

慢性病自我管理对脑梗死患者生活质量的影响*

符晓艳¹ 王 敏¹ 王 华¹ 祝欣忆¹ 何桂林¹ 周华东¹

脑梗死是一种常见的慢性疾病,约60%—80%的患者留有不同程度的偏瘫、失语或其他后遗症^[1],导致患者失能,失去自我照顾的能力^[2],且该病5年内复发率最高可达40%^[3]。患者治疗后回归家庭、社会,但仍需要长期的功能锻炼和疾病的自我管理,促进康复和预防脑梗死的复发。患者出院后,随着时间的推移,对医务人员的嘱咐逐渐淡忘,康复的依从性也随之下降,可导致其功能障碍加重、独立生活能力下降,影响患者的生活质量。慢性病自我管理方案(chronic disease self-management program,CDSMP)是美国斯坦福大学Kate Lorig等^[4]在关节炎自我管理项目的基础上建立的普适性慢性病管理项目。CDSMP是由专业医务人员进行健康教育,使患者掌握管理自身疾病的必要技能,增强生活自信心,促进其生理、心理健康的一种管理模式^[5]。本研究拟通过CDSMP来提高社区脑梗死偏瘫患者的生活质量进行探讨,为社区服务提供依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择2015年1月—2016年6月在我科出院的脑梗死患者86例。入选标准:①符合中华医学会神经病学分会脑血管病小组撰写的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010》的诊断标准^[6],且具备头颅CT或MRI检查证实。②首次发病。③意识清醒,病情稳定。④存在肢体功能障碍。⑤重庆市渝中区石油路社区常住人口。⑥自愿参与本研究并签署知情同意书。排除标准:精神障碍、意识障碍、失认、无法交流的患者、合并其他器官严重受损的患者。将入组的患者按出院先后顺序分为对照组43例、观察组43例。其中,对照组男28例,女15例,年龄(67.41±5.72)岁;观察组男29例,女14例,年龄(67.32±5.64)岁。病程:对照组(11.9±3.6)月;观察组(12.7±3.2)月,差异无显著性意义($P>0.05$)。两组患者在性别、年龄、发病时间、病程等比较差异无显著性意义,具有可比性。

1.2 方法

两组患者住院期间均给予神经内科常规治疗、护理和康复。对照组采用传统的常规管理模式进行管理,即出院前1

天由责任护士向患者讲解出院健康宣教(服药指导、功能训练、注意事项及门诊随访),出院后每月电话随访1次。观察组在常规管理模式的基础上接受CDSMP的干预。分别在患者出院时(干预前)和6个月时(干预后),采用脑卒中自我管理行为量表、脑卒中患者功能锻炼依从性问卷及脑卒中生活质量量表进行评分,最后对两组患者干预前和干预后的各项评分进行比较。

CDSMP干预方法:本研究共6位专业人员参与,项目负责人1人,主要负责总体安排;1名临床医师,负责患者病情变化的处理;2名康复师,负责患者康复训练计划的制定、实施;2名护士,负责患者的资料收集、病情观察、健康教育及随访。研究前,由项目负责人对全体研究人员作统一培训。CDSMP每周集中进行1次课程安排,约1—1.5h,主要有理论知识授课、康复训练、护患沟通。主要内容包括:①脑梗死危险因素的管理(血压、血糖的管理、监测、记录)及饮食管理。②服用脑梗死药物的注意事项及不良反应,设置服药闹钟,提醒患者服药,提高服药依从性。③脑梗死的预防、临床表现、治疗等相关知识宣讲,做到早识别,防复发。④肢体功能康复训练,给患者和家属发放康复训练手册,集中授课时播放康复训练视频,并给予现场示范指导;教会患者及家属进行肢体自主被动运动和自主主动运动。活动顺序为近端关节向远端关节活动,活动时嘱患者注视患侧,通过视觉反馈及言语刺激,加强患者主动参与。每天3—4次,每次15—20min,各关节全范围活动不少于20次。并把康复训练视频转发到每位患者的手机上,教会患者及家属使用,以便患者平日能够正确的坚持功能训练。a. 肢体自主运动:患者仰卧,双手Bobath握手(即双手指交叉,患手拇指放于健手拇指掌指关节上),在健侧上肢的帮助下,做双上肢伸肘、肩前屈的上举运动。健侧足插于患侧下肢的下方,膝关节保持伸展,抬起健侧下肢带动抬起患侧下肢。b. 床上翻身训练:患者仰卧位,健腿屈膝,插于患腿下方,采用Bobath握手,双上肢伸直举向上方,做左右侧方摆动,借助摆动的惯性使双上肢和躯干一起翻向健侧。c. 自主行走训练:患者行走时三个支端着地负重。行走时按手杖→患侧下肢→健侧下肢的顺序行

