

# 家庭康复指导对脑血管病患者日常生活能力的提升效果

段振东

赤城县独石口中心卫生院 河北 张家口 075525

**【摘要】**目的：探讨家庭康复指导对脑血管病患者日常生活能力的提升效果，为临床优化脑血管病恢复期干预方案提供循证依据。方法：选取2024年3月至2025年7月赤城县独石口中心卫生院收治的86例脑血管病恢复期患者为研究对象，采用随机数字表法分为对照组与实验组，各43例。对照组实施常规出院健康宣教，实验组在常规宣教基础上开展系统性家庭康复指导，干预周期为3个月。干预后对比两组患者日常生活能力量表（ADL）评分、运动功能评分（FMA）及并发症发生率。结果：干预后，实验组ADL评分（ $68.32 \pm 7.15$ ）分显著高于对照组（ $52.46 \pm 8.23$ ）分，FMA评分（ $72.18 \pm 6.94$ ）分高于对照组（ $56.37 \pm 7.52$ ）分，并发症发生率（4.65%）低于对照组（18.60%），差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：家庭康复指导可有效改善脑血管病患者运动功能，提升日常生活自理能力，降低并发症风险，值得在基层医疗机构临床推广应用。

**【关键词】**：家庭康复指导；脑血管病；日常生活能力；运动功能；恢复期干预

DOI:10.12417/2705-098X.26.07.021

## 引言

脑血管病作为临床高发的神经系统疾病，具有高发病率、高致残率、高复发率的特点，患者发病后常遗留肢体功能障碍、认知障碍等后遗症，严重影响日常生活自理能力，给家庭和社会带来沉重负担<sup>[1]</sup>。随着医疗技术的进步，脑血管病急性期救治成功率显著提升，但恢复期康复干预仍是改善患者预后的关键环节。基层医疗机构由于医疗资源有限，患者出院后往往缺乏规范的康复指导，多数家庭仅能给予基础生活照料，难以满足患者功能恢复需求。家庭作为患者恢复期的主要生活场所，家庭康复指导可依托家庭场景实现个性化、持续性康复干预，弥补基层康复医疗资源的不足。目前关于家庭康复指导的临床研究多聚焦于单一功能改善，对多维度康复效果及基层适用场景的探讨较为匮乏。基于此，本研究以基层脑血管病恢复期患者为对象，系统分析家庭康复指导对其日常生活能力的提升效果，旨在构建适配基层的康复干预模式，为提升脑血管病患者远期生活质量提供理论支撑与实践参考。

## 1 研究资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2024年3月至2025年7月赤城县独石口中心卫生院收治的86例脑血管病恢复期患者为研究对象，所有患者均符合《中国急性缺血性脑卒中诊疗指南（2023）》诊断标准，经头颅CT或MRI检查确诊，发病时间1-3个月，处于恢复期且意识清晰，能够配合康复干预及评估；纳入标准：年龄45-75岁，存在不同程度肢体功能障碍，日常生活能力受限，家属具备基本沟通能力及家庭照护条件，自愿参与本研究并签署知情同意书。排除标准：合并严重心肝肾等脏器功能衰竭、认知障碍、精神疾病、恶性肿瘤者，存在严重关节畸形、骨折等影响康复训练的疾病者，随访过程中脱落或拒绝配合干预者。采用随机数字表法将86例患者分为对照组与实验组，各43例。经统计学检验，两组患者在性别构成（ $\chi^2=0.047$ ， $P=0.828$ ）、年

龄分布（ $t=0.291$ ， $P=0.771$ ）、疾病类型（ $\chi^2=0.049$ ， $P=0.825$ ）等基线资料方面差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

