

• 临床研究 •

路径式早期康复护理用于改善脑梗死患者神经功能的效果

郭晓婷

(海南省农垦总医院康复科,海口 570311)

摘要:目的 探讨分析路径式早期康复护理对脑梗死患者神经功能的临床效果。方法 采用随机数字表法将 2015 年 2 月至 2016 年 3 月收治的脑梗死患者 80 例分为 2 组,对照组患者 40 例采用常规护理干预,观察组患者 40 例采用路径式早期康复护理干预,观察比较 2 组患者经不同护理干预前后神经功能的改善情况。结果 2 组患者采用不同护理干预后,观察组总有效率 87.50% 显著高于对照组的 65.00%,差异有统计学意义($\chi^2=5.59, P<0.05$);观察组患者治疗后 7、14、21 d 时患者国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分为(12.37±3.84)分、(8.11±2.55)分和(5.67±1.32)分,对照组同期治疗后 7、14、21 d 时患者 NIHSS 评分为(20.57±6.43)分、(17.08±5.66)分和(14.54±4.44)分,观察组显著低于对照组,差异有统计学意义($t=6.92, 9.14, 13.48, P<0.05$);观察组患者病情复发率 7.50% 显著低于对照组的 32.50%,差异有统计学意义($\chi^2=7.81, P<0.05$)。结论 在治疗期间对脑梗死患者采用路径式早期康复护理后,大部分患者 NIHSS 评分能显著降低,神经功能较护理前得到显著改善,心血管事件复发率也显著降低。

关键词:路径式早期康复护理; 脑梗死; 神经功能; 临床效果

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.08.047 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)08-1167-03

由于人类生活习惯的改变,脑梗死发病率以每年 8.7% 的速度增长,其发病人群年龄越来越低。脑梗死的肢体伤残率及病死率极高,是影响人类生命质量的主要疾病之一^[1]。脑梗死患者表现为偏瘫、步态不稳、大小便失禁等,如若不采取相应恰当的护理,患者各项功能恢复情况不甚良好,预后生活仍不能自理,对社会和患者家庭都会造成较大的经济及精神负担。因此,脑梗死患者治疗期间给予患者恰当的康复护理十分必要。有研究称^[2],对患者给予路径式早期康复护理能显著提升患者神经功能的恢复情况,继而促进患者预后的恢复,并避免心血管事件的复发。为进一步探讨分析路径式早期康复护理对脑梗死患者神经功能的临床效果,特选取 2015 年 2 月至 2016 年 3 月收治的脑梗死患者 80 例为研究对象,对其进行相关分析。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 2 月至 2016 年 3 月本院收治的脑梗死患者 80 例作为研究对象,其中男 39 例,女 41 例;年龄 46~78 岁,平均(57.56±15.36)岁。采用随机数字表法将研究对象平均分为 2 组,每组 40 例。对照组患者中男 18 例,女 22 例;年龄 46~78 岁,平均(56.39±15.61)岁;按照症状严重程度分类,完全没症状的患者 3 例,尽管有症状、但未见显著残障的患者 6 例,轻度残障患者 12 例,中度残障患者 10 例,重度残障患者 6 例,严重残障患者 3 例;病程 0.5~12 h,平均(4.52±1.61)h。观察组患者中男 21 例,女 19 例;年龄 46~77 岁,平均(56.13±15.03)岁;按照症状严重程度分类,完全没症状的患者 4 例,尽管有症状、但未见显著残障的患者 7 例,轻度残障患者 10 例,中度残障患者 10 例,重度残障患者 5 例,严重残障患者 4 例;病程 0.5~11 h,平均(4.60±1.58)h。2 组患者在性别、年龄、病情严重程度、病程等等方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

纳入标准:(1)经过脑计算机断层扫描(CT)、磁共振成像(MRI)诊断确诊为急性脑梗死的患者;(2)能主动配合调查,服从医嘱,各项生命体征平稳;(3)本组研究通过医学伦理委员会批准,本人及家属对本组治疗方案均已详细了解,且均同意治疗并签署知情同意书。

