

和广泛性胰周组织坏死的临床意义[J]. 临床急诊杂志, 2020, 21(2): 157-160.

部多脏器微循环影响的初步研究[J]. 中华消化杂志, 2020, 40(6): 387-392.

[14] 高堃, 童智慧, 李维勤. 急性胰腺炎局部并发症的引流指征与时机[J]. 中华医学杂志, 2019, 99(25): 1938-1941.

(收稿日期: 2021-11-29 修回日期: 2022-04-11)

[15] 张仕勇, 李洁, 兰茜琳, 等. 急性胰腺炎局部并发症对上腹

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2022.16.032

基于 Watson 关怀理论的干预方案在脑卒中后偏瘫患者中的应用

劳素英, 陈雪琴

江西省九江市第一人民医院神经内科, 江西九江 332000

摘要:目的 探讨对脑卒中后偏瘫患者实施基于 Watson 关怀理论的干预方案的临床效果。方法 选取 2018 年 5 月至 2021 年 1 月该院收治的 60 例脑卒中后偏瘫患者为研究对象, 根据入院时间的先后顺序分为对照组和研究组, 重组各 30 例。其中对照组实施常规护理措施, 研究组在对照组的基础上实施基于 Watson 关怀理论的干预方案, 比较两组干预前及干预后 6 个月的心理状况、肢体功能和生活质量。结果 两组干预后症状自评量表(SCL-90)各项评分(焦虑、抑郁、躯体化、恐怖)均低于干预前, 且研究组干预后 SCL-90 各项评分均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组干预后上、下肢运动功能评分均高于干预前, 且研究组干预后上、下肢运动功能评分均高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组干预后脑卒中影响量表(SIS)评分均高于干预前, 且研究组干预后 SIS 评分高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 对脑卒中后偏瘫患者实施基于 Watson 关怀理论的干预方案可以在改善患者不良心理状况的情况下促进患者肢体运动功能恢复, 进而提高患者的生活质量, 有效改善患者的预后, 临床干预效果显著。

关键词: 脑卒中; 偏瘫; Watson 关怀理论; 心理状况; 肢体功能; 生活质量

中图分类号: R473.74

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2022)16-2282-04

脑卒中是临床最常见的脑血管疾病, 其发病与脑部血液循环障碍造成的脑组织缺血、缺氧及神经细胞死亡有着密切的联系。脑卒中具有较高的致残率和病死率, 即便患者得到有效的治疗, 也不可避免会出现不同程度的后遗症, 其中偏瘫是脑卒中患者最常见的后遗症。据统计, 脑卒中急性发作的患者 80% 以上存在偏瘫后遗症, 脑卒中经有效治疗后存活的患者中也有 70% 以上的偏瘫发生率, 其中 40% 的患者为重度残疾, 不仅影响患者的日常活动, 降低其生活质量, 更会导致其丧失对生活的信心, 进而陷入焦虑、抑郁等负面情绪中, 不利于患者的康复^[1]。研究表明, 积极的应对态度和策略是脑卒中后偏瘫患者预后改善的重要因素, 如何帮助患者树立康复的信心是目前临床关注的问题之一^[2]。Watson 关怀理论主要强调人文关怀理念有效结合科学方法, 通过发挥照护者的特长和照护能力不断满足患者各方面的关怀需求, 以此促进患者身心和社会的协调发展^[3]。已有研究表明, 将基于 Watson 关怀理论的护理干预方案运用于高龄股骨粗隆间骨折患者具有显著效果^[4]。但基于该理论的干预方案在脑卒中后偏瘫患者中的应用情况尚缺乏相关报道。基于此, 本研究结合现有研究结果和本院实际情况构建了应用于脑卒中后偏瘫患者的基于 Watson 关怀理论的干预方案, 并观察其临床应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2018 年 5 月至 2021 年 1 月收治的脑卒中后偏瘫患者为研究对象。纳入标准:

(1)符合《中国急性脑卒中临床研究规范共识 2018》^[5]中关于脑卒中的诊断标准;(2)存在明显的一侧肢体功能障碍;(3)病情暂时稳定、意识清楚;(4)配合度和依从性较高;(5)具备基础的听、说、读、写能力。排除标准:(1)合并恶性肿瘤;(2)心、肝、肾等重要脏器存在器质性病变;(3)同时参与其他研究者;(4)存在明显的精神和认知障碍;(5)存在听力和语言沟通障碍;(6)临床资料不完整;(7)中途退出研究或病情恶化。最终纳入符合标准的研究对象 60 例, 根据入院时间的先后顺序将研究对象分为对照组和研究组, 每组各 30 例。两组性别、年龄、病程、疾病类型、偏瘫位置和学历等一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1。患者及其家属均对本研究知情同意并签署知情同意书, 本研究经本院医学伦理委员会批准后实施。

1.2 方法 对照组实施常规护理措施, 主要包括指导患者进食清淡、低盐、低脂和易消化的食物; 加强患者的用药指导, 告知患者每种药物的具体用法、用量及不良反应等, 了解患者的用药方案, 积极预防并发症和不良反应的发生; 同时定时为患者按摩局部肢体, 翻身, 促进血液循环的同时预防压疮的形成。研究组在对照组的基础上实施基于 Watson 关怀理论的干预方案, 具体内容如下:(1)组建人文关怀小组, 提高人文关怀护理水平。由护士长和若干名科室内高年资护士共同组建人文关怀小组, 结合脑卒中后偏瘫患者的护理要点和循证医学为其制订人文关怀护理干预方案, 所有小组成员均先进行人文关怀护理的相

关培训,积极改进并完善护理服务流程;同时制作“人文关怀护理服务”展板,丰富人文关怀护理内涵的同时为医护患三方提供交流的机会。(2)个性化健康教育。在患者入院时加强与其沟通交流,了解患者的具体病情、发病原因和受教育程度等相关资料,结合了解到的情况为患者制订个性化、针对性的健康教育方案,如通过播放视频和发放宣传手册的方式向患者介绍脑卒中发病原因、症状、治疗和康复训练方案,提高患者对疾病和自身病情的认知水平。(3)建立家庭支持系统。对于脑卒中后偏瘫患者而言,治疗后还需较长的康复时间,给患者及其家属带来较大的精神压力。对此,还需向患者家属普及疾病的相关知识,让其意识到配合治疗的重要性,同时让患者家属了解到患者的心理变化,从行为和心理上全方位接纳患者,

给予患者足够的耐心、鼓励与关怀,多与患者进行沟通交流,消除患者来自家庭方面的压力。结合患者家庭经济条件,在征求患者及其家属的同意后给予其家庭经济可以承受的有效治疗,缓解患者的压力。(4)负面情绪的疏导。在执行日常护理操作和治疗操作时加强与患者的沟通交流,鼓励患者表达内心真实的感受,对于存在不良心理状态的患者可以调动其社会关系,让其亲属参与到患者的日常护理中,让患者感受到亲人和朋友的关心和重视,使患者重拾对生活的信心。同时还可邀请具有相同经历、目前恢复情况良好的患者进行治疗经验分享,以此增强患者的康复信心;让具有共同经历的患者家庭建立联系,为其提供情感交流的机会,以此减轻患者的孤立感,从而实现彼此鼓励,共同康复的目的。

表 1 两组一般资料比较

组别	n	性别(n)		年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	病程($\bar{x}\pm s$,d)	疾病类型(n)		偏瘫位置(n)		学历(n)			
		男	女			脑出血	脑梗死	左侧肢体	右侧肢体	小学及初中	高中及中专	大专及本科	本科以上
对照组	30	18	12	59.99±5.41	25.69±3.14	16	14	13	17	5	8	10	7
研究组	30	16	14	59.85±5.63	25.72±3.50	15	15	12	18	4	7	11	8
$\chi^2/t/Z$		0.272		0.098	0.035	0.067		0.069		0.508			
P		0.602		0.922	0.972	0.796		0.793		0.612			

