

延续性护理对缺血性脑卒中患者康复效果的影响分析

殷培梅

(克拉玛依市中心医院 新疆克拉玛依 834000)

摘要: 目的: 探讨将延续性护理模式运用于缺血性脑卒中患者中的效果。方法: 选取 400 例 2020 年 5 月-2021 年 5 月在本院接受治疗的缺血性脑卒中患者进行研究, 经随机数字表法分组。对照组 (200 例), 观察组 (200 例)。结果: 观察组护理后的各项生活质量评分与运动功能评分及护理依从性均高于对照组, NIHSS 低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 发生缺血性脑卒中时, 对患者实施延续性护理干预能够在一定程度上改善其生活质量, 促进其运动与神经功能恢复, 同时提高护理依从性。

关键词: 缺血性脑卒中; 延续性护理; 康复效果; 神经功能; 运动功能

缺血性脑卒中的发生与脑部血液循环出现障碍有关, 好发于中老年人, 可损伤患者的神经功能, 出现偏瘫、失语、昏迷等症状, 具有较高的致残率, 即使经过一系列治疗后还是可能会发生后遗症^[1-2]。多数缺血性脑卒中患者经过治疗稳定病情后, 可归家进行自我康复管理, 但在常规护理中, 以院内康复指导为主, 对其院外康复进程的推进帮助不大^[3-4]。延续性护理是对患者院内护理进行延伸的一种干预方式, 能够将患者从医院至家庭进行无缝连接, 还可以提高患者的认知, 使其积极配合, 对缺血性脑卒中患者的院外康复具有重要的作用^[5-6]。鉴于此情况, 本文主要探讨实施延续性护理对缺血性脑卒中患者康复的改善作用。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

时间: 2020 年 5 月-2021 年 5 月, 研究对象: 本院接收的 400 例缺血性脑卒中患者, 分组方式: 随机数字表法。对照组 ($n=200$) 的年龄范围为 51-86 岁, 平均年龄为 (68.56 ± 5.39) 岁; 性别: 男 126 例、女 74 例。观察组 ($n=200$) 中有 124 例为男性患者、76 例为女性患者; 年龄在 52-88 岁之间, 平均 (68.69 ± 5.31) 岁。入选者均诊断为缺血性脑卒中, 首次发病, 生命体征平稳; 排除合并精神疾病、合并脑出血、存在血液系统障碍等患者。

1.2 方法

对照组实施常规护理, 对患者进行简单健康教育、叮嘱其禁烟酒、遵循低盐低脂饮食、规律作息、告知相关用药注意事项等, 为了预防静脉血栓的发生, 叮嘱患者在家应避免患者卧床, 如卧床患者, 指导踝泵运动, 将踝关节背伸与直屈, 尽量使踝关节的活动范围达到最大。

观察组在对照组的基础上进行延续性护理, 创建微信公众号, 引导患者或者家属进行关注并通过公众号定时发送关于缺血性脑卒中康复知识, 普及关于缺血性脑卒中的饮食注意事项。创建微信群, 通过微信群对患者的院外自我管理行为进行监督, 由家属将患者的康复情况进行反馈, 根据反馈内容予以针对性指导。根据患者的实际情况为其录制相关康复训练视频, 供患者在院外康复期间进行学习, 包括被动患肢训练: 由家属为其按摩大关节与小关节, 由远端按摩至近端, 若患者未能独立下床活动可予以其轮椅或者拐杖, 协助患者从床上坐起、如厕、穿衣等。认知功能训练: 对水杯、牙刷、碗等常用的生活用品在外表贴上标签, 以反复提示患者, 帮助其辨认; 引导患者对不同物品进行分类, 向患者出示有共同点的物品, 让其回答有何共同之处。定期进行上门随访, 实地了解患者的心理与生理功能恢复情况, 多鼓励患者, 帮助其消除负面情绪, 建立自信心。