排除标准:(1)意识不清及精神异常的患者;(2)血液疾病

及有活动性出血疾病史的患者;(3)肝肾功能不全者;(4)无法配合完成相关问卷填写者;(5)不愿参加本研究者。

1.2 方法 对照组 40 例患者采用常规护理干预,即常规的口头宣教及用药指导等。观察组 40 例患者采用路径式早期康复护理,成立早期康复护理小组。入院第 1 天,首先由医护人员对患者及其家属进行医院环境的介绍,介绍管床医师和责任护士。早期康复护理小组成员收集患者资料,并进行整理分析,根据患者实际情况,制订适合患者的路径式早期康复护理,对于实施完的护理工作内容打钩,实施的早期康复护理内容包括:(1)全身性康复护理,医护人员指导患者进行反射性翻身、俯身爬动、坐起、站立的正常运动,每天训练 1.5 h;(2)肘关节康复护理,在医护人员的协助下,患者完成肘关节的运动,治疗时呈仰卧位,医护人员反复在将患者拉向自己的一侧,反复保持患者肘关节的屈伸;(3)肩关节康复护理,医护人员将患者的肩关节控制住,上肢内旋贴在躯干侧面保持伸直,指导患者双手放在膝关节上,使患者的躯干慢慢向前方倾,双手依次放于脚上、脚前和脚旁,最后返回原来的坐位。以上护理内容在患者住院期间,根据患者具体病情的不同,每日适量酌减后不间断进行并逐步向患者家属介绍康复训练的要领及意义,以保证出院后患者仍能进行家庭康复护理,一日 2 次,每日训练时间控制在 30~60 min,直至患者出院。患者出院后,护理人员叮嘱患者在家属的指导与协助下,继续坚持进行康复护理,并每周进行电话回访,每周 2 次,对患者出院后康复护理的完成情况进行记录。8 周后,患者来院复诊并进行相关评价。

1.3 疗效评定标准^[3] 治愈:国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分减少 91% 及以上,病残程度 0 级。显效:NIHSS 评分减少 46%~90% 之间,病残程度 1~3 级。有效:NIHSS 评分减少 18%~45% 之间,病残程度 2~4 级。NIHSS 评分增加 18%,病残程度表现为重度或极重度残障,临床症状无好转或加重。治愈率、显效率 and 有效率之和即为总有效率。

1.4 观察指标 采用 NIHSS 评定并比较治疗前及治疗 7、14、21 d 时患者神经功能缺损程度;得分越低,说明神经功能恢复情况越为良好。比较 2 组患者经不同护理干预后心血管事件的复发情况,主要包括脑梗死、心源性猝死、非致死性心肌梗死和顽固性心绞痛。

1.5 统计学处理 统计分析时采用 SPSS20.0 软件分析;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用例数或率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者治疗后临床疗效情况 2 组患者采用不同护理干预后,观察组总有效率显著高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 5.59, P < 0.05$)。对照组治愈 6 例(占 15.00%),显效 8 例(占 20.00%),有效 12 例(占 30.00%),无效 14 例(占 35.00%),总有效率 65.00%;观察组治愈 15 例(占 37.50%),显效 12 例(占 30.00%),有效 8 例(占 20.00%),无效 5 例(占 12.50%),总有效率 87.50%。

2.2 患者治疗前及治疗不同时期时 NIHSS 评分比较 观察组患者治疗后 7、14、21 d 时患者 NIHSS 评分显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 患者治疗前及治疗不同时期时 NIHSS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗 7 d	治疗 14 d	治疗 21 d
对照组	40	23.45±7.78	20.57±6.43	17.08±5.66	14.54±4.44
观察组	40	23.89±7.41	12.37±3.84	8.11±2.55	5.67±1.32
<i>t</i>		0.26	6.92	9.14	13.48
<i>P</i>		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 2 组患者病情复发情况 对照组脑梗死 4 例(占 10.00%),心性猝死 3 例(占 7.50%),非致死性心梗 4 例(占 10.00%),顽固性心绞痛 2 例(占 5.00%),总发生率 32.50%;观察组脑梗死 1 例(占 2.50%),心性猝死 0 例(占 0.00%),非致死性心梗 1 例(占 2.50%),顽固性心绞痛 1 例(占 2.50%),总发生率 7.50%。观察组患者脑梗死、心性猝死、非致死性心肌梗死和顽固性心绞痛等心血管事件复发率显著低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 7.81, P < 0.05$)。

