

· 预防/保健 中医/康复 ·

# 全程网络化管理模式在脑卒中康复中的应用

王清华<sup>1</sup>, 储照虎<sup>2</sup>, 许业松<sup>1</sup>, 孙爱萍<sup>1</sup>, 赵丽<sup>1</sup>, 张雪<sup>1</sup>, 汪利宗<sup>3</sup>, 赵守财<sup>2</sup>, 范晓丽<sup>2</sup>, 朱玉娟<sup>2</sup>1. 皖南医学院弋矶山医院康复医学科, 安徽 芜湖 241001; 2. 皖南医学院弋矶山医院神经内科;  
3. 皖南医学院弋矶山医院急诊内科

**摘要:** **目的** 分析全程网络化管理模式在脑卒中康复中的应用效果。**方法** 选取2016年11月—2018年1月芜湖市及周边地区符合脑卒中入选标准的100例患者进行分级康复。采用随机数字表法分为试验组和对照组, 每组50例。试验组采用“全程网络化”管理模式进行康复。对照组采用“家庭传统化”管理模式进行康复。2组患者分别在入组第1天、出院时、出院后1个月和出院后3个月进行康复评定。其中Frenchay活动量表评定患者日常生活自理能力; 脑卒中专用生活质量量表(SS-QOL)评定患者的生活质量满意度; 社会支持评定量表(SSQ)评定患者受社会支持的程度。**结果** 2组患者在出院后1个月及3个月各量表评分对比, Frenchay评分( $F_{1月} = 12.563, F_{3月} = 37.180$ )、SS-QOL评分( $F_{1月} = 23.738, F_{3月} = 60.889$ )、SSQ评分( $F_{1月} = 85.388, F_{3月} = 192.023$ ), 2组间得分对比, 均 $P < 0.001$ , 试验组得分明显优于对照组。试验组患者出院时、出院后1个月、出院后3个月与入组第1天各量表评分对比差异有统计学意义(均 $P < 0.001$ )。**结论** “全程网络化”管理模式对脑卒中康复患者住院期间和出院后患者的日常生活自理能力、生活质量满意度及社会支持状况有积极作用, 进而最大程度地推动安徽省脑卒中康复的三级诊疗管理。

**关键词:** 全程网络化管理; 脑卒中; 康复; 生活质量**中图分类号:** R743.3 R493 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-4152(2018)12-2077-04**DOI:** 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.000566

## Application of whole-process network management mode in rehabilitation of cerebral apoplexy

WANG Qing-hua, CHU Zhao-hu, XU Ye-song, et al

*Department of Rehabilitation Medicine, Yijishan Hospital of Wan Nan Medical College, Wuhu, Anhui 241001, China*

**Abstract:** **Objective** To observe and evaluate the application of the whole process network management mode in stroke rehabilitation. **Methods** From November, 2016 to January, 2018, 100 patients who met the criteria of stroke in Wuhu City and its surrounding areas were selected for graded rehabilitation. The patients were randomly divided into experimental group and control group, with 50 patients in each group. The experimental group was rehabilitated by the management mode of “whole process network”. In the control group, the management mode of “family tradition” was used for rehabilitation. Patients in both groups were evaluated 1 day after enrollment, 1 month and 3 months after discharge. Frenchay activity scale was used to assess the self-care ability of daily life; the special quality of life scale for stroke (SS-QOL) was used to evaluate the patients’ satisfaction with quality of life; and the social support scale (SSQ) was used to assess the degree of social support of the patients. **Results** Compared with control group, scores of Frenchay activity scale, SS-QOL scale and SSQ scale of the experimental group at 1 month ( $F_{\text{Frenchay}} = 12.563, F_{\text{SS-QOL}} = 23.738, F_{\text{SSQ}} = 85.388$ ) and 3 months ( $F_{\text{Frenchay}} = 37.180, F_{\text{SS-QOL}} = 60.889, F_{\text{SSQ}} = 192.023$ ) after discharge were significantly higher ( $P < 0.05$ ). Compared with experimental group before test, scores of Frenchay activity scale, SS-QOL scale and SSQ scale of the experimental group at discharge, 1 month after discharge and 3 months after discharge were significantly higher ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The “whole process network” management mode can improve the daily living self-care ability, quality of life satisfaction and social support status of patients with stroke rehabilitation during hospitalization and after discharge. It further promotes the three-level diagnosis and treatment management of stroke rehabilitation in Anhui Province to the greatest extent.