1.3 观察指标

(1) 根据健康促进生活方式量表 (HPLP-II) 对两组的生活质量进行分析, 主要包括采用体育运动 (PA)、健康责任 (HR)、压力管理 (SM)、营养 (N)、人际关系 (IR)、精神成长 (SG) 6 个维度, 评分越高代表生活质量越好。

(2) 采用简式 Fugl-Meyer 运动量表 (FMA) 评估两组的运动功能恢复情况, 主要包括上下肢 (100 分)、平衡 (14 分)、四肢感

觉 (24 分)、关节活动度 (88 分) 等方面, 评分与运动功能呈正相关。

(3) 采用脑卒中量表 (NIHSS) 评估两组的神经功能, 评估内容包括意识水平、面瘫、视野等, 满分为 42 分, 评分越高代表神经功能缺损越严重。

(4) 发放调查问卷评估两组的护理依从性, 评分为 0-100 分, 90-100 分为完全依从, 70-89 分为部分依从, 0-69 分为不依从。

1.4 统计学方法

处理工具为 SPSS 22.0 统计软件, 差异有统计学意义以 $P < 0.05$ 表示。

2. 结果

通过护理后, 两组的生活质量评分均提高, 但观察组的提高幅度较大, 见表 1。

表 1 两组生活质量比较 ($\bar{X} \pm s$, 分)

组别	n	时间	PA	HR	SM	N	IR	SG
对照组	200	护理前	15.58 ± 3.01	18.14 ± 2.24	17.17 ± 2.49	15.54 ± 2.75	13.24 ± 2.16	16.57 ± 2.36
			19.86 ± 4.14	22.19 ± 2.68	21.85 ± 3.12	20.10 ± 3.51	18.84 ± 2.35	22.15 ± 3.16
		t 值	5.284	7.649	8.087	6.885	11.681	8.514
		P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
		观察组	200	护理前	15.71 ± 3.14	18.33 ± 2.16	17.28 ± 2.28	15.67 ± 2.85
26.57 ± 4.36	27.88 ± 3.74				26.16 ± 3.69	25.46 ± 4.13	24.14 ± 3.26	28.16 ± 3.80
t 值	13.148			14.528	13.258	12.351	17.270	15.855
P 值	0.000			0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
t 护理前组间值	0.178			0.417	0.223	0.389	0.475	0.465
P 护理前组间值	0.840	0.697	0.845	0.712	0.629	0.640		
t 护理后组间值	7.218	8.085	5.526	6.425	8.023	7.189		
P 护理后组间值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		

两组护理后的各项运动功能评分均较护理前高, 但观察组较对照组高, NIHSS 评分较护理前低, 但观察组较对照组低, 见表 2。

表 2 两组运动与神经功能比较 ($\bar{X} \pm s$, 分)

组别	n	时间	运动功能			神经功能	
			上下肢	平衡	四肢感觉	关节活动度	NIHSS 评分
对照组	200	护理前	41.02 ± 3.69	3.56 ± 0.53	10.03 ± 2.15	32.16 ± 3.54	25.26 ± 3.51
			56.95 ± 5.18	6.26 ± 0.85	14.64 ± 3.52	51.15 ± 5.19	15.62 ± 2.18
		t 值	11.235	15.649	13.538	15.427	12.029
		P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
		观察组	200	护理前	41.15 ± 3.53	3.59 ± 0.55	10.06 ± 2.11
70.14 ± 7.14	11.20 ± 1.15				18.15 ± 3.52	66.53 ± 6.53	7.54 ± 1.15
t 值	11.235			15.649	13.538	15.427	12.029
P 值	0.000			0.000	0.000	0.000	0.000
t 护理前组间值	0.178			0.417	0.223	0.389	0.475
P 护理前组间值	0.840	0.697	0.845	0.712	0.629	0.640	
t 护理后组间值	7.218	8.085	5.526	6.425	8.023	7.189	
P 护理后组间值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	