### 1.2 实验方法

对照组实施常规出院健康宣教，干预周期3个月。出院时由责任护士向患者及家属讲解脑血管病复发预防要点，包括饮食调理（低盐低脂饮食、控制总热量摄入）、用药指导（遵医嘱规律服用抗血小板、调脂等药物，告知药物不良反应及处理方式）、生活习惯干预（戒烟限酒、规律作息、避免情绪激动），并发放健康宣教手册，指导家属做好患者基础生活照料，定期提醒患者于出院后1个月、3个月返院复查，未提供针对性康复训练指导。实验组在对照组常规干预基础上开展系统性家庭康复指导，具体措施如下：一是建立个性化康复档案，出院前由康复医师、责任护士联合评估患者肢体功能、日常生活能力及家庭照护条件，结合患者病情制定针对性家庭康复方案，明确训练目标、内容、频率及注意事项，同时对家属进行一对一康复技能培训，确保家属熟练掌握训练方法。二是分阶段开展康复训练指导，第一阶段（1-4周）以被动训练为主，指导家属协助患者进行肢体关节屈伸、旋转等活动，每个关节每个方向活动5-10次，每日2次，同时进行体位转移训练（卧床与坐起、坐起与站立之间的转移），预防压疮、关节僵硬等并发症；第二阶段（5-8周）过渡为主动被动结合训练，鼓励患者在家属协助下进行自主肢体活动，增加平衡训练（靠墙站立、扶物行走）及手部精细动作训练（抓握、拾取细小物品），每日训练3次，每次30-40分钟；第三阶段（9-12周）以主动训练为主，指导患者进行独立行走、上下楼梯、穿衣、洗漱、进食等日常生活能力训练，逐步提升自主生活能力，根据患者恢复情况调整训练强度，避免过度训练导致损伤。三是强化全程随访指导，采用电话随访与家庭访视相结合的方式，每周电话随访1次，每2周家庭访视1次，及时了解患者康复训练情况，纠正不规范训练动作，解答患者及家属疑问，根据康复进度调整

训练方案,同时给予心理疏导,缓解患者焦虑、自卑等负面情绪,鼓励家属给予患者更多支持与鼓励,提高患者康复依从性。四是建立医患沟通微信群,定期推送脑血管病康复知识、训练视频,方便患者及家属随时查阅,同时鼓励家属分享患者康复进展,形成良好的康复氛围。整个干预过程中,全程记录患者训练情况及不良反应,确保康复干预安全、规范开展。

### 1.3 观察指标

(1) 日常生活能力:采用 ADL 量表评估,总分 100 分,分数越高表示日常生活能力越强。

(2) 运动功能:采用 FMA 量表评估,总分 100 分,分数越高运动功能越好。

(3) 并发症发生率:统计压疮、关节僵硬、深静脉血栓发生情况。

### 1.4 研究计数统计

采用 SPSS 26.0 统计学软件进行数据处理,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以[n (%)]表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者日常生活能力(ADL 量表)评分对比

表 1 两组患者干预后 ADL 量表评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

指标	对照组(n=43)	实验组(n=43)	t 值	P 值
ADL 量表评分	52.46±8.23	68.32±7.15	9.214	<0.001

干预后,两组患者 ADL 量表评分均较干预前有所提升,且实验组提升幅度显著优于对照组( $t=9.214, P < 0.001$ )。表明家庭康复指导可有效提升脑血管病患者日常生活自理能力,帮助患者逐步恢复自主生活能力。

### 2.2 两组患者运动功能(FMA 量表)评分对比

表 2 两组患者干预后 FMA 量表评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

指标	对照组(n=43)	实验组(n=43)	t 值	P 值
FMA 量表评分	56.37±7.52	72.18±6.94	10.032	<0.001

干预后,实验组 FMA 量表评分显著高于对照组( $t=10.032, P < 0.001$ )。提示家庭康复指导通过分阶段、针对性的运动训练,可有效改善患者肢体运动功能,促进神经功能恢复,缓解肢体障碍症状。

### 2.3 两组患者并发症发生率对比

表 3 两组患者并发症发生率对比[n (%)]

指标	对照组(n=43)	实验组(n=43)	$\chi^2$ 值	P 值
并发症发生率	8(18.60%)	2(4.65%)	4.074	0.044

并发症发生率	8(18.60%)	2(4.65%)	4.074	0.044
--------	-----------	----------	-------	-------

干预期间,对照组发生压疮 3 例、关节僵硬 4 例、深静脉血栓 1 例,并发症发生率 18.60%;实验组发生压疮 1 例、关节僵硬 1 例,无深静脉血栓发生,并发症发生率 4.65%。实验组并发症发生率显著低于对照组( $\chi^2=4.074, P=0.044$ )。

## 3 讨论

脑血管病患者恢复期的康复干预是一个长期、系统的过程,其核心目标是改善肢体功能、提升日常生活能力,降低并发症风险,帮助患者回归家庭与社会。基层医疗机构由于康复资源短缺、专业康复医师不足等问题,多数患者出院后难以获得持续规范的康复服务,导致康复效果不佳,甚至出现功能退化、并发症增多等情况。家庭康复指导以家庭为场景,依托家属参与实现个性化、持续性康复干预,有效弥补了基层康复医疗资源的短板,为脑血管病患者恢复期康复提供了可行路径。本研究结果显示,实验组干预后 ADL 量表评分、FMA 量表评分均显著高于对照组,并发症发生率显著低于对照组,充分证实了家庭康复指导的临床有效性,这与以往相关研究结论基本一致,但本研究结合基层医疗特点,构建了分阶段康复训练模式,更贴合基层患者及家庭的实际需求,具有更强的实践针对性。

