

康复护理临床路径对住院脑卒中患者认知功能、焦虑程度的影响

谌敏 杨翠 施红

脑卒中是临床上最常见的脑血管病变类型之一,主要是指缺血性脑卒中和出血性脑卒中,患者发病后神经功能受损,具有高致残风险,易遗留后遗症,导致其认知功能、肢体功能、日常生活能力均受到影响,对其心理状况及生活质量十分不利^[1],故做好脑卒中患者的康复期护理十分重要。临床路径护理是一种有计划性、有序的护理模式^[2]。本次研究探讨住院脑卒中患者实施康复护理临床路径的效果及对认知功能、焦虑程度的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2018年1月至2020年8月安吉县人民医院神经内科收住的脑卒中患者60例,其中男性33例、女性27例;年龄60~89岁,平均年龄(74.34±9.44)岁;纳入标准为:①经症状观察、CT及MRI检查,确诊脑卒中;②年龄≥60岁;③神志保持清醒。排除标准为:①合并急症;②合并严重感染、恶性肿瘤;③伴有意识障碍或精神障碍;④中途失访,脱落研究。本次研究获医院伦理委员会审批,患者或其家属均知情同意。按照随机数字表法分为观察组和对照组,每组30例。观察组中男性16例、女性14例;平均年龄(74.48±9.37)岁;脑卒中类型:缺血性脑卒中23例、出血性脑卒中7例;合并糖尿病7例、高血压12例。对照组中男性17例、女性13例;平均年龄(74.19±9.51)岁;脑卒中类型:缺血性脑卒中24例、出血性脑卒中6例;合并糖尿病6例、高血压14例;两组的年龄、性别、脑卒中类型、合并症比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法 对照组实施常规康复护理。观察组在康复护理中应用临床路径,组建临床路径康复护理

小组,根据脑卒中患者康复阶段的护理需求,结合过往经验,将护理内容作为横轴,将护理落实时间作为纵轴,制作临床路径表单,具体为:①入院第1天:护士向患者进行自我介绍,并为患者介绍病区环境、病房规章制度,介绍主治医师;对患者认知功能、心理状态、肢体功能、日常生活能力进行评估;结合图片、视频,为患者讲解脑卒中的相关知识;指导患者摆放良肢位,详细说明不同体位的摆放。②入院第2天至出院前1天:采取记忆力训练、注意力训练、逻辑思维训练、计算力训练、感知障碍训练等方法对患者进行认知训练指导,每天进行2次认知训练,单次持续20 min;与患者进行沟通,认真聆听患者的倾诉,在聆听过程中了解患者心理动态,与患者共同分析负性情绪出现的原因,安抚,开导患者;指导患者进行肢体康复训练、日常生活项目训练。③出院当天:向患者说明出院后的相关注意事项,并嘱咐患者及家属定期返院复诊,登记其有效联系方式。④出院后:定期在微信公众号推送脑卒中的相关文章;鼓励患者在微信群内加强交流,患者与患者之间分享治疗体会和心得,护士在微信群内与患者进行沟通,了解患者的病情康复情况,为患者解答疑问,如患者存在较多疑问,还可进行一对一单独交流,通过视频、图片等方式为患者提供指导。同时,每隔1周对患者进行1次电话随访,持续至患者出院后1个月。

1.3 观察指标 比较两组护理前后的焦虑抑郁评分、认知功能评分、肢体功能评分、日常生活能力评分、生活质量评分、护理满意度。①焦虑评分采用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)评估,总分100分,临界值为50分,得分越高越焦虑;抑郁评分采用抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)评估,总分100分,临界值为53分,得分越高越抑郁^[3]。②认知功能评分采用简明精神状态

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2021.004.030

作者单位:313300 浙江湖州,安吉县人民医院手术室

量表(minimentalstate examination, MMSE)、蒙特利尔认知评估量表(Montreal cognitive assessment, MoCA)评估,其中MMSE量表总分0~30分,得分与认知功能呈正比,得分越高,认知功能越好;MoCA量表总分0~30分,得分与认知功能呈正比,得分越高,认知功能越好^[4]。③肢体功能评分应用Fugle-Meyer量表(Fugl-Meyer assessment scale, FMA)对患者肢体运动功能进行评估,0~100分为量表分值范围,得分越高越好。④日常生活能力评分(activity of daily living, ADL)采用改良Barthel指数对患者进行评估,分值0~100分,得分越高越好。⑤生活质量评分选择WHOQOL-BREF简表,量表分为生理、

