

评定,是目前国际公认的、标准的评定方法。该方法评定用时短,结果解释较确切,评定内容详细,适用于科研及临床工作,这种评定方法与日常生活活动功能密切相关,也能反映异常运动模式的变化,因而被广泛使用<sup>[8-9]</sup>。但社区康复工作能否应用该标准?如能在社区康复工作使用这一评定方法,则可促进社区卫生工作的规范化、标准化。

从上述结果看:利用 Fugl-Meyer 量表在治疗开始前对社区脑卒中患者的肢体运动功能进行了评定,无论是康复治疗组还是对照组均有不同程度的功能障碍,两组间没有显著性差异。这样的结果与其他学者的研究是相一致的,Fugl-Meyer 评定法可应用于脑卒中肢体运动功能的评定<sup>[7-9]</sup>。同时,本工作的结果说明这一方法也可应用在社区脑卒中患者的肢体运动功能评定中。康复治疗前后障碍程度由一级提高到二级,Fugl-Meyer 评分差异具有高度显著性,提示肢体运动功能有明显改善。比较康复治疗组和对照组肢体运动功能,两组 Fugl-Meyer 评分在治疗前无显著性差异,治疗后2个月和3个月均提示有高度显著性差异,结果显示康复治疗的良好效果,说明运用 Fugl-Meyer 量表评定社区脑卒中康复疗效是可行的。

一般情况下,脑的固定区域完成某一特定功能,有的次要或协同神经也参与某些功能活动,不能独立完成功能,但当脑损伤后,主要支配的神经反射弧中断后,经过反复训练被次要或协同神经反射弧替代,从而改善部分功能<sup>[10]</sup>。通过反复的康复训练可提高过去相对无效的或新形成的突触的效率,使得神经冲动有效地作用于靶组织;通过反复的康复训练使原先不能承担某种功能的组织如病灶周围组织、低级的中枢或移植组织去承担新的、不熟悉的任务,由不熟悉到熟悉,由粗大功能变精细功能;通过康复训练(外周刺激)可以改变中枢神经系统的感受野,促进中枢神经系统功能恢复<sup>[11]</sup>。康复可促进肌肉和关节的运动向中枢神经系统提供的

本体运动及皮肤感觉的冲动输入,从而发挥易化作用<sup>[9]</sup>。上述分析可以看出:合理地进行康复治疗使得中枢神经系统的调节能力得到加强,肢体功能及日常生活活动能力等随之改善,而康复疗效的正确判定需要科学、有效的评定方法,社区康复训练效果的出现及判定也符合这一规律。

综上所述,Fugl-Meyer 量表可以用于判断社区脑卒中患者的肢体运动功能障碍情况,同时也可作为康复疗效的评定指标应用在基层康复治疗中。使社区训练效果的判定科学化、标准化。

#### 参考文献

- [1] 黄晓琳,陆敏.不同康复治疗计划对脑卒中患者功能恢复的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2003,25(6):351—353.
- [2] Hayes SH,Carroll SR. Early intervention care in the acute stroke patient[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1986,67:319—321.
- [3] 白金平.关于开展社区康复的思考[J].医学信息,2005,18(9):1202—1203.
- [4] 黄如训,梁秀龄.临床神经病学[M].北京:人民卫生出版社,1999.259—261.
- [5] 纪树荣.实用偏瘫训练技术图解[M].北京:人民军医出版社,2005.5—66.
- [6] 桑德春,纪树荣,范晓华,等.偏瘫实用训练技术应用的研究[J].中国康复理论与实践,2006,12(8):675—676.
- [7] Fugl-Meyer AR, Jaasko L, Leyman I, et al. The post-stroke hemiplegic patient[J]. Scand J Rehabil Med,1975,7:13—31.
- [8] 缪鸿石主编.康复医学理论与实践[M].上海:上海科学技术出版社,2000.1829—1937,93—96.
- [9] 缪鸿石,朱镛连.脑卒中的康复评定和治疗[M].北京:华夏出版社,1996.8—12.
- [10] 刘德全,李开勤.浅谈脑卒中后遗症病人怎样重组神经反射弧的功能[J].陕西康复医学杂志,1998,8(1):42.