**Key words:** Whole-process network management; Stroke; Rehabilitation; The quality of life

脑卒中是一种严重威胁人类健康和生命的常见病、多发病,其发病率、致残率均较高,回归社会后有接近40%的患者生活不能自理,其与缺血性心脏病、恶性肿瘤构成多数国家的三大致死疾病<sup>[1]</sup>。脑卒中后患者存在着开始时偏晚、康复内容不全面、护理流程不完善等很多不足<sup>[2]</sup>。脑卒中患者健康管理模式的研究<sup>[3]</sup>表明,通过对脑卒中患者及其家属的健康教育,有助于他们详细掌握脑卒中的发病原因、病理变化及疾

病转归,合并症与并发症等基本知识,有助于改善患者的健康状况,提高生活质量满意度,降低疾病的复发率,减少疾病的并发症等<sup>[4-5]</sup>。本研究对脑卒中患者进行康复教育,效果明显,现报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 收集2016年11月—2018年1月芜湖市及周边地区符合脑卒中入选标准的100例患者,采用随机数表法进行分组,试验组和对照组各50例。试验组男性31例、女性19例,年龄( $59.50 \pm 11.04$ )岁,病程( $7.20 \pm 12.25$ )d,住院时间( $16.62 \pm 15.94$ )

**基金项目:**安徽省卫计委科研计划项目(2016QK058)**通信作者:**王清华, E-mail: 729654796@qq.com

d;对照组男性28例、女性22例,年龄( $58.82 \pm 11.31$ )岁;病程( $6.61 \pm 13.24$ )d,住院时间( $14.94 \pm 7.83$ )d。2组患者的性别、年龄、发病时间、住院时间等一般资料对比差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$ ),具有可比性。本课题得到弋矶山医院伦理委员会审核通过,所有入选患者签署知情同意书,并按脑卒中康复管理模式实施管理。

**1.2 病例入选与排除标准** 根据1995年中华医学会第四届脑血管病学术会议制定的诊断标准<sup>[6]</sup>,在我院神经内科及相关科室选择符合脑卒中诊断的患者,并经头颅CT或MRI确诊且满足以下条件:①脑卒中初发或再次发病;②年龄 $\leq 80$ 岁;③患者意识清楚,无言语障碍;④生命体征稳定48h后;⑤有肢体功能障碍;⑥芜湖市及周边地区患者。排除标准:①合并有严重的心、肝、肾等脏器疾病者;②恶性进行性高血压病者;③合并有四肢瘫痪者;④合并恶性肿瘤者;⑤原先有脑血管疾病且留下重度功能障碍者;⑥发病前有抗抑郁、焦虑药物摄入史者;既往有痴呆、精神病史及聋哑者;⑦外地居住无法随访者。

**1.3 管理方法** 课题组成员充分调查了解脑卒中患者及家属对康复治疗的需求,应用循证医学原则,根据脑卒中患者功能障碍的时间、程度、类型等不同因素,分阶段实施脑卒中康复管理模式。对照组患者采用“家庭传统化”管理模式(即家庭成员监督落实的脑卒中康复管理模式);试验组患者采用“全程网络化”管理模式(即医院医护人员监督落实的脑卒中康复管理模式)。“全程网络化”管理模式的实施采取从社区卫生服务站→医院出入院管理科→医院神经内科(或医院康复医学科)→社区或家庭的途径;或从医院出入院管理科→医院神经内科(或医院康复医学科)→社区或家庭的途径。2组管理模式患者均发放脑卒中健康知识手册(如《脑卒中防治知识100问》《中风自我保健康复》)。PPT讲解、DVD播放、微信平台或电话咨询等方式进行脑卒中康复相关理论知识的学习[如疾病的原因、目前用药情况(作用、副作用)、主要检查的目的、注意事项等内容];根据脑卒中康复治疗指南<sup>[7]</sup>采取床边或集中示范脑卒中不同阶段、不同体位下的康复治疗技术(如良姿位摆放、床上翻身、坐站转移、坐站平衡等)。2次/周,30min/次。脑卒中患者康复管理模式具体内容如下。