心理、环境、社会关系,量表总分范围为0~100分,得分越高越好^[5]。⑥护理满意度选择自制调查问卷对患者展开调查,卷面分最高100分,<60分不满意、60~80分一般满意、>80分很满意。

总满意度=(很满意+一般满意)/总例数×100%。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。计量资料比较采用t检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组护理前后的焦虑抑郁、认知功能、肢体功能、日常生活能力评分、生活质量总分比较见表1

表1 两组护理前后的焦虑抑郁、认知功能、肢体功能、日常生活能力评分、生活质量总分比较/分

组别	SAS评分	SDS评分	MMSE评分	MoCA评分	FMA评分	ADL评分	生活质量总分
观察组 护理前	54.21 ± 6.90	55.28 ± 6.61	20.42 ± 2.57	18.89 ± 2.24	69.71 ± 6.49	61.62 ± 6.40	79.30 ± 5.16
观察组 护理后	40.74 ± 4.93*#	42.16 ± 5.07*#	26.95 ± 3.43*#	25.16 ± 3.21*#	88.34 ± 10.57*#	81.65 ± 10.27*#	87.62 ± 5.71*#
对照组 护理前	54.39 ± 6.86	55.47 ± 6.53	20.31 ± 2.52	18.73 ± 2.15	69.42 ± 6.43	61.48 ± 6.52	79.58 ± 5.09
对照组 护理后	47.10 ± 5.27*	48.59 ± 5.42*	23.47 ± 3.19*	21.94 ± 3.06*	77.86 ± 8.35*	70.59 ± 8.43*	81.73 ± 5.40*

注: *:与同组护理前比较, $P < 0.05$; #:与对照组护理后比较, $P < 0.05$ 。

由表1可见,护理前,两组患者护理前的SAS评分、SDS评分、MMSE评分、MoCA评分、FMA评分、ADL评分生活质量评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.10、0.11、0.17、0.28、0.17、0.08、0.21, P 均>0.05)。护理后,观察组和对照组护理后的SAS评分、SDS评分低于护理前,MMSE评分、MoCA评分、FMA评分、ADL评分、生活质量总分高于护理前,差异均有统计学意义(t 分别=-8.70、-8.63、8.35、8.77、8.23、9.07、9.48; -4.62、-4.44、4.26、4.70、4.39、4.68、5.27, P 均<0.05),且观察组的SAS评分、SDS评分均低于对照组,MMSE评分、MoCA评分、FMA评分、ADL评分、生活质量总分均高于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=-4.83、-4.75、4.07、3.98、4.26、4.56、4.11, P 均<0.05)。

2.2 两组的护理满意度比较见表2

表2 两组的护理满意度比较

组别	n	很满意/例	一般满意/例	不满意/例	总满意度/例(%)
观察组	30	16	13	1	29(96.67)*
对照组	30	13	11	6	24(80.00)

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,观察组的护理总满意度高于对照

组,差异有统计学意义($\chi^2=4.04, P < 0.05$)。

3 讨论

脑卒中主要包括缺血性脑卒中和出血性脑卒中,前者主要是由于颈动脉血管粥样硬化病变导致血流灌注不足而引发的脑组织缺血性坏死病变,后者主要是由于脑血管破裂出血而导致颅内血肿形成压迫脑组织引发的脑血管病变,患者发病后病情进展快速,具有较高的致残风险和致死风险^[6,7]。由于脑卒中患者康复阶段的后遗症风险高,为改善预后,因此,做好其康复阶段的护理工作十分重要。

