院; 3 通讯作者
作者简介:林莉莉,女,硕士研究生; 收稿日期:2015-05-05

脑卒中的特点是:“障碍与疾病共存”,故康复应与治疗并进,尽早开始康复。大多数脑卒中患者遗留有运动、感觉、语言等多种功能障碍,故对脑卒中患者病情的评价不仅包括卒中危险因素评估,还包括对患者运动功能评估、语言功能评估、并发症评估、意识和认知功能评估和心理评估等。针对评估结果,制定出具有针对性的个体化的治疗方案。2011年中国脑卒中康复治疗指南中,推荐使用美国国立卫生研究院卒中量表(National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS)作为脑卒中患者综合评价指标及疗效指标。在综合检查与康复功能评定的基础上,制定相应的康复治疗计划 and 目标。根据患者的不同恢复阶段进行相应的康复训练,每周5次,每次不少于1h^[9];针对部分可自行锻炼患者,应达到每次不少于40min,每周3—4次的中高等强度有氧运动^[13]。在训练过程中,需要患者及家庭成员的共同参与。同时,在社区康复团队的指导下,对患者日常生活的周围环境进行无障碍改造,以改善患者生活环境。另外,定期对患者进行康复评估,及时调整康复方案,制定下一步康复计划。

2.3 社区康复管理流程

脑卒中的三级康复是我国现阶段适合推广的脑卒中康复治疗体系^[15]。“社区一级康复”,患者在社区卫生服务中心进行康复治疗;“社区二级康复”在社区康复站内进行康复治疗;对于不能到达社区康复站的患者,提供的家庭上门康复治疗或者患者在康复医生的指导下,回到家庭继续进行锻炼,即“社区三级康复”。患者出院回归家庭、社区后,社区康复医生在医院或者康复中心康复的基础上,根据患者实际情况制定计划。若患者出院需要社区康复,则对患者和家属进行康复教育,共同制定康复计划,继续脑卒中的二级预防;若无需社区康复,社区医生通过上门、电话及门诊等方式,定期进行随访。对于需要继续社区康复患者,社区康复医生根据患者居住环境制定康复计划并负责实施训练。若患者功能恢复达到平台期,可以对患者及其家属进行康复宣教,使患者可以在家中进行常规的锻炼以维持功能^[16]。另外,社区可以通过建立脑卒中健康档案、健康教育及自我管理、定期体检、定期康复评定和随访指导、危险因素控制,并且对不稳定及出现不良反应者,转至上级医院等转诊机制对社区脑卒中患者进行有效长期管理。加强医患沟通,通过社区医生对患者指导和监督,提高患者的脑卒中相关知识的知晓率、健康行为的实施率、对社区医生的依从率,从而降低医药费用,降低脑卒中的再发率和致残率,提高患者生存质量^[17]。

2.4 随访与再评估

社区卒中患者必须进行定期随访和评估,对患者每月进行1次评定,至少每3个月随访1次,由康复团队进行专业全面评估^[9]。随访和评估内容包括对患者肢体功能状态、自理生活能力、生存质量、心理状态等进行评估。同时,针对患者

实际情况,增加相应的评估内容调整。社区根据评估结果,观察社区对卒中患者管理的效果,进行社区对卒中患者管理内容的更新,完善社区管理工作。

3 管理方式

目前,社区管理大多数针对卒中患者心脑血管疾病相关危险因素进行管理,如高血压、糖尿病,服药情况等进行管理,并未对患者出院后在社区和家庭中康复情况进行规范的管理^[18]。对社区脑卒中患者的管理模式尚处在探索阶段。目前对社区患者的管理模式主要有以下几种:

3.1 三级管理模式

三级模式是进行社区管理的有效保障,康复治疗是社区有效管理的核心。脑卒中三级康复管理将脑卒中患者的康复管理延续到出院之后的社区康复管理和家庭康复、家庭卒中护理指导中,形成脑卒中患者一种有效的康复管理模式,促进脑卒中患者各项功能的恢复,提高患者的生存质量,降低医疗费用,最大限度地发挥社区脑卒中管理的团队作用,且具有较好的社会和经济效应^[19]。崔立军等^[20]通过在社区层面上建立三级康复管理模式对49例脑卒中患者进行干预,结果表明“社区三级康复”充分利用现有人力资源,使回归社区患者得到就近、简便的一系列康复治疗,可显著改善脑卒中患者神经功能缺损程度,促进神经功能的恢复。