**第1阶段,即入组阶段(入组第1天):**与患者沟通交流的同时,告知患者及家属脑卒中的发病原因、病情进展及转归,以及患病初期应做出的必要配合,以减轻患者及家属焦虑、无助的心理状况。评估脑卒中的危险因素、存在的康复问题,制定康复计划。利用脑卒中康复健康知识手册、PPT等宣传方式对患者随时或定

期进行相关知识宣教,如疾病的原因、目前用药情况(作用、副作用)等,主要检查的目的、注意事项、康复治疗技术等。

**第2阶段,即在院阶段(入组第2天至出院时):**根据患者及家属的康复要求和脑卒中后各期的康复治疗指南,采用观察与实践相结合的方法,进行一对一的训练指导,使其手法标准、规范。内容有:协助患者预防各类并发症的发生;协助患者进行肢体康复训练如良姿位摆放,主被动关节活动,正确的翻身、坐起、站立、步行等功能锻炼;协助患者进行日常生活自理能力训练(如语言表达、记忆能力、进食、穿脱衣服)等训练;认知功能训练(日常生活中熟悉的为前提)、协助患者使用和保养各种辅助用具等。

**第3阶段,即出院阶段(出院后):**根据患者及家属的康复要求和脑卒中后各期的康复治疗指南,评估患者出院情况,进一步完善社区康复治疗。内容有:与社区卫生服务中心取得联系,协助患者坚持正确的康复锻炼,督导患者保持良好的生活方式,按时用药,积极参加课题小组定期举办的康复讲座,落实脑卒中康复的两种管理模式的具体实施。

**1.4 观察指标** 2组患者分别在入组第1天、出院时、出院后1个月和出院后3个月进行康复评定。其中Frenchay活动量表评定患者日常生活自理能力<sup>[8]</sup>;脑卒中专用生活质量量表(SS-QOL)评定患者的生活质量满意度;社会支持评定量表(SSQ)评定患者社会支持程度<sup>[9]</sup>。

**1.5 统计学方法** 数据采用SPSS 17.0统计软件进行统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用方差分析及 $t$ 检验,其中重复测量数据采用两因素不等距重复测量方差分析;利用SPSS软件syntax窗口编辑程序进行不等距重复测量方差分析对2组患者不同时间点3项指标进行分析,对Frenchay活动量、SS-QOL量表评分、SSQ评分选用Mauchly球对称检验法,均 $P < 0.001$ ,应用Greenhouse-Geisser方法对时间效应、处理和时间效应的交互作用以及组内误差的自由度及 $P$ 值进行校正。计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者不同时间点Frenchay活动量表评分比较** 2种干预方法存在组间差别( $P < 0.01$ ),各个时间点的Frenchay评分差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),干预方法与时间存在交互作用,说明不同干预方法下不同时间点的Frenchay评分的变化趋势不同。入组第1天,2组数据比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),说明2组资料具有可比性。试验组Frenchay活动量表评分在出院后1个月、出院后3个月时明显高于对照组(均

$P < 0.05$ ), 即试验组患者的日常生活自理能力高于对照组, 详见表 1。

表 1 2 组患者不同时间点 Frenchay 活动量表评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	入组第 1 天	出院时	出院后 1 个月	出院后 3 个月
试验组	50	24.76 ± 7.99	31.72 ± 7.54	44.20 ± 8.78	54.42 ± 10.97
对照组	50	26.32 ± 7.29	34.72 ± 7.75	38.30 ± 7.84	42.20 ± 8.97
F 值		1.039	3.853	12.563	37.180
P 值		0.310	0.052	0.001	<0.001

注:  $F_{\text{组别}} = 69.390, P < 0.001$ ;  $F_{\text{时间}} = 772.714, P < 0.001$ ;  $F_{\text{交互}} = 69.151, P < 0.001$ 。