· 康复护理 ·

## 自理学说用于脑出血术后自理能力的干预研究

毛秋云<sup>1</sup> 田芳<sup>2</sup> 李翠萍<sup>1</sup>

**摘要** 目的:探讨自理学说用于脑出血患者术后自理能力的干预方法和效果。方法:将120例脑出血患者术后随机分为干预组及对照组。两组患者均实行整体护理,干预组患者在此基础上采用自理学说的3个护理系统进行自理能力的干预。比较两组患者术后1个月、3个月Barthel指数及日常生活活动(ADL)能力评分。结果:干预组Barthel指数及ADL评分明显高于对照组( $P < 0.01$ )。结论:实施自理学说3个护理系统阶段干预脑出血术后自理能力效果显著,明显提高患者的生活自理能力及生存质量。

**关键词** 自理学说;干预研究;脑出血;自理能力

中图分类号:R493, R741 文献标识码: B 文章编号: 1001-1242(2007)-03-0265-03

我国出血性脑卒中占全部脑卒中患者的21%—48%,致死率居各类卒中首位,存活者中超过30%遗留神经功能障碍<sup>[1]</sup>,使患者不同程度地失去生活自理能力,影响其生存质量。美国护理学家Orem提出自我护理是人类的个体为保证生命、维持和增进健康而采取的行为,自我护理能力是人类

1 中国科学院心理研究所,中国科学院研究生院,北京,100080(现工作单位山东省泰安市中心医院神经内科,山东泰安,271000)

2 山东省泰安市中心医院神经内科,山东泰安

作者简介:毛秋云,女,主管护师

收稿日期:2006-06-22

的本能,其能力的好坏影响个体自身的生存质量<sup>[2]</sup>。我们采用 Orem 自理学说的 3 个护理系统,即完全代偿系统、部分代偿系统、支持-教育系统<sup>[3]</sup>,对 60 例脑出血术后患者实施了自理康复的干预,并与术后常规护理的患者进行了对比研究。现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2003 年 1 月—2005 年 9 月在本科住院的 120 例脑出血患者为研究对象,入院后在 24h 内均施行开颅血肿清除术或穿刺引流术,术后按随机数字表分为干预组及对照组,每组 60 例。

入选条件为 CT 扫描显示幕上出血量 30ml,幕下出血量 10ml,Glasgow 昏迷评分(GCS) 5 分,年龄 23—72 岁。两组患者的一般资料见表 1。

### 1.2 护理方法

表 1 两组患者一般资料

(例)

组别	例数	年龄 60 岁	出血部位				有高血压 病史	肢体运动功 能障碍	GCS 评分	
			壳核	皮质下	小脑	丘脑			术前	8 分
干预组	60	19	44	9	4	3	39	51	29	
对照组	60	21	46	7	3	4	36	53	32	

患者入科后立即进行术前准备,急症全麻下行颅内血肿清除术或穿刺引流术。术后对照组采用传统的脑出血术后护理常规及整体护理,干预组在此基础上,应用 Orem 自理理论评估患者及家属的自理能力,采用 3 个护理系统自理康复干预内容,让患者及家属共同参与护理活动。具体干预措施如下:

1.2.1 评估内容:对患者进行评估的项目:意识状态、言语能力、肢体肌力及心理问题。采用 Barthel 指数评分,包括吃饭、如厕、梳洗、洗澡、上楼梯、穿衣、大便、小便、活动、转移。对家属进行评估的项目:知识水平、经济、身体情况及心理状态。

1.2.2 干预方法:完全代偿系统:手术后 1 周;患者处于昏迷状态;意识清楚,但 Barthel 评分结果在 20 分以下。60 例脑出血患者术后完全代偿系统自理康复的干预内容。患者干预内容:密切观察患者意识、瞳孔及生命体征变化,通过各种生理反射判断患者意识情况。持续低流量吸氧,保证脑细胞的需要。及时、准确使用脱水剂,减轻脑水肿,促进意识恢复。观察尿量,准确记录 24h 出入量,保证出入量平衡。

预防肺部感染:每 4h 雾化吸入 1 次,翻身叩背,及时吸痰。

预防应激性溃疡:术后留置胃管,监测胃液 pH 值,pH 值<3 时,使用抑酸剂,密切观察胃液及大便颜色。补充营养和水份:术后 24h 给予鼻饲流质,必要时经静脉输入脂肪乳、氨基酸等,促进脑组织结构和功能的恢复。预防压疮、防止失用性萎缩:脑出血术后患者生命体征平稳,神经系统症状不再恶化,48h 后即进行康复训练<sup>[4]</sup>。每 1—2h 翻身 1 次,随时保持瘫痪肢体功能位。每 4h 做 1 次关节伸展、肢体被动运动、按摩,每次 20min,防止肌肉萎缩和关节挛缩。预防泌尿系感染:每日更换尿袋,膀胱冲洗 2 次,用 0.05%碘伏擦洗会阴,并按时留尿送检,警惕泌尿系感染。家属干预内容:做好安慰、解释工作,取得其信任。帮助调整心态,接受现实,进入患者家属角色。承认其角色价值,询问家属健康状况,帮助家庭成员选择合适的应对形态。术后长期处于昏迷患者,教会家属逐步掌握基础护理的方法,如皮肤护理、翻身、叩背、肢体功能锻炼以及预防并发症的措施,以促进患者意识恢复。建议家属使用可利用的社会资源,寻找能提供帮助的亲友。