3.2 卒中单元管理

系统评价证实,卒中单元可明显提高脑卒中患者功能恢复,降低其病死率及致残率^[21]。葛晴霞等^[22]研究将“卒中单元”理念引入社区管理,在现有社区防治小组基础上,增加康复医师及康复治疗技术人员,由护理人员、防保人员、临床医师、受过专业康复训练的康复人员及接受过正规心理咨询培训的心理咨询师组成团队干预小组对社区脑卒中患者实行卒中单元管理,在临床医师及康复人员进行基线评估结果基础上,制定干预管理计划及措施,并根据患者的病情严重程度调整方案。将脑卒中患者引入社区康复卒中单元管理服务模式,不仅有利于整合、节约医疗资源,集医疗、预防保健及康复指导于一体,还为脑卒中患者提供身心全面兼顾、连续性、协调性的全科医疗服务,提高其整体康复水平,从而提高其生存质量。社区患者多,管理较困难,可分为两个部分进行管理。对行动不便无法到社区卫生服务中心进行康复患者,社区成立出院后早期家庭-支持小组^[23],直接参与脑卒中患者的日常生活,对患者疾病发展服药实际情况做到及时了解;对能够到社区卫生服务中心进行治疗者,卒中管理小组直接与脑卒中患者对接,根据患者情况,采取相应的康复治疗措施。对出院后未进行社区康复或未在社区诊治卒中患者,进行定期、不间断的随访是必要的,并且至少每3个月随访1次,这样可有效减少脑卒中患者的复发和再入院。

3.3 双向转诊

由于脑卒中高发率、高复发率,及病程的长期性和特殊性,所以,在三级医院与社区卫生服务中心之间需建立一条双向转诊通道,保证脑卒中患者的全程管理。根据病情和人群健康的需要而进行转院诊治的过程,上级医院将病情稳定脑卒中患者直接转诊到患者所辖社区,社区通过建立《脑卒中社区健康管理专案》,记录卒中患者的情况并定期进行随访管理,及时录入信息;对病情加重,疾病复发,不宜在家中治疗康复者,协助转诊并跟踪管理,形成“大病进医院,康复进社区”的格局。刘秀梅等^[24]研究以社区卫生服务中心为依托,以社区脑卒中患者管理为突破口,实施脑卒中患者双向转诊管理模式,结果社区脑卒中患者管理率高达92.7%,失访率下降20.6%,有效提高社区卫生服务中心医疗质量和对脑卒中等慢性病管理水平。这样不仅实现卫生资源配置优化,还可促进患者合理分流,明确医疗机构职能,加强医疗协作,使社区卫生服务得到更好地发展。同时,建立社区卫生服务机构与三级医院之间的医疗与健康双向管理模式,可提高卒中患者的生存质量,为脑卒中社区规范化管理奠定基础。

3.4 自我管理

脑卒中患者的管理不仅依赖于医务人员系统管理,还需患者的自我管理。Cadihac DA等^[25]研究将143例脑卒中患者随机分为3组,分别进行脑卒中专业自我管理干预、常规干预及空白对照,对患者参与安全性及积极性进行研究,结果表明脑卒中专业自我管理干预是安全可行的。McKenna S等^[26]研究也表明自我管理是安全有效的,适用于社区脑卒中患者,可促进脑卒中患者康复,提倡社区脑卒中患者进行自我管理。自我管理是脑卒中康复的重要内容之一^[27],患者出院后即开始自我管理。自我管理是“医生—患者单向分级管理模式”的有益补充。良好的自我管理行为是脑卒中患者最大限度地恢复机体功能,减少复发和长期存活的关键^[28-29]。如何教育患者有效地进行自我管理,是社区康复主要工作之一。脑卒中患者自我管理包括疾病管理、情绪管理、角色管理、饮食管理、日常生活起居管理以及康复锻炼管理。高春华等^[30]研究采用随机对照研究方法,将120例首次脑卒中患者随机分为自我管理组和对照组,观察自我管理对社区脑卒中患者运动功能、生存质量及抑郁程度等的影响,结果表明对社区脑卒中恢复期患者实施脑卒中自我管理能提高社区脑卒中恢复期患者运动功能、日常生活活动能力和生存质量,且能降低脑卒中患者的抑郁程度。卒中患者经过急性期的治疗,病情稳定回归家庭后仍需要长期治疗来促进康复及预防卒中复发,在这过程需要患者和照顾患者的家属共同参与疾病的管理和康复训练,促进患者功能恢复,提高患者的生存质量。高艳辉等^[31]研究以Orem自理学说及卒