1.3 观察指标 (1)分别于干预前和干预后 6 个月采用症状自评量表(SCL-90)评价患者的心理状况,主要评价患者躯体化(12 个条目)、抑郁(13 个条目)、焦虑(10 个条目)和恐怖(7 个条目)4 个方面,每个条目均采用 1~5 分进行评价,分值越低表示症状越轻^[6]。(2)分别于干预前和干预后 6 个月采用简化 Fugl-Meyer 运动功能评估量表(FMA)评价患者的肢体功能,该量表总分 0~100 分,分为上肢运动功能(0~66 分)和下肢运动功能(0~34 分),分值越高表示患者肢体功能越好^[7]。(3)分别于干预前和干预后 6 个月采用脑卒中影响量表(SIS)评价患者生活质量,该量表包含力气、手功能、日常生活能力、移动能力、交流、情绪、记忆与思维、参与 8 个部分,每个部分的评分范围

最终均换算为 0~100 分,以 8 个部分的平均分为总分,分值越高提示生活质量越好^[8]。

1.4 统计学处理 采用 SPSS22.0 软件进行数据分析。计数资料以例数或率表示,组间比较采用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验;符合正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验。以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组 SCL-90 评分比较 研究组干预前 SCL-90 各项评分与对照组比较,差异无统计学意义(*P* > 0.05);两组干预后 SCL-90 各项评分均低于干预前,且研究组干预后 SCL-90 各项评分均低于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05),见表 2。

表 2 两组 SCL-90 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	躯体化		抑郁		焦虑		恐怖	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	30	45.96±5.41	33.42±5.01*	42.89±5.58	35.04±5.16*	32.28±5.66	24.31±5.10*	23.05±4.26	18.91±4.30*
研究组	30	45.87±5.45	20.85±3.14*	42.82±5.60	28.42±4.05*	32.35±5.72	19.52±3.44*	23.11±4.34	11.58±2.05*
<i>t</i>		0.064	11.644	0.048	5.528	0.048	4.265	0.054	8.428
<i>P</i>		0.949	<0.001	0.961	<0.001	0.962	<0.001	0.957	<0.001

注:与同组干预前比较,**P* < 0.05。

2.2 两组 FMA 评分比较 研究组干预前上、下肢运动功能评分与对照组比较,差异无统计学意义(*P* > 0.05);两组干预后上、下肢运动功能评分均高于干预前,且研究组干预后上、下肢运动功能评分均高于对

照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05),见表 3。

2.3 两组 SIS 评分比较 研究组干预前 SIS 评分与对照组比较,差异无统计学意义(*P* > 0.05);两组干预后 SIS 评分均高于干预前,且研究组干预后 SIS 评分

高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 3 两组 FMA 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	上肢运动功能		下肢运动功能	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	30	20.47±5.31	36.74±6.02*	12.69±3.04	19.53±2.88*
研究组	30	20.55±5.39	48.91±5.57*	12.72±3.10	24.62±2.85*
t		0.058	8.127	0.038	6.881
P		0.954	<0.001	0.970	<0.001

注:与同组干预前比较,* $P < 0.05$ 。

表 4 两组 SIS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	干预前	干预后
对照组	30	58.99±5.15	69.79±5.20*
研究组	30	59.13±5.24	78.87±5.15*
t		0.104	6.795
P		0.917	<0.001

注:与同组干预前比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨 论

偏瘫作为脑卒中患者最常见的后遗症,会直接导致患者肢体功能障碍,降低其生活质量,加之患者康复时间较长,受社会功能丧失和治疗费用较高的影响,患者极易对临床治疗干预产生强烈的抵触心理和负面情绪,进而降低患者自我管理的积极性,影响疾病的康复进程^[9-10]。然而常规护理大多根据患者具体的病情和症状实施针对性的护理措施,对患者心理和情绪上的关注度不够,甚至因缺乏沟通交流导致患者缺乏对疾病康复的正确认知,使患者因此丧失康复的信心,进而不利于其预后^[11]。