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2019.04.020

*基金项目:重庆市科技攻关计划项目(CSCS2008AB0011)

1 陆军军医大学大坪医院野战外科研究所神经内科,重庆,400042

作者简介:符晓艳,女,主管护师;收稿日期:2017-12-11

走。d. 上肢控制能力训练:患者坐于桌前,用患手翻动手上的扑克牌,或让患者转动手中的一件小物件。e. 手功能训练:患手进行抓取放开训练、对指训练、转移物品训练等与日常生活有关的训练,提高患者手的综合控制能力。还可通过编织、绘画等训练患者双手协同操作能力。⑤脑梗死患者病友活动:每月1次,每次30—40min,安排恢复较好的患者进行现身说法,并进行互动沟通交流。⑥家庭随访,康复师和护士每月进行1次家庭访视,一对一的评估、沟通指导,解决日常康复训练存在的问题。

1.3 评价指标

①卒中自我管理行为量表^[7]:该量表包括疾病管理、用药管理、饮食管理、日常生活起居管理、情绪管理、社会功能和人际管理、康复管理7个维度,共51个条目,每个条目采用1—5级评分,条目计分方法为:51个条目得分之和(满分255分)。总分越高,表示患者的自我管理行为越好。②脑卒中患者功能锻炼依从性问卷^[8](questionnaire of exercise adherence, EAQ):该问卷包括身体锻炼依从、锻炼监测依从、主动寻求建议依从3个维度,共14个条目,每个条目采用1—4级评分,条目计分方法为:14个条目得分之和(满分56分)。总分越高,表示患者的功能锻炼依从水平越高。③卒中生活质量量表^[9](stroke-specific quality of life scale, SS-QOL):该量表对卒中患者的体能、家庭活动、语言、运动、情绪、性格、自理能力、社会活动、思维能力、上肢功能、视觉和工作能力等12个维度进行评定,共49个条目,每个条目采用1—5级评分,条目计分方法为:49个条目得分之和(满分245分)。总分越高生活质量越好。

1.4 统计学分析

采用SPSS18.0软件进行统计学分析,计量资料数据以均数±标准差表示,比较采用 t 检验,计数资料采用百分率表示,组间对比采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

干预前两组患者自我管理行为评分及各维度评分的比较,差异无显著性意义($P>0.05$);干预后观察组患者自我管理行为评分及各维度评分均高于对照组,两组比较差异有显著性意义($P<0.01$)。见表1。

干预前两组患者EAQ评分及各维度评分的比较,差异无显著性意义($P>0.05$);干预后观察组患者EAQ评分及各维度评分均高于对照组,两组比较差异有显著性意义($P<0.01$)。见表2。

干预前两组患者SS-QOL评分及各维度评分比较,差异无显著性意义($P>0.05$);干预后观察组患者SS-QOL评分及各维度评分均高于对照组,两组比较差异有显著性意义($P<0.01$)。见表3。

3 讨论

3.1 CDSMP能提高脑梗死偏瘫患者自我管理能力

本研究中,对脑梗死患者采用CDSMP干预6个月后,观察组患者自我管理行为评分及各维度评分均高于对照组($P<0.01$)提示对卒中患者实施CDSMP管理是有效的,这也与其他研究所显示^[10-11],患者自我管理行为可减少卒中慢性病2年内的医院复诊率是一致的。但是,研究也表明^[10,13],我国卒中患者自我管理行为处于中等偏下水平而长期良好的自我管理行为是卒中患者康复的关键^[12]。因此,寻找为患者提供一种有效的干预方法来提高其自我管理行为尤为重要。CDSMP是在医务人员的指导下通过患者的行为保持、监控、管理自身疾病,以增进自身健康的一种管理方法^[14]。给予每周集中进行一次理论授课,让患者和家属逐渐了解并掌握疾病的相关知识,改变患者的不良生活方式,保持健康行为的意识。通过康复效果明显改善的患者用亲身体会与其他患者互动沟通,更易于获得其他相关患者及家

表1 两组患者干预前后自我管理行为评分及各维度评分比较

($\bar{x}\pm s$)