中单元管理理念,探索以家庭为单位的自我管理模式对脑卒中患者康复效果的影响,结果表明自我管理可提高患者生存质量,降低家庭及社会压力。

3.5 健康教育

健康教育是针对康复患者及家属生理、心理、文化、社会等的不同适应能力而进行的一种有计划、有组织的系统宣教,向患者及家属提供疾病相关知识,改变行为和生活方式所必要的知识,以及常规康复训练技能等,以改善和恢复功能,预防并发症及疾病复发,提高生存质量。健康教育贯穿于社区康复整个治疗过程中,甚至是终生的。对社区脑卒中患者及其家属进行针对性的健康教育,具有提高康复效果,增强患者的康复信心,提高患者依从性,预防并发症,降低卒中复发率、病死率等积极的作用^[32]。在脑卒中首次发病后,要尽早开展二级预防工作,对卒中患者进行健康教育,内容以如何预防卒中复发及如何进行自我康复为主,以预防复发和促进功能恢复。二级预防行为干预不仅加强了对社区卒中患者进行连续动态的疾病观察、治疗、康复和健康指导,同时也加强了卒中复发危险因素和遵医行为的管理。教育内容^[13,33]包括,脑卒中相关基本知识及生活习惯调整知识,了解在恢复期单纯或过度依赖药物治疗的弊端和局限性,了解康复治疗在促进患者恢复中的重要作用,预防再发风险、了解再发征象;帮助患者及其家属学习并掌握简单、实用、有效的社区脑卒中康复适宜技术,以家庭为基地进行正确训练;告知患者及家属训练要持之以恒,循序渐进,定期到社区接受指导,或由康复师定期到家中随访指导;调动患者及家庭成员的积极性,给予患者充分的关注和理解,减轻其心理压力。脑卒中患者在治疗和康复的过程中,往往伴有不同程度的心理障碍和精神负担。不良的心理状况往往会造成日常生活能力及认知功能水平的下降^[34],严重影响患者康复和生存质量,鼓励其参加一些力所能及的家庭、社会活动,进行一些有益于身心健康的活动。社区同时可以成立多个兴趣小组,根据患者情况或意愿进行分组,定期组织活动,让患者主动走出家门,进入社区进行积极主动康复。此外,还包括如何配合医生定期进行康复评估,调整康复方案等内容。健康教育开展是对社区脑卒中患者进行管理的一种有效干预手段,对提高脑卒中患者和群众的康复意识、日常生活能力、降低病死率等有重要意义^[35]。另外,疾病管理的主要责任承担者为患者本人和家庭成员患者。出院回归家庭后,家属未准备好如何照顾患者,加强患者家属的对疾病的了解、解决问题能力训练^[36],对患者及家属进行相关知识的教育及康复训练指导,加强了医患沟通,充分调动了患者和家属的积极性,形成一种对疾病合作管理的干预模式。