Watson 关怀理论认为人文关怀是护理学的本质,而关怀理论的哲学基础则是为患者灌输信念和希望,从而促进其心理和生理状态的改善^[12]。本研究中,研究组实施基于 Watson 关怀理论的干预方案后,其躯体化、抑郁、焦虑和恐怖 4 个方面的心理状况评分均低于对照组($P < 0.05$),由此可见基于 Watson 关怀理论的干预方案可以有效改善患者的心理状况,疏导患者的不良情绪。分析其原因如下:Watson 关怀理论是一种基于建立人性-利他主义的价值体系,通过给予脑卒中后偏瘫患者足够的关爱与尊重,并采用个性化的健康教育可以提高患者对疾病的认知水平,增强患者康复的信心^[13]。此外,建立家庭支持系统可以对患者的情感起到积极的支持作用,让其感受到来自家庭成员的关心与关爱,促使其将消极情绪转变为积极情绪,增强战胜疾病的信心,继而产生加强自身肢体功能锻炼的动力,积极配合康复训练,促进肢体功能的恢复^[14-15]。本研究结果证实,研究组干预后上、下肢运动功能评分高于对照组($P < 0.05$),表明基于 Watson 关怀理论的干预方案在促进脑卒中后瘫痪患者肢体功能恢复方面较常规护理更具优势。除此以外,本研究还发现,研究组干预后 SIS 评分高于对照组($P < 0.05$),该研究结果与江萍等^[16]的研究结果一致,其研究表明采用人文关怀方案护理的干预组患者干预后 WHO 生活质量测定量表简表得分明显高

于采用常规护理的对照组($P < 0.05$)。推测出现上述结果可能与患者对自身健康水平有深刻认知后,形成了积极的康复信念有关。积极康复信念的形成可以有效消除患者的负面情绪,提高患者对康复训练的依从性,使患者感知到自身病情的好转,增强其幸福感的同时提高其生活质量^[17-18]。

综上所述,对脑卒中后偏瘫患者实施基于 Watson 关怀理论的干预方案在改善患者不良心理状况的情况下可促进其肢体运动功能恢复,进而提高患者的生活质量,从而有效改善患者的预后,临床干预效果显著。

参考文献

- [1] 江苏珍,谢丽玉,陈锦秀.定步云手结合 Bobath 握手训练对脑卒中上肢功能影响的随机对照研究[J].中国实用护理杂志,2018,34(12):904-908.
- [2] 崔长钉,马海梅,王云芳,等.基于 NOC 评价的慢性病患者人文护理关怀管理模式的构建[J].齐鲁护理杂志,2019,25(5):131-133.
- [3] 汪旭丽,唐川君,吝洁.基于华生关怀理论的护理风险干预在无痛胃镜检查中的应用研究[J].河北医药,2021,43(15):2384-2387.
- [4] 李夏,张颖,陈旻.基于 Watson 关怀理论的护理干预对高龄股骨粗隆间骨折患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2019,25(6):11-13.
- [5] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性脑卒中临床研究规范共识 2018 [J].中华神经科杂志,2018,51(4):247-255.
- [6] 孙慧,许坚.早期综合康复护理对脑卒中偏瘫患者肢体运动及神经功能的干预效果[J].贵州医药,2021,45(2):330-331.
- [7] 潘欣.基于 Watson 关怀理论的护理干预在老年代谢综合征患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2021,27(7):938-943.
- [8] 刘艳丽,杨彩侠,李萌,等.认知疗法结合理性情绪疗法在脑卒中偏瘫患者护理中的应用效果[J].护理实践与研究,2021,18(14):2118-2120.
- [9] 田虹,谢红梅,刘志敏,等.连续康复护理模式对脑卒中偏瘫患者肢体功能、生活能力及相关血液指标的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(26):2946-2949.
- [10] 李雪明,洗丽玉,莫凤霞.阶段性心理护理联合穴位按压偏瘫助力鞋对脑卒中偏瘫患者日常生活能力及心理状态的影响[J].护理实践与研究,2021,18(19):2902-2907.
- [11] 宋淑霞,马学英,宋立霞,等.脑卒中早期偏瘫患者实施基于功能状态的护理方案的临床分析[J].国际护理学杂志,2019,38(7):979-982.
- [12] 吴玉红,马剑红,裘玲玲.渐进式肌肉放松训练联合舒适护理在脑卒中下肢偏瘫干预中的应用[J].新中医,2020,52(8):182-184.
- [13] 鲍月红,周娟.基于疾病轨迹框架的护理模式对脑梗死合并偏瘫病人自我护理能力与康复效果影响[J].蚌埠医学院学报,2021,46(7):959-962.
- [14] 田秀林,杨辉,范慧芳,等.早期综合干预对脑卒中患者日常生活能力的影响[J].国际护理学杂志,2018,37(16):2230-2232.