3 讨 论

脑梗死是因脑部血液循环障碍引起缺血、缺氧致局部性脑组织缺血性坏死或软化,又称为缺血性脑卒中,占全部脑卒中的 60%~90%。患者表现为偏瘫、步态不稳、大小便失禁等。脑梗死是一种病理机制复杂的疾病,严重影响患者生命质量,甚至危及患者生命。目前,治疗脑梗死的最有效方案是调节患者血脂情况。降低脑梗死患者的病死率,减少患者对社会及家庭经济和精神上的负担,在治疗脑梗死期间采取合适的护理方式十分关键。有研究表明^[4],对脑梗死患者采取路径式早期康复护理,对神经功能恢复有一定临床价值。

本研究显示,2 组患者采用不同护理干预后,观察组患者治疗后 7、14、21 d 时患者 NIHSS 评分均显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。NIHSS 是一种标准化神经科检查,用于描述参加研究的脑梗死患者神经功能缺损状况。在患者入院后、住院期间及出院后等不同时间段,按内容进行康复护理,使护理工作的实施更为系统详细。根据患者的不同情况合理实施肩关节、肘关节及全身的康复训练;对早期卧床不起的患者,由家人对其瘫痪肢体进行按摩,预防肌肉萎缩,对大小关节作屈伸膝、屈伸肘、弯伸手指等被动运动,避免关节僵硬保持良姿位;稍能活动的患者可在他人搀扶下坐在凳椅作提腿、伸膝和扶物站立等活动,以防止心血管及神经功能的减退^[5]。采用路径式早期康复护理干预的观察组总有效率显著高于对

照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。在医护人员的指导下,患者按照床头卡上制订好的康复护理内容,每天进行反射性翻身、俯身爬动、坐起、站立等正常全身运动、肩关节和肘关节运动,并按完成情况进行打钩,使医护人员能够一目了然地观察到患者康复训练的完成情况,同时可初步掌握依从性不良或者神经运动能力差的患者情况,在护理工作的进行中不断按照变异因素进行个人康复护理工作的修改,并严格按时间段完成,以保证研究中所应用的早期康复护理工作是因人而异的路径式护理^[6]。合理的护理干预使患者对医护人员心理上的排斥感显著减少,治疗期间更愿意配合护理人员。另外,路径式早期康复护理不仅贯穿患者在医院期间的护理工作,还包括患者出院后的护理指导。医护人员对患者进行电话随访,可及时纠正患者不良生活习惯,了解患者各方面的依从情况,追踪患者疾病恢复情况,对没有按要求完成康复训练的患者进行干预,提高患者神经功能恢复情况^[7]。