4 存在问题

1976年WHO提出社区康复(community-based rehabilitation, CBR)是一种有效、经济、服务覆盖面广的康复服务方式,尤其适用于发展中国家。我国卫生部把康复作为社区卫生服务六位一体功能之一。国外已成功将康复工作纳入区域性卫生网络,然而,我国目前社区康复管理模式尚处于零散、小范围的应用,尚无大规模、大范围研究,无法达成共识的社区卒中患者管理模式,尚缺乏一套完整连续的社区康复管理体系。我国目前的双向转诊尚处于尝试和探索阶段,尚未建立完善的体制和机制,存在组织体系不健全、缺乏配套的规章制度、监督管理不到位等问题。并且我国卒中患者的卒中二级预防管理意识不够,自我管理行为整体有待提高,其管理行为水平远未达到理想水平^[37]。目前,自我管理项目在卒中康复中应用,尚不够广泛。分析其因素,可归纳为4个方面^[38]:①缺少统一的规划和管理,组织机构臃肿,职责不明确;②社区相关康复专业人员数量及质量有待提高;③社区卒中二级预防开展不够深入,患者及家属对卒中二级预防缺乏认识;④患者对社区卫生服务缺乏信任。

5 解决对策

5.1 建立完善的社区卒中管理体制

我国卒中社区康复管理尚缺乏统一的管理体系,需要探讨一套完善的管理体制。社区卒中管理体制完善,不是靠某一个部门就能做到的,社区康复是一个综合的模式,社区康复计划实现需要各有关方面的人员的共同努力^[39]。通过各部门的共同参与,科学、合理管理,使其形成一个有机的整体,做到分工明确,协调合作。可借鉴糖尿病、高血压等其他慢性病管理的成熟经验,利用现有的卒中管理的规范指南、政策,逐步探讨出一套完善的管理体制。

5.2 社区康复人才培养

加大对社区康复技术人员培训力度,充分发挥综合医院康复医学科作用,为社区提供康复专业培训和技术的指导,提高社区康复技术水平。另外,社区康复不是简单将原来医院的一套康复处理方法直接搬到社区来,而应在社区和家庭范围内对卒中功能障碍者的周围环境加以调整和改变,使之促进卒中患者的功能改善。康复适宜技术简单易行、易教易学,可有效改善患者的功能状态^[40]。可推广社区康复适宜技术,更好服务于社区康复。

5.3 卒中防线建立

通过大量健康教育讲座,发放卒中防治知识手册、视频、展架以及多媒体形式等宣传卒中二级预防知识,构建广泛、坚固的卒中防线,使得患者掌握卒中二级预防相关知识,提高其卒中二级预防意识,充分调动其积极主动性,提高患者的自我效能,更好地自我管理。

5.4 建立远程卒中医疗服务系统

目前,由于我国康复发展相对滞后,社区康复专业人员相对较少,无法满足大部分社区卒中患者的要求。并且社区卫生医疗资源相对缺乏,构建多学科组成卒中单元相对比较困难,创建远程的卒中单元网络,可有效解决这些问题。脑卒中的远程医疗服务可以指导患者的治疗,提供患者咨询平台,并且可以提供网络会诊、针对性健康教育,共同制定康复治疗计划,做到连续、无间断的管理,使卫生资源得到充分利用,同时加强了医疗协作,使卒中患者得到更加有效的管理,具有经济有效特点,可广泛应用于社区、小医院及乡村等地区,具有良好的社会和个人效益^[41]。Muller-Barna P等^[42]研究也说明了远程康复指导管理,可有效改善卒中患者的运动功能,提高生存质量。“社区卒中单元”模式并不是简单医院“卒中单元”的延伸,实际上是完全不同两种模式。国外在理论探讨中引进“延伸的卒中单元”概念,但是至今,如何建立“社区卒中单元”并未达成共识。“社区卒中单元”管理对象、人员构成等不同于医院“卒中单元”,在我国政府大力推动社区医疗卫生服务建设的当下,结合各个社区实际情况,尝试建立“社区卒中单元”具有重要的现实意义和社会意义。

5.5 效果评估

加强管理,科学评估康复效果和管理工作,总结经验,不断提高质量,持续发展。同时应建立相关奖励制度,调动社区卫生服务机构开展社区康复的积极性。

6 小结

建立出院后卒中患者最佳管理模式,应从评估筛查、制定治疗方案到定期健康教育和监测、随访,建立卒中患者的长期管理模式。需要做到以下几点:①组建专业社区康复团队,建立中国特色的社区康复卒中单元;②鼓励发展多模式的社区康复,如将三级康复管理模式、卒中单元、自我管理及远程服务进行结合,建立健全脑卒中的三级康复治疗网络和二级社区管理体系;③制定有效随访体系及规范卒中康复治疗操作流程;④健康教育;⑤建立信息化服务平台。