评价指标	干预前				干预后			
	对照组(n=43)	观察组(n=43)	t 值	P 值	对照组(n=43)	观察组(n=43)	t 值	P 值
自我管理行为总分	145.12±14.95	143.08±16.34	0.60	0.55	150.43±13.75	196.77±17.83	-13.50	<0.01
安全用药管理	17.13±2.34	17.42±2.75	-0.53	0.60	18.21±2.68	21.67±2.15	-6.60	<0.01
人际管理	18.69±3.27	18.56±3.83	0.17	0.87	19.95±3.22	23.45±3.08	-5.15	<0.01
饮食管理	26.05±4.11	25.84±4.59	0.22	0.82	28.46±4.04	32.16±3.67	-4.45	<0.01
情绪管理	15.92±2.36	16.37±3.40	-0.71	0.48	15.56±2.96	20.68±2.42	-8.78	<0.01
生活起居管理	24.53±4.62	23.62±4.98	1.84	0.07	26.83±4.59	29.59±5.34	-2.57	<0.01
康复管理	17.16±5.30	18.28±4.15	-1.09	0.28	17.04±5.81	24.57±6.58	-5.63	<0.01
疾病管理	25.64±6.18	24.93±6.84	0.51	0.61	28.87±6.46	34.82±7.93	-3.81	<0.01

表2 两组患者干预前后EAQ评分及各维度评分比较

($\bar{x}\pm s$)

评价指标	干预前				干预后			
	对照组(n=43)	观察组(n=43)	t 值	P 值	对照组(n=43)	观察组(n=43)	t 值	P 值
EAQ评分总分	31.79±5.45	30.68±5.32	0.96	0.34	28.33±5.57	35.84±5.25	-6.43	<0.01
身体锻炼依从	18.74±4.39	18.67±4.21	0.08	0.91	18.05±4.16	20.82±4.39	-3.00	<0.01
锻炼检测依从	6.32±1.56	6.08±1.74	0.67	0.50	6.04±1.67	10.26±1.38	-12.77	<0.01
寻求建议依从	5.28±1.83	5.45±1.29	-0.50	0.62	5.11±1.73	8.36±1.65	-8.91	<0.01

表3 两组患者干预前后SS-QOL评分及各维度评分比较

($\bar{x} \pm s$)

评价指标	干预前				干预后			
	对照组(n=43)	观察组(n=43)	t值	P值	对照组(n=43)	观察组(n=43)	t值	P值
SS-QOL 评分总分	81.59±26.71	80.16±27.94	0.24	0.81	92.38±30.53	135.47±38.16	-5.78	<0.01
体能	5.67±2.62	5.43±2.58	0.43	0.67	6.75±2.84	9.24±3.12	-3.87	<0.01
家庭角色	5.41±1.62	5.39±1.58	0.06	0.95	6.23±2.72	9.15±2.46	-5.22	<0.01
语言	11.28±3.24	11.56±3.46	-0.39	0.70	13.68±4.15	17.42±5.37	-3.61	<0.01
活动能力	12.79±3.85	12.57±3.49	0.28	0.78	13.77±4.59	19.23±7.18	-4.20	<0.01
情绪	6.22±2.37	6.19±2.41	0.06	0.95	7.31±3.26	9.58±4.29	-2.76	<0.01
个性	4.93±1.11	4.84±1.06	0.38	0.70	5.06±1.37	8.97±2.64	-8.62	<0.01
自理	7.27±1.23	7.35±1.29	-0.29	0.77	8.39±3.52	12.35±4.63	-4.46	<0.01
社会角色	5.34±1.36	5.26±1.32	0.28	0.78	7.01±1.36	10.36±2.51	-7.69	<0.01
思维	4.08±1.15	4.12±1.07	-0.17	0.87	4.35±2.03	6.18±2.35	-3.86	<0.01
上肢功能	6.87±2.33	6.71±2.25	0.32	0.75	7.91±3.28	15.67±4.29	-9.42	<0.01
视力	6.45±2.52	6.36±2.49	0.17	0.87	7.53±2.36	9.21±2.67	-3.09	<0.01
工作能力	4.69±1.34	4.38±1.27	1.10	0.27	5.22±2.37	8.14±2.91	-5.10	<0.01