在治愈脑梗死患者疾病的同时,还应该保证患者预后的良好。本研究对研究对象随访 2 个月,观察组患者脑梗死、心性猝死、非致死性心肌梗死和顽固性心绞痛等心血管事件的复发概率显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗期间采取早期康复护理能够有效保护患者心肌细胞的功能,通过影响心室肌细胞 L-钙离子通道电流,降低缺血再灌注心律失常的发生,还能够显著减少心肌坏死细胞的数量,进而改善心血管事件的复发^[8]。另外,神经功能的改善能够显著减少血管内表面白色血栓的沉淀堆积情况,减少动脉粥样硬化斑块中促血栓成分的生成,这对降低患者预后心血管事件发生率都有积极作用,可见路径式早期康复护理较常规护理干预有显著优势。根据患者自身情况的不同,床头卡片上标示患者需要完成的各项康复训练项目,患者按照要求逐步完成;对于治疗期间的变异因素,医护人员应随时进行个人康复护理工作的修改,更为系统针对性地丰富康复训练,详细地为患者提供住院期间详细的康复训练^[9]。医护人员在向患者实施康复护理的同时,时刻叮嘱患者家属掌握训练的要领与技巧,加强了患者及其家属对自身护理工作的知晓情况。出院后护理人员定期向患者进行电话回访,随时监督患者是否按要求完成康复护理工作,这也在很大程度上促进患者术后的恢复,保证患者在出院后仍能继续不间断且正确地完成康复护理工作,大大降低了脑梗死、心性猝死、非致死性心肌梗死和顽固性心绞痛等心血管事件的复发概率。医护人员在患者入院时、住院期间及出院后无微不至的关怀与照顾,亲力亲为的康复护理指导,使患者感受到医护人员对其的关怀与重视,能有效提高患者对护理质量的满意度,使患者对医护人员更加信任,能够配合医护人员完成日常康复护理工作,减少医患纠纷的发生^[10]。

综上所述,对脑梗死患者在治疗期间采用路径式早期康复护理后,大部分患者 NIHSS 评分显著降低,神经功能较护理前得到显著改善,心血管事件的复发率也显著降低。

参考文献

[1] 陈惠英. 早期康复护理对急性脑梗死患者神经功能及生活能力的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(20):137-138.
[2] Okubo N. Effectiveness of the “elevated position” nursing care program in promoting the reconditioning of patients with acute cerebrovascular disease[J]. Jpn J Nurs Sci, 2012, 9(1):76-87.

[3] 任燕,朱健华,顾艳茹,等.脑卒中后肢体功能障碍的早期康复训练研究[J].护理研究,2013,27(1):17-18.

[4] 王晶晶,曾玉萍,余珂.早期康复护理干预对脑梗死后肢体偏瘫患者运动功能恢复的影响[J].华西医学,2015,30(7):1312-1314.

[5] 汪素琴.康复护理联合功能锻炼对脑梗死急性期肢体康复的作用[J].蚌埠医学院学报,2013,38(9):1210-1211.

[6] 韩振霞,时庆,王敏,等.超早期康复训练与特殊护理对急性脑梗死患者心身功能恢复的影响[J].中国临床医生,2013,41(7):45-46.

[7] 金小红,任燕,陈美华,等.路径式早期康复护理对脑梗死患者神经功能恢复的影响[J].江苏医药,2016,42(2):237-238.

[8] Grasel E,Schmidt R,Biehler J,et al. Long-term effects of the intensification of the transition between inpatient neurological rehabilitation and home care of stroke patients [J]. Clin Rehabil,2006,20(7):577-583.

[9] 孟晓旭,朱浩猛.早期康复护理模式对脑梗死患者神经功能及生活质量的影响研究[J].中国煤炭工业医学杂志,2016,19(3):444-447.

[10] 任燕,顾艳茹,金小红,等.路径式早期康复护理对脑梗死病人上肢功能恢复的影响[J].护理研究,2015,29(11):3913.

(收稿日期:2016-12-21 修回日期:2017-01-12)

• 临床探讨 •

护理干预对非糜烂性胃食管反流病患者临床症状及生命质量的作用

莫 阔,王秀珍[△]

(湖北省襄阳市中心医院/湖北文理学院附属医院消化二科 441021)