参考文献

- [1] Liu L, Wang D, Wong KS, et al. Stroke and stroke care in China: huge burden, significant workload, and a national priority[J]. *Stroke*, 2011, 42(12): 3651—3654.
- [2] Wu X, Zhu B, Fu L, et al. Prevalence, incidence, and mortality of stroke in the Chinese island populations: a systematic review[J]. *PLoS One*, 2013, 8:e78629—e78629.
- [3] 蔡海鸥.脑卒中后的社区康复[J].中国康复医学杂志,2001,(1): 49—50.
- [4] Lee I, Sucharew H, Alwell K, et al. International Stroke Conference Oral Abstracts - Session Title: Community/Risk Factors Oral Abstracts II: Abstract 98: Stroke Recurrence Rates are Not Changing over Time. *Stroke*, 2014, 45(Suppl 1): A98- A98. http://stroke.ahajournals.org/content/45/Suppl_1/

- A98.abstract.
- [5] 涂双燕,杨蓉,陈德智,等.脑卒中病人出院后有效社区管理的文献分析[J].护理研究,2013,27(34):3962—3964.
- [6] 梁娟,林成杰.我国脑卒中患者社区康复探讨[J].中国康复,2012,27(4):316—318.
- [7] 侯金圆.脑卒中社区干预及综合管理的效果评价研究[J].湖南中医药大学学报,2014,34(2):35—36.
- [8] 张颖.社区脑卒中患者康复管理的体会[J].实用心脑血管病杂志,2011,19(11):2010—2011.
- [9] Wright L, Hill KM, Bernhardt J, et al. Stroke management: updated recommendations for treatment along the care continuum[J]. Intern Med J, 2012, 42(5):562—569.
- [10] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组缺血性脑卒中二级预防指南撰写组.中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2010[J].中华神经科杂志,2010,43(2):154—160.
- [11] 中华医学会心血管病学分会.抗血小板治疗中国专家共识[J].中华心血管病杂志,2013,43(3):183—194.
- [12] Arima H, Anderson C, Omae T, et al. Perindopril-based blood pressure lowering reduces major vascular events in Asian and Western participants with cerebrovascular disease: the PROGRESS trial[J]. J Hypertens, 2010, 28(2):395—400.
- [13] Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association[J]. Stroke, 2014, 45(7):2160—2236.
- [14] 孙红江,艾长山.糖尿病患者脑卒中的临床特点及康复治疗体会[J].按摩与康复医学(下旬刊),2010,1(1):66.
- [15] 胡永善.中国脑血管病后三级康复治疗的研究[J].中国临床康复,2002,6(7):935—937.
- [16] 中华医学会神经病学分会神经康复学组,中华医学会神经病学分会脑血管病学组,卫生部脑卒中筛查与防治工程委员会办公室,等.中国脑卒中康复治疗指南(2011完全版)[J].中国康复理论与实践, 2012,18(4):301—318.
- [17] 倪姣娜,唐新华,徐珊瑚,等.脑卒中后患者社区规范化康复管理初探[J].心脑血管病防治,2012, 12(1):50—55.
- [18] 方向华,吴永浩,刘宏军,等.北京市社区卫生服务机构对缺血性脑卒中患者管理现状[J].中国慢性病预防与控制,2008,16(3):233—236.
- [19] 胡世红,凌晴,胡永善,等.上海市闵行区脑卒中社区康复模式初探[J].中国康复医学杂志, 2014,29(5):468—470.
- [20] 崔立军,胡永善,沈国光,等.社区三级康复改善脑卒中患者神经功能的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2009,24(9):800—803.
- [21] Langhorne P, Fearon P, Ronning OM, et al. Stroke unit care benefits patients with intracerebral hemorrhage: systematic review and meta-analysis[J]. Stroke, 2013, 44(11):3044—3049.
- [22] 葛晴霞,章慧霞,郭根平.社区康复卒中单元对脑卒中患者功能状态的影响[J].中国康复理论与实践,2012,11:1021—1023.
- [23] Langhorne P, Jepsen BG, Larsen T. Early home-supported discharge after stroke: a brief report on the practical implementation[J]. Int J Rehabil Res, 2014, 37(2):192—194.
- [24] 刘秀梅,贾鸿雁,吴浩.社区团队服务中脑卒中双向转诊模式的探索与实践[J].中国全科医学, 2011,14(28):3193-3194, 3197.