## 2.2 2 组患者不同时间点 SS-QOL 量表评分比较

2 种干预方法对 SS-QOL 量表评分的影响存在组间差别( $P < 0.01$ ), 各个时间点的 SS-QOL 评分差异有统计学意义( $P < 0.01$ ), 干预方法与时间存在交互作用, 说明不同干预方法下不同时间点的 SS-QOL 评分的变化趋势不同。入组第 1 天, 2 组数据比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 说明 2 组资料具有可比性。试验组 SS-QOL 量表评分在出院后 1 个月、出院后 3 个月时明显高于对照组( $P < 0.05$ ), 即试验组患者的生活质量满意度优于对照组, 详见表 2。

表 2 2 组患者不同时间点 SS-QOL 量表评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	入组第 1 天	出院时	出院后 1 个月	出院后 3 个月
试验组	50	115.16 ± 22.25	139.58 ± 23.34	167.14 ± 20.95	186.28 ± 17.76
对照组	50	116.74 ± 18.10	133.49 ± 19.86	147.62 ± 19.07	157.10 ± 19.59
F 值		0.152	1.969	23.738	60.889
P 值		0.698	0.164	0.001	<0.001

注:  $F_{\text{组别}} = 12.359, P = 0.001$ ;  $F_{\text{时间}} = 888.012, P < 0.001$ ;  $F_{\text{交互}} = 70.374, P < 0.001$ 。

2.3 2 组患者不同时间点 SSQ 量表评分比较 2 种干预方法对 SSQ 量表评分的影响存在组间差别( $P < 0.01$ ), 各个时间点的 SSQ 评分差异有统计学意义(均  $P < 0.01$ ), 干预方法与时间存在交互作用, 说明不同干预方法下不同时间点的 SSQ 评分的变化趋势不同。入组第 1 天, 2 组数据比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 说明 2 组资料具有可比性。试验组 SSQ 量表评分在出院后 1 个月、出院后 3 个月时明显高于对照组(均  $P < 0.05$ ), 即试验组受到的社会支持程度高于对照组, 详见表 3。

表 3 2 组患者不同时期 SSQ 量表评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	组别	入组第 1 天	出院时	出院后 1 个月	出院后 3 个月
试验组	50	27.20 ± 3.77	34.86 ± 3.58	41.88 ± 2.89	46.42 ± 1.89
对照组	50	26.32 ± 3.40	32.22 ± 3.79	35.02 ± 4.38	37.01 ± 4.42
F 值		0.152	13.014	85.388	192.023
P 值		0.223	<0.001	<0.001	<0.001

注:  $F_{\text{组别}} = 69.390, P < 0.001$ ;  $F_{\text{时间}} = 772.714, P < 0.001$ ;  $F_{\text{交互}} = 69.151, P < 0.001$ 。

2.4 试验组患者不同时期与入组第 1 天各量表评分比较 试验组出院时、出院后 1 个月、出院后 3 个月分

别与入组第 1 天各量表评分进行比较差异有统计学意义(均  $P < 0.001$ ), 说明脑卒中后医院医护人员干预的健康教育的模式对患者康复有效。

## 3 讨论

脑卒中中以高发病率、致残率、复发率、病死率给家庭及社会带来了沉重的经济负担和精神负担<sup>[10]</sup>。脑卒中发病人群中 40 ~ 64 岁的患者占 65.36%, 高血压为脑卒中危险因素的首要因素<sup>[11]</sup>。随着现代医学模式从“以疾病为中心”向“以健康为中心”的转变, 医院所承担的功能和内涵以正确引导现代人的健康需求为需要<sup>[12]</sup>。脑卒中发生及复发与不健康的行为密切相关<sup>[13]</sup>。资料<sup>[14]</sup>表明, 对脑卒中患者进行健康教育, 可提高患者对疾病的认识水平, 加强自我管理能力和日常生活活动能力, 改善生存质量, 降低脑卒中发生的风险。脑卒中患者在出院后容易面临第二次复发的危险<sup>[15]</sup>, 患脑卒中疾病后的照顾是长期、动态变化的, 需要照顾者不断提高照顾知识和技能, 做好照顾者的准备工作提供、技能情感的支持, 健康状态的评估, 有利于降低患者的复发率。近年来, 国务院高度重视“互联网+医疗健康”工作, 并对其做出了相应部署<sup>[16]</sup>。网络医疗健康管理是运用网络对个体或群体进行健康管理的方法<sup>[17]</sup>, 如利用计算机、微信、电话等网络服务方式, 开展脑卒中健康教育服务, 有益于预防疾病的发生与发展, 有助于提高患者的生活质量。网络医疗管理平台由于其便捷性、普及性等优点<sup>[18-19]</sup>受到社会的普遍关注。本研究结果显示, 采用“全程网络化”管理模式的患者日常生活自理能力、生活质量满意度、患者受社会支持程度各项得分明显优于“家庭传统化”管理模式(均  $P < 0.05$ ), 体现了医院医护人员干预下医疗健康管理的重要性。