摘 要:**目的** 探讨护理干预对非糜烂性胃食管反流病患者临床症状及生命质量的影响。**方法** 选取该院 2012 年 10 月至 2014 年 10 月诊治的非糜烂性胃食管反流病患者 218 例,随机分 2 组,对照组患者 109 例实施常规护理,观察组患者 109 例实施护理干预。于护理前后给予患者简明健康调查问卷(SF-36)、临床症状积分、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)进行评定,同时比较 2 组患者的治疗依从性与护理满意度。**结果** 护理后,2 组患者生命质量评分(生理功能评分、生理角色限制评分、躯体疼痛评分、总体健康评分、活力评分、情感角色限制评分、社会功能评分、心理健康评分)均显著增加,临床症状积分(胃灼烧、反酸、口苦、胸痛)、HAMA 评分、HAMD 评分均显著降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者生命质量评分(生理功能评分、生理角色限制评分、躯体疼痛评分、总体健康评分、活力评分、情感角色限制评分、社会功能评分、心理健康评分)、治疗依从性、护理满意度均显著高于对照组,临床症状积分(胃灼烧、反酸、口苦、胸痛)、HAMA 评分、HAMD 评分均显著低于对照组,临床症状改善时间(胃灼烧消失时间、反酸消失时间、口苦消失时间、胸痛消失时间)均显著早于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 护理干预可显著改善非糜烂性胃食管反流病患者临床症状,大幅提升患者的生命质量。

关键词: 护理干预; 非糜烂性胃食管反流病; 临床症状; 生命质量; 影响
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.08.048 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)08-1169-04

非糜烂性胃食管反流病是临床常见的一种消化系统疾病,主要临床症状为胃灼烧、反酸、口苦、胸痛,会给患者带来显著疼痛感,大幅降低患者的生命质量^[1]。近年来,该病发生率有显著增加趋势^[2],可能与生活方式、饮食结构等因素有关,已成为威胁人们身心健康的常见疾病。有研究显示,非糜烂性胃食管反流病的临床治疗过程中,护理也发挥着重要作用^[3]。但不同护理方法所取得的护理效果有显著差别的。本研究对 109 例非糜烂性胃食管反流病患者实施了有针对性的护理干预,效果显著。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 10 月至 2014 年 10 月本院就诊的非糜烂性胃食管反流病患者 218 例,排除器质性疾病、精神疾病的患者,随机分 2 组。对照组患者 109 例;年龄为 21~70 岁,平均(51.6±10.3)岁;病程为 1~17 个月,平均(2.3±0.4)个月;男 71 例,女 38 例。观察组患者 109 例;年龄为 22~71 岁,平均(51.8±11.4)岁;病程为 1~16 个月,平均(2.4±0.5)个月;男 70 例,女 39 例。年龄、病程、性别等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 2 组患者的临床用药治疗方案相同,口服药物为埃索美拉唑(阿斯利康制药有限公司生产,国药准字 H20046380),每次口服 20 mg,每天 2 次,疗程 8 周。对照组患

者实施常规护理,告知患者如何正确用药。观察组患者实施护理干预,内容如下:(1)认知干预。通过发放图书资料,播放影音资料的形式,给予患者讲解相关知识,告知患者相关的注意事项,以提高其认知水平。非糜烂性胃食管反流病为良性疾病,临床可以治愈,其发病与食管抗反流屏障失常、食管酸清除障碍、胃排空延迟、食管黏膜防御降低等因素相关。(2)心理干预。通过沟通和交流,了解患者的心理状况,给予患者有效的心理疏导,帮助其消除不良心理因素的影响,同时多给予患者安慰和鼓励,家庭多给予患者家庭支持和社会支持,注意稳定患者的情绪,提高患者配合治疗的积极性和主动性。(3)饮食干预。了解患者的身体状况,因人而异,为其制订科学合理的饮食方案,告知患者要多食用低盐低脂、富含维生素、蛋白质、纤维素类食物(如面条、香蕉、软饭等),不要食用刺激性食物(如咖啡、巧克力、浓茶、可乐、葱姜蒜、薄荷等)。(4)生活习惯指导。指导患者养成良好的生活习惯,要戒烟戒酒。烟酒会造成机体食管下段括约肌压力下降,易增加反流频率,还会减缓清除作用,延长酸与上皮的接触时间,对鳞状上皮有直接损伤作用。注意保持睡眠时间,睡前 4 h 不进食,将床头适度抬高,减少远端食管酸暴露时间。开展适度运动,严格控制体质量。

1.3 观察指标 非糜烂性胃食管反流病患者的观察指标:护理前后生命质量评分(生理功能评分、生理角色限制评分、躯体