	6.58	1.03	3.21	6.05	1.12
t 值	18.579	20.136	21.582	17.597	22.301
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
t 护理前组间值	0.126	0.235	0.148	0.201	0.259
P 护理前组间值	0.567	0.659	0.635	0.748	0.812
t 护理后组间值	8.579	10.547	9.869	11.234	8.758
P 护理后组间值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

与对照组相比, 观察组的护理依从性显著较高, 见表 3。

表 3 两组护理依从性比较 [n(%)]

组别	n	完全依从	部分依从	不依从	总依从性
对照组	200	102 (51.00)	73 (36.50)	25 (12.50)	175 (87.50)
观察组	200	153 (76.50)	38 (19.00)	9 (4.50)	191 (95.50)
χ^2 值	-	28.138	15.275	8.229	8.229
P 值	-	0.000	0.000	0.004	0.004

3. 讨论

缺血性脑卒中是一种危害性较高的脑血管疾病, 通常发病急促, 多无前驱症状, 不同的病因所造成的严重程度有所不同, 需及时救治并配合一系列护理干预措施。有报道指出, 在多数缺血性脑卒中患者中, 临床对其进行的出院指导较为简单, 出院后患者家属未能全面监督、协助患者进行康复锻炼, 以至于其康复训练依从性不高, 康复效果不明显^[7-8]。有学者提出, 通过延续性护理则能够在出院期间与患者及家属保持联系, 了解患者的病情恢复情况与日常生活开展情况, 予以其针对性康复指导与认知功能训练, 有利于其神经、运动等功能的恢复^[9-10]。如本次研究结果所示, 观察组护理后的生活质量评分、护理依从性等均优于对照组, 说明延续性护理模式的运用对于缺血性脑卒中患者的康复具有较大的帮助。在进行延续性护理过程中, 还强调对患者进行上门随访, 能够与患者进行面对面交流, 予以患者鼓励, 了解其院外生活并予以针对性指导, 可纠正患者的错误认知与做法, 使其尽早回归至正常生活中。

综上所述, 对于缺血性脑卒中患者而言, 予以其延续性护理不

仅可以提高其神经功能、运动功能, 改善其生活质量, 还可以提高其护理依从性。

参考文献:

- [1]林燕钦,陈静婷. 基于微信平台的延续护理模式对青年脑梗死患者自护能力、生活质量的影响观察[J]. 心血管病防治知识, 2021, 11(03):44-46.
- [2]刘星星. 延续性护理措施对脑梗塞患者康复护理效果及生活质量的影响[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2020, 7(32):95+97.
- [3]黄蕾,唐起岚,张彩,曹黎明. 基于家庭模式的延续性护理对老年脑梗死患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(13):43-46.
- [4]Johnson CO, Nguyen M, Roth GA, et al. Global, regional, and national burden of stroke, 1990 - 2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016[J]. The Lancet Neurology, 2019, 18(5): 439-4.
- [5]彭芳芳,梅芳. “医院-社区-家庭”延续性护理对老年脑梗塞患者执行功能、生活质量的影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(07):240+242.
- [6]刘璐. 基于家庭模式的延续性护理对老年脑梗死病人治疗依从性的影响[J]. 护理研究, 2018, 32(15):2423-2427.
- [7]Rayment-Jones H, Silverio SA, Harris J, et al. Project 20: Midwives' insight into continuity of care models for women with social risk factors: what works, for whom, in what circumstances, and how[J]. Midwifery, 2020, 84: 102654.
- [8]景荣侠,唐亚平. 延续护理干预对脑梗塞出院患者治疗依从性的影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(30):218.
- [9]万亚,曹俊景. 延续护理措施对脑梗塞患者康复护理的效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(22):104+111.
- [10]陈昀. 生态营养及延续康复护理在脑梗塞患者中的应用效果[J]. 系统医学, 2018, 3(08):155-156+162.