全程网络化管理模式依据医疗网络健康管理的方式, 利用远程服务方式, 宣传脑卒中发病的主要危险因素, 积极主动的预防措施; 各种功能障碍处置原则, 患者用药的依从性等基础知识, 从而降低复发率及致残率<sup>[20]</sup>, 提高患者的生存质量<sup>[21]</sup>。本研究试验组患者出院时、出院后 1 个月和出院后 3 个月与入组第 1 天各量表评分对比差异有统计学意义(均  $P < 0.001$ ), 说明实施管理后试验组患者日常生活自理能力、生活质量满意度、社会支持程度均优于实施前, 为脑卒中网络平台的建立推广提供了理论依据, 为全面实施“医院-社区-家庭”三级康复网络奠定了基础<sup>[22]</sup>。通过优化医疗资源配置、健全医疗服务体系、优化医疗服务方式、降低医疗成本, 逐步建立、完善“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗<sup>[23]</sup>; 进而最大程度地促进安徽省脑卒中三级康复管理, 使本地区脑卒中患者最大程度的重返社会。(下转第 2127 页)

[8] 江利冰,李瑞杰,张斌,等. 2016年脓毒症与脓毒性休克处理国际指南[J]. 中华急诊医学杂志,2017,26(3):263-266.

[9] 刘亚林,邹帅,赵中林,等. PiCCO监测技术在感染性休克患者液体复苏及血管活性药物应用中的指导作用[J]. 中华医院感染学杂志,2016,26(10):2254-2256.

[10] 许建强,霍保善,袁满涓,等. 脉搏指示连续心排血量在感染性休克患者血管活性药物管理中的应用[J]. 实用医学杂志,2014,30(13):2097-2099.

[11] Garcia-Salido A, Serrano A, Iglesias-Bouzas MI, et al. Systemic inflammatory response syndrome and septic shock due to parvovirus B19 in a healthy child[J]. An Pediatr (Barc), 2014, 80(4):269-270.

[12] Tichit R, Saumet L, Marchandin H, et al. Septic shock following platelet transfusion contaminated with *Citrobacter koseri* in a child with postchemotherapy febrile neutropenia[J]. Arch Pediatr, 2016, 23(1):86-89.

[13] 刘霜,任晓旭,郭琳瑛,等. 3%高渗盐水在儿童脓毒性休克早期液体复苏中的作用[J]. 中华儿科杂志,2015,53(8):599-604.

[14] Gaies MG, Jeffries HE, Niebler RA, et al. Vasoactive-inotropic score

is associated with outcome after infant cardiac surgery: an analysis from the Pediatric Cardiac Critical Care Consortium and Virtual PICU System Registries[J]. Pediatr Crit Care Med, 2014, 15(6):529-537.

[15] Kumar K, Saad M, Chime C, et al. Refractory Septic Shock due to Underlying Immunocompromised Disease: A Case of Fatal Peripheral T-Cell Lymphoma Not Otherwise Specified in a Young Hispanic Woman[J]. Case Rep Oncol, 2018, 11(2):404-411.

[16] Haque A, Siddiqui NR, Munir O, et al. Association between vasoactive-inotropic score and mortality in pediatric septic shock[J]. Indian Pediatr, 2015, 52(4):311-313.

[17] 王桥生,符晖,汤石林,等. 早期血清降钙素原对脓毒性休克患者预后判断的价值[J]. 广东医学,2013,34(17):2666-2669.

[18] 石玉娜,周晓燕,王庆海,等. 脓毒症患者血清降钙素原表达及其对预后的影响分析[J]. 国际检验医学杂志,2018,39(9):1059-1061.

[19] 张晓磊. 儿童脓毒症免疫机制的研究进展[J]. 国际儿科学杂志, 2017,44(11):761-764.