在脑卒中患者康复期实施合理的护理措施具有重要意义,以往的护理措施以常规护理措施为主,其护理措施较为片面,主要是通过指导患者进行肢体康复训练和日常生活能力训练,在一定程度上可改善患者肢体功能、日常生活能力,但部分患者的护理效果不理想。临床路径护理是一种以“计划性”为护理特色的护理模式,是将临床路径理念融入至临床护理中形成的特色护理模式,该护理模式下主张根据患者病情特点及护理需求制定阶段性的护理计划,其护理方案相比于常规护理更加具有针对性,其护理目标更加明确,且在该护理模式下,以时间线为护理计划表单的横轴,以护理内容为护理计划表单的纵轴,根据护理计划表单实施护

理干预,可使护理措施的落实更加到位、更加有序化^[8,9]。本次研究结果显示,护理后,临床路径康复护理组的SAS评分、SDS评分均低于常规护理组(P 均 <0.05),说明临床路径康复护理可切实改善患者的心理状态,这主要是因为临床路径康复护理方案中入院第1天起对患者实施了针对性的心理干预和健康指导,可减轻患者因对疾病了解不足而出现的不良情绪。护理后,临床路径康复护理组的MMSE评分、MoCA评分均高于常规护理组(P 均 <0.05),临床路径康复护理组的FMA评分、ADL评分、生活质量评分均高于常规护理组(P 均 <0.05),这主要是因为临床路径康复护理有效减轻了患者的不良情绪,可促使患者更好地配合康复训练,从而减轻患者肢体功能障碍,调节认知功能,恢复生活自理能力,进一步减轻肢体功能障碍、认知障碍及日常生活丧失对其生活质量造成的不良影响。临床路径康复护理组的护理总满意度96.67%高于常规护理组80.00%($P<0.05$),这主要是因为临床路径康复护理方案更加有序,更加全面,更加连贯,可为患者提供从入院至出院后1个月的连续护理指导,使患者对护理服务更加满意。与任彩丽等^[10]的研究结果存在部分一致,也证实了临床路径用于缺血性脑卒中患者康复中的有效性。

综上所述,在住院脑卒中患者康复护理中应用临床路径,可有效减轻患者的焦虑、抑郁情绪,改善患者的认知功能、肢体功能,提高日常生活能力,提升生活质量和满意度。但本研究样本量选取较少,属于小样本量研究,可能会对研究结果产生一定的影响,后续将积累更多样本量,以进一步开展大样本研究。

参考文献

- 1 Bernhardt J, Borschmann KN, Kwakkel G, et al. Setting the scene for the second stroke recovery and rehabilitation roundtable[J]. *Int J Stroke*, 2019, 14(5):450-456.
- 2 张伟伟, 李金梅. 康复护理临床路径在缺血性脑卒中患者中的应用[J]. *护理实践与研究*, 2017, 14(17): 149-151.
- 3 段泉泉, 胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. *中国心理卫生杂志*, 2012, 26(9):676-679.
- 4 孟令和, 夏凡, 刘子或. 通督调神针法联合多奈哌齐治疗脑卒中后轻度血管性认知障碍疗效观察[J]. *现代中西医结合杂志*, 2020, 29(23):2572-2575.
- 5 都元涛, 方积乾. 世界卫生组织生存质量测定量表中文版介绍及其使用说明[J]. *现代康复*, 2000, 4(8):1127-1129, 1145.
- 6 Kwakkel G, Lamm NA, Borschmann K, et al. Standardized measurement of sensorimotor recovery in stroke trials: Consensus-based core recommendations from the stroke recovery and rehabilitation roundtable[J]. *Int J Stroke*, 2017, 12(5):451-461.
- 7 Corbett D, Carmichael ST, Murphy TH, et al. Enhancing the alignment of the preclinical and clinical stroke recovery research pipeline: Consensus-based core recommendations from the stroke recovery and rehabilitation roundtable translational working group[J]. *Int J Stroke*, 2017, 12(5):462-471.
- 8 李梅. 临床护理路径在缺血性脑卒中康复护理中的应用[J]. *中国实用神经疾病杂志*, 2017, 20(13):114-116.
- 9 王萍, 王思杰, 常海霞, 等. 缺血性脑卒中康复护理中临床护理路径的应用效果[J]. *中国医药导报*, 2020, 17(10):177-180.
- 10 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.

(收稿日期 2020-12-18)

(本文编辑 蔡华波)