部分代偿系统:术后恢复期,患者神志转清,肢体活动、语言或排泄功能有一定障碍;患者家属知识结构缺乏,身体素质差。54 例脑出血患者术后部分代偿系统自理康复的干预。患者干预内容:讲解:采取面对面的教育方式,使患者了解疾病发展、转归及注意事项,以最佳心态接受康复训练。示范:由护士进行示范和指导患者逐步掌握康复训练程序,包括肢体功能训练、言语训练、大小便自理、吃饭、梳洗、穿衣、活动、转移等。给予及时的健康指导及心理护理,协助实施自理康复锻炼,帮助患者尽早、尽快适应恢复期生活。利用 A.ELLIS 合理情绪理论,评估患者隐含的不合理信念,使用认知、情绪、行为技术引导患者行为的改变<sup>[5]</sup>。及时进行自理康复的阶段性评估,运用激励机制,当患者取得点滴进步,给予及时鼓励。家属干预内容:向家属讲明术后恢复期自理康复的知识及注意事项。与家属一起讨论患者的病情和所需护理,制定康复目标及家属能提供的日常护理。经常和家庭成员沟通,发现家庭存在的问题及时解决。

教会家属进行功能锻炼的方法、步骤,引导家属为患者营造充满亲情的康复环境。

辅助教育系统:在疾病的各阶段,患者都有特定的不同程度的知识缺乏,护士作为促进康复和教育者,在疾病的整个过程中提供治疗、康复及专业护理指导的有关信息,使患者及家属积极参与到护理活动中。54 例脑出血患者术后辅助教育系统自理康复的干预。患者干预内容:随机性教育:通过病区医患天地、板报、宣传卡等向患者提供健康知识,对患者的质疑及时给予解答。咨询:对文化层次较高的患者,采取推荐、发放医学书籍和康复训练资料的方式,让其自学,再以咨询方式解答患者的疑问,使其进一步掌握康复的方法。

指导患者保持良好的生活习惯,适量运动与训练,注意强化患者的自我保健意识,提高自我护理能力。出院患者由主管医生建立出血性脑卒中病例随访表:通过电话、入户、复诊随访时给予相应的健康教育。家属干预内容:根据疾病的发展、转归,结合治疗计划,侧重于疾病的不同阶段、症状、体征进行相应的康复指导。让家属了解脑出血患者术后恢复自理能力需多方面努力,使其做好心理、身体、经济上的准备。

1.2.3 出院患者建立脑出血病例随访表及数据库:随访时间

为1个月、3个月、6个月。随访形式有电话访问、入户随访、复诊随访、信件随访。随访内容: 一般情况: 血压、呼吸、脉搏; 神经系统症状: 意识状态、四肢肌力、语言功能; GCS评分: 睁眼反应、语言反应、运动反应; Barthel评分: 吃饭、如厕、梳洗、洗澡、上楼梯、大便、小便、穿衣、活动、转移。

### 1.3 观察指标

采用Barthel指数对两组患者术后1个月、3个月时进行ADL评定。ADL分级法: 级: 完全恢复日常生活自理; 级: 部分恢复或可独立生活; 级: 需人帮助, 扶拐可走; 级: 卧床, 但保持意识; 级: 植物生存状态<sup>[9]</sup>。

### 1.4 统计学分析

采用生物医学测量法和观察法收集资料, 然后对两组的计量资料采用t检验, 计数资料采用 $\chi^2$ 检验。

## 2 结果

采用Barthel指数对两组患者术后1个月、3个月自理情况进行评分(其间, 干预组死亡5例, 对照组死亡8例)。结果见表2。

两组患者术后3个月ADL分级情况见表3, 两组患者、级比较差异有高度显著性意义( $P<0.01$ ), 说明干预组患者术后自理能力较对照组明显提高。

表2 两组患者1个月和3个月Barthel评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	Barthel 评分	t 值	P 值
1个月				
干预组	56	62 ± 28	2.11	P<0.01
对照组	55	51 ± 27		
3个月				
干预组	55	76 ± 29	2.10	P<0.01
对照组	52	64 ± 30		