( 本文编辑:赵瑞) 收稿日期:2018-05-22

(上接第2079页)

参考文献

[1] 刘未艾,岳增辉,付磊,等. 经筋刺法结合加味芍药甘草汤治疗脑卒中后肢体痉挛的效果[J]. 中国康复理论与实践,2018,24(3):323-327.

[2] 陈煌,黎蔚华,罗青,等. 脑卒中早期康复现状的调查与分析[J]. 广东医学,2018,39(2):278-282.

[3] 张利苹,杨波,于志云. 社会养老机构医疗康复服务问题与对策[J]. 基层医学论坛,2017,21(27):3755-3757.

[4] 孔燕,刘志华,崔应麟. 延续综合护理及康复训练联合高压氧治疗对急性缺血性脑卒中患者 Lovett 肌力分级及 NIHSS 评分的影响[J]. 中国老年学杂志,2018,38(4):793-795.

[5] Scrutinio D, Lanzillo B, Guida P, et al. Development and Validation of a Predictive Model for Functional Outcome After Stroke Rehabilitation: The Maugeri Model[J]. Stroke, 2017, 48(12):3308-3315.

[6] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.

[7] 张通. 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.

[8] Chern JS, Chen MH, Lee YC, et al. Validation of a Chinese Version of the Frenchay Activities Index in Patients with Traumatic Limb Injury[J]. J Occup Rehabil, 2014, 24(3):439-445.

[9] 叶志英,杨莹,肖强,等. 社区高龄老年人认知功能与社会支持关系的研究[J]. 护理学杂志,2018,33(1):94-96.

[10] 贾建平,陈生弟. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2014:170.

[11] 王丽萍,陈真,李梅,等. 我国6省市脑卒中流行病学调查及危险因素分析[J]. 中国病案,2017,18(3):97-100.

[12] 林秋. 45例老年脑卒中恢复期患者八段锦联合中医措施康复效果的应用分析[J]. 辽宁中医杂志,2018,45(2):302-304.

[13] 井娟娟,戎艳琴,李颖,等. 脑卒中患者健康行为结构方程模型构

建研究[J]. 现代预防医学,2018,45(7):1229-1234.

[14] 江玉棉,陈海莲,简爱华,等. 脑卒中患者居家功能锻炼依从性与健康信念的相关性研究[J]. 中国临床护理,2015,7(2):93-96,102.

[15] Lutz BJ, Young ME, Creasy KR, et al. Improving stroke caregiver readiness for transition from inpatient rehabilitation to home[J]. Gerontologist, 2017, 57(5):880-889.

[16] 哈提米汗·买买提,王育珊,徐晓璐,等. "互联网+"健康管理干预模式在脑卒中高危人群中的应用效果[J]. 广西医学,2018,40(7):822-824.

[17] 贾澄杰,张宏如,倪光夏,等. 头针加音乐联合康复治疗脑卒中后痉挛性偏瘫:随机对照研究[J]. 中国针灸,2017,37(12):1271-1275.

[18] 查君林. 互联网在医疗行业中的应用[J]. 中国继续医学教育, 2018,10(14):44-46.

[19] 寿之炜. 网络化医院-社区医疗跟踪管理在妇科肿瘤化疗间歇期PICC带管患者中的应用[J]. 中医药管理杂志,2018,26(10):171-173.

[20] 柏敏,田然,杨倩,等. 短期虚拟现实康复训练对脑卒中偏瘫患者上肢功能及日常生活活动能力的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2017,32(11):1288-1291.

[21] Kristensen HK, Præstegaard J, Ytterberg C. Discourses in stroke rehabilitation as they present themselves in current physiotherapy and occupational therapy[J]. Disabil Rehabil, 2017, 39(3):223-235.

[22] 刘娟娟,刘琪,尹心红,等. 脑卒中患者家庭照顾者照顾准备度与疾病不确定感的相关性研究[J]. 护理管理杂志,2018,18(3):202-206.

[23] 任彩丽,付娟娟,王红星,等. 早期康复临床路径对缺血性脑卒中患者功能恢复影响的多中心、单盲、随机对照研究[J]. 中国康复医学杂志,2017,32(3):275-282.

( 本文编辑:赵瑞) 收稿日期:2018-05-21