- [25] Cadilhac DA, Hoffmann S, Kilkenny M, et al. A phase II multicentered, single-blind, randomized, controlled trial of the stroke self-management program[J]. Stroke, 2011, 42(6):1673—1679.
- [26] McKenna S, Jones F, Glenfield P, et al. Bridges self-management program for people with stroke in the community: A feasibility randomized controlled trial[J]. Int J Stroke, 2015, 10(5):697—704.
- [27] Satink T, Cup EH, de Swart BJ, et al. How is self-management perceived by community living people after a stroke? A focus group study[J]. Disabil Rehabil, 2015,37(3):223—230.
- [28] Lennon S, McKenna S, Jones F. Self-management programmes for people post stroke: a systematic review[J]. Clin Rehabil, 2013,27:867—878.
- [29] Jones TM, Hush JM, Dear BF, et al. The efficacy of self-management programmes for increasing physical activity in community-dwelling adults with acquired brain injury (ABI): a systematic review[J]. Syst Rev, 2014, 3:39.
- [30] 高春华,黄晓琳,黄杰,等.自我管理对提高社区脑卒中患者日常生活活动能力及生活质量的效果[J].中国康复理论与实践, 2014,08:789—793.
- [31] 高艳辉,黄春香,孙继红.以家庭为单位自我管理模式对脑卒中患者康复效果的影响[J].中国护理管理,2011, 3:36—39.
- [32] 廖洪波.浅谈脑卒中后遗症患者社区康复和管理策略[C].中国康复医学会脑血管病专业委员会换届暨第十五次全国脑血管病康复学术年会、湖南省康复医学会神经康复专业委员会2012学术年会.中国湖南长沙.2012.
- [33] Goldfinger JZ, Kronish IM, Fei K, et al. Peer education for secondary stroke prevention in inner-city minorities: design and methods of the prevent recurrence of all inner-city strokes through education randomized controlled trial [J]. Contemp Clin Trials, 2012, 33(5): 1065—1073.
- [34] Ojagbemi A, Akinyemi R, Baiyewu O. Cognitive dysfunction and functional limitations are associated with major depression in stroke survivors attending rehabilitation in Nigeria[J]. Neuro Rehabilitation, 2014, 34(3): 455—461.
- [35] Fortmann SP, Varady AN. Effects of a community-wide health education program on cardiovascular disease morbidity and mortality: the Stanford Five-City Project[J]. Am J Epidemiol,2000, 152(4):316—323.
- [36] Cameron JI, Naglie G, Green TL, et al. A feasibility and pilot randomized controlled trial of the "Timing it Right Stroke Family Support Program"[J]. Clin Rehabil, 2014:1—12.
- [37] 唐晴王,艳桥,蒋运兰.脑卒中恢复期病人相关知识水平及自我管理行为现状调查[J].护理研究,2013, (28):3090—3092.
- [38] 左惠娟,王成恒,颜东,等.社区缺血性脑卒中患者二级预防现状及再发脑卒中相关危险因素的调查[J].中国循证心血管医学杂志,2014,(1):80—83.
- [39] 卓大宏.关于贯彻执行《社区康复指南》的刍议[J].中国康复医学杂志,2013,28(4):291—292.
- [40] 江晓峰,胡雪艳,熊国星,等.社区脑卒中康复适宜技术对脑卒中患者社会功能活动的影响[J].中国康复理论与实践,2011,(2):178—180.
- [41] Hess DC, Audebert HJ. The history and future of telestroke [J]. Nat Rev Neurol, 2013, 9(6):340—350.
- [42] Muller-Barna P, Hubert GJ, Boy S, et al. TeleStroke units serving as a model of care in rural areas: 10-year experience of the TeleMedical project for integrative stroke care [J]. Stroke, 2014, 45(9):2739—2744.