表3 两组患者术后3个月功能恢复ADL分级

组别	例数	级		级		级		级		级	
		例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
干预组	55	17	30.91	19	34.54	14	23.64	4	7.27	1	1.82
对照组	52	8	15.38	10	19.23	16	30.77	15	28.85	3	5.77

两组比较  $\chi^2=13.61$ ,  $P<0.01$

## 3 讨论

脑出血是发病率、病死率、致残率均较高的疾病。近年来, 随着脑出血外科手术治疗水平的提高, 病死率亦有所下降, 但因脑出血而致残的患者仍居高不下, 回归家庭后对家庭造成极大的负担, 因此如何提高患者的生存质量已成为医护人员面临的新挑战。Orem理论强调人的自理能力, 认为护理在于增进患者自我的主观能动作用, 帮助患者恢复其自理能力<sup>[7,8]</sup>。我们应用Orem自理理论建立了脑出血术后自理需要评估体系, 准确找出患者及家属的自理缺陷, 根据患者及家属的评估结果共同制定相应的个体康复计划; 并针对脑出血术后的不同阶段, 制定了3个护理系统的自理康复具体干预内容, 是医护人员及家属协同完成患者自理康复干预任务的理论基础。

随着患者病情变化和自理能力的改变, 用Orem自理理论的3种护理系统提供不同程度的干预和帮助。完全代偿系统是脑出血患者保住生命的关键期, 也是今后生存质量的基础; 部分代偿系统充分发挥医护人员的干预能量, 最大限度地挖掘患者自理康复的能力和信心; 辅助教育系统使患者及家属真正进入自理模式当中去, 从而达到了Orem自理理论恢复患者自我照顾能力的目的。通过康复护理可在提高患者肢体功能和生活自理水平的同时, 缓解脑卒中患者的抑郁情绪, 有效调整心理状态, 使其进入躯体与心理康复的良性循环<sup>[9-10]</sup>。从表3看, 两组患者、级比较差异有高度显著性( $P<0.01$ ), 说明通过3个护理系统的临床干预, 降低了脑出血患者术后致残率, 明显提高其生活自理能力及生存质量。

Orem强调护士应接受教育而非培训<sup>[11]</sup>。在教育过程中, 护士应学习“思考护理”, 而非只是完成具体的护理任务<sup>[12]</sup>。Orem为指导临床护理提供了一个独特的方法, 其重视“自我”

在护理与保健中的主导作用, 体现了一切以患者为中心的医疗服务宗旨, 对推动我国护理事业与国际接轨具有重要意义。

## 参考文献

- [1] 赵继宗, 周定标, 周良辅, 等. 2464例高血压脑出血外科治疗多中心单盲研究[J]. 中华医学杂志, 2005, 85(32): 2238
- [2] Orem DE. Nursing: Concepts of Practice [M]. 4th ed. New York: McGraw Hill, 1991. 117-144.
- [3] 李小妹主编. 护理学导论 [M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2001. 132.
- [4] 朱镛连. 加强神经康复学的研究工作 [J]. 中华神经科杂志, 1998, 31(4): 195
- [5] Richard S. Sharf 著, 胡佩诚等译. 心理治疗与咨询的理论及案例[M]. 北京: 中国轻工业出版社, 2000. 417-420.
- [6] 王忠诚主编. 神经外科学 [M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 2001. 689.
- [7] 韩淑艳. 运用Orem自理模式对脑出血患者的护理[J]. 护士进修杂志, 2000, 15(2): 140-141
- [8] 胡志英. Orem自理理论在重型颅脑损伤护理中的应用[J]. 中华医学写作杂志, 2005, 12(1): 40.
- [9] 邢宏义, 梅元武, 卢正娟, 等. 脑卒中患者应用康复程序的效果和卫生经济学评价[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2005, 27(6): 364.
- [10] 全丰芝, 于善良. 心理干预对老年脑卒中后抑郁患者康复的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2005, 27(8): 494-495.
- [11] 张莹, 冯正仪, 袁浩斌. 用Orem自理模式评估1型糖尿病患者的自理能力[J]. 实用护理杂志, 2002, 18(1): 55.
- [12] Margaret grey, Sheri kanner. Care of the child or adolescent with type 1 diabetes [J]. Nursing Clinics of North America, 2000, 35(1): 1.