属的认同及相仿。患者间及家属间的经验交流,对进一步增加自我疾病的管理的主动和自觉性是有益的。

3.2 CDSMP能提高脑梗死偏瘫患者功能锻炼依从性

本研究中,采用CDSMP干预6个月后,观察组患者EAQ评分和SS-QOL评分明显高于对照组($P<0.01$)。研究显示^[15],院外坚持功能锻炼对促进肢体功能恢复、改善生活质量、预防疾病再复发具有显著效果。医护人员的指导和督促、早期锻炼效果明显,使住院患者锻炼依从性明显高于出院后^[16]。患者回归社区,后期康复效果不明显,缺乏适合的康复训练形式和强度^[17],导致多数患者出院后锻炼依从性明显降低,甚至中止。张振香等报道,17.04%的患者出院后锻炼依从性处于较高水平,绝大部分处于中低水平^[16],显著低于住院期间63%—82%的依从率^[18]。本研究中,两组患者干预前功能锻炼依从性都处于较低的水平,实施CDSMP干预后,观察组患者身体锻炼依从、锻炼监测依从、主动寻求建议依从均明显提高;患者自理能力、语言、社会活动等显著改善。这与每周集中进行一次康复训练示范,把训练视频发到每位患者的手机上,根据每位患者病情有侧重地进行康复指导有关。并联合家属督促执行,充分调动患者康复锻炼的主观能动性,提高自我管理能力和依从性,促进肢体功能恢复,提高生活质量是有效的。

综上所述,对脑梗死偏瘫患者实施CDSMP,在很大程度上改善了患者出院后康复的执行、落实和规范存在的诸多困难,能明显提高患者自我管理行为和功能锻炼的依从性,促进偏瘫侧肢体功能恢复,提高患者的生活质量,值得在社区推广应用。本研究主要局限于缺血性脑卒中患者,且两组对比指标检测点仅使用结束时的观察结果指标,未涉及长期随访的数据趋势。

参考文献

- [1] 符晓艳,赵秋菊,刘文伟,等. 心理干预对脑卒中后抑郁患者康复的作用[J]. 解放军医药杂志, 2014, 26(8): 99—101.

- [2] 吴智鑫,何明丰,黎练达,等. 急诊脑卒中识别评分量表筛选价值的探讨[J]. 中国急救医学, 2010, 30(3): 219—222.
- [3] 李水清,李延萍,高维亮,等. 早期康复治疗对脑外伤患者肢体功能及预后的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(6): 503—504.
- [4] Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes[J]. Med Care, 2001, 39(11): 1217—1223.
- [5] 李来有,李艳玲,张捧娃,等. 慢性病自我管理方案在脑卒中患者中的应用评价[J]. 山东医药, 2014, 54(29): 38—39.
- [6] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 缺血性脑卒中诊治指南2014[J]. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(2): 1—8.
- [7] 杨伟梅,张军,童莉. 脑卒中自我管理测量工具研究进展[J]. 中国护理管理, 2017, 17(3): 410—414.
- [8] 林蓓蕾,张振香,孙玉梅,等. 社区脑卒中患者功能锻炼依从性量表的编制及信效度检验[J]. 中国康复医学杂志, 2013, 28(6): 574—578.
- [9] 王云璐. 脑卒中患者运动锻炼自我监控及其效用的研究[D]. 郑州: 郑州大学, 2015.
- [10] 王艳桥,蒋运兰,王艳,等. 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, 27(28A): 3090—3092.
- [11] 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, 22(8): 789—793.
- [12] Audulv A. The over time development of chronic illness self-management patterns: a longitudinal qualitative study[J]. BMC Public Health, 2013, 13(452): 452.
- [13] Jones F, Livingstone E, Hawkes L. Getting the balance between encouragement and taking over: reflections on using a new stroke self-management programme[J]. Physiother Res Int, 2013, 18(2): 91—99.
- [14] 李艳玲,杜小静,吕亚静. 自我管理教育在脑卒中心理社会康复中的应用探讨[J]. 护理研究, 2011, 25(4): 1101—1103.
- [15] Chen JK. Preliminary study of exercise capacity in post-acute stroke survivors[J]. The Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 2010, 26(4): 175—182.
- [16] 张振香,林蓓蕾,孙玉梅,等. 脑卒中患者院外功能锻炼依从性与社会支持的相关性[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(1): 16—18.
- [17] 林蓓蕾. 社区脑卒中患者功能锻炼依从性现状及影响因素分析[D]. 郑州: 郑州大学, 2012.
- [18] 盛晗,邵圣文,王惠琴,等. 脑卒中患者康复锻炼依从性动态变化的研究[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(6): 712—715.