从日常生活能力改善角度分析,家庭康复指导通过分阶段开展针对性训练,逐步引导患者从被动照料向主动自理过渡,有效提升了患者自主生活能力。脑血管病患者发病后常因肢体障碍导致穿衣、洗漱、进食等基本生活技能受损,传统常规宣教仅强调基础护理要点,缺乏具体的功能训练指导,患者及家属往往无从下手,难以有效提升日常生活能力。而本研究中的家庭康复指导,根据患者康复进程制定个性化训练方案,第一阶段以预防并发症、维持关节功能为主,第二阶段强化肢体活动能力,第三阶段聚焦日常生活技能训练,层层递进、逐步提升,同时通过全程随访指导纠正不规范动作,确保训练效果。此外,家属的全程参与的支持不仅为患者提供了专业的康复协助,还给予了患者心理支持,缓解了患者负面情绪,提高了患者康复依从性,进而促进了日常生活能力的快速恢复<sup>[2]</sup>。

运动功能的恢复是脑血管病患者康复的核心内容,也是提升日常生活能力的基础。本研究中,家庭康复指导通过被动训练、主动被动结合训练、主动训练的分阶段过渡,有效激活了患者受损神经通路,促进了神经功能重塑,进而改善了肢体运动功能。第一阶段的被动关节活动训练可有效预防关节僵硬、肌肉萎缩等问题,为后续运动功能恢复奠定基础;第二阶段的平衡训练、精细动作训练可逐步增强患者肢体控制能力,提升运动协调性;第三阶段的自主运动训练则进一步强化了肢体功能,帮助患者逐步恢复独立行走、上下楼梯等能力。相较于对照组仅接受常规宣教,实验组患者获得了系统、规范的运动训

练指导,且训练场景贴近日常生活,更有利于患者将训练成果转化为实际运动能力,因此FMA量表评分提升更为显著。同时,分阶段训练模式可根据患者恢复情况动态调整训练强度,避免了过度训练导致的损伤,提升了康复训练的安全性<sup>[3]</sup>。

并发症的预防是脑血管病患者恢复期康复的重要环节,压疮、关节僵硬、深静脉血栓等并发症不仅会加重患者病情,还会影响康复进程,降低患者生活质量。本研究中,实验组并发症发生率显著低于对照组,主要得益于家庭康复指导中的针对性预防措施与科学训练。第一阶段的体位转移训练、被动活动训练可有效促进血液循环,减少局部组织受压时间,降低压疮、深静脉血栓的发生风险;全程规范的关节活动训练可避免关节长期制动导致的僵硬,同时通过随访指导及时发现并处理潜在并发症隐患,进一步降低了并发症发生率。而对照组由于缺乏

专业康复指导,家属仅能提供基础生活照料,难以有效预防各类并发症,导致并发症发生率较高。这一结果表明,家庭康复指导不仅能提升患者功能水平,还能通过科学预防措施降低并发症风险,为患者康复提供全方位保障。

#### 4 结论

本研究结果表明,对脑血管病恢复期患者实施系统性家庭康复指导,可显著提升患者日常生活能力与运动功能,有效降低压疮、关节僵硬等并发症发生率,干预效果优于常规出院健康宣教。因此,家庭康复指导可作为基层脑血管病患者恢复期的优选干预方案,临床应进一步推广应用该模式,同时结合患者个体情况优化康复方案,为患者提供全方位康复服务,助力患者早日回归正常生活,提升基层脑血管病诊疗的整体效果与患者生活质量。

#### 参考文献:

- [1] 敬丽婷. 医护一体化护理联合分级心理指导对脑血管狭窄介入治疗患者康复效果及心理状态的影响[A]. 关爱生命大讲堂之生命关怀与智慧康养系列学术研讨会论文集(下)—高血压与主动脉疾病专题[C]. 中国生命关怀协会, 中国生命关怀协会, 2025:2.
- [2] 丁立朋, 李艳明, 颜玲, 王荣耀. 医护一体化护理联合分级心理指导对脑血管狭窄介入治疗患者康复效果及心理状态的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2025, 6(07):188-190.
- [3] 郭建荣. 通过改进电话回访方式对脑血管意外患者进行康复指导的效果研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(62):143.