- [15] 席小焕,毋茜,王琼. 基于 Watson 关怀理论护理改善肺癌患者癌因性疲乏的研究[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2021, 28(1):86-89.
- [16] 江萍,刘亚男,曹英华,等. 脑卒中患者出院后人文关怀方案的构建与应用[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(15): 2033-2038.
- [17] 熊宇,张莹,胡灵芝,等. 消化内科护士对基于 Watson 关怀理论之护理人文关怀认知的现状调查[J]. 中国医学伦理学, 2018, 31(11):1431-1437.
- [18] 李慧锋,徐凯佳,贾芳芳,等. 基于 Watson 关怀理论构建终末期肿瘤患者预立医疗照护计划辅助干预体系[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(18):2463-2467.
- (收稿日期:2021-12-20 修回日期:2022-03-20)
- 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2022.16.033

机械介入取栓术联合阿替普酶静脉溶栓治疗急性脑梗死的效果及对血清 PON-1、Lp-PLA2、SAA 水平的影响

韩立波¹,刘红钊²,翟婕妤¹

1. 河南省邓州市中心医院神经内科,河南邓州 474150;2. 河南省南阳市中心医院神经内科,河南南阳 473000

摘要:目的 研究机械介入取栓术联合阿替普酶静脉溶栓治疗急性脑梗死(ACI)的效果及对血清对氧磷酶-1(PON-1)、脂蛋白相关磷脂酶 A2(Lp-PLA2)、血清淀粉样蛋白 A(SAA)水平的影响。方法 前瞻性选取 2019 年 3 月至 2020 年 3 月邓州市中心医院收治的 ACI 患者 98 例为研究对象,按照随机数字表法分为溶栓组及联合组,每组各 49 例。除基础治疗外,溶栓组采用阿替普酶静脉溶栓治疗,联合组在溶栓组的基础上采用机械介入取栓术治疗。比较两组疗效、不良反应,治疗前、治疗后 1 个月美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、心肌梗死溶栓(TIMI)分级,以及血清 PON-1、Lp-PLA2、SAA 水平。结果 联合组总有效率为 95.92%,高于溶栓组的 79.59%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后 1 个月两组 NIHSS 评分均低于治疗前,且联合组低于溶栓组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后 1 个月联合组 TIMI 分级情况优于溶栓组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后 1 个月两组血清 PON-1 水平高于治疗前,血清 Lp-PLA2、SAA 水平低于治疗前,且联合组血清 PON-1 水平高于溶栓组,血清 Lp-PLA2、SAA 水平低于溶栓组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。联合组不良反应总发生率为 4.08%,低于溶栓组的 18.37%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 机械介入取栓术联合阿替普酶静脉溶栓治疗 ACI 的疗效显著,能提升患者神经功能,改善血管狭窄程度,减轻炎症反应及血管内皮损伤,降低不良反应发生风险。

关键词:机械介入取栓术; 阿替普酶; 静脉溶栓; 急性脑梗死

中图分类号:R743.3

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2022)16-2285-03

急性脑梗死(ACI)是临床常见的脑血管疾病,发病率、致残率、病死率均较高,且进展迅速,严重威胁患者的健康与生命^[1]。临床治疗应积极再通血管,恢复血流灌注,以减小脑梗死面积及改善神经功能缺损。阿替普酶静脉溶栓是治疗 ACI 的重要手段,能激活纤溶酶原,有效再通血管,但溶栓后短期效果较差,易出现血管再次阻塞^[2]。机械介入取栓术能通过直视血管内血栓部位,将血栓全部取出,实现血管再通^[3]。血清对氧磷酶-1(PON-1)、脂蛋白相关磷脂酶 A2(Lp-PLA2)、血清淀粉样蛋白 A(SAA)水平的动态变化在反映 ACI 患者氧化应激、血管内皮损伤、炎症反应方面具有重要的临床参考价值,但临床相关研究较少^[4]。本研究选取邓州市中心医院收治的 ACI 患者 98 例,探讨机械介入取栓术联合阿替普酶静脉溶栓治疗 ACI 的效果及对患者血清 PON-1、Lp-PLA2、SAA 水平的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 前瞻性选取 2019 年 3 月至 2020 年 3 月邓州市中心医院收治的 ACI 患者 98 例为研究对象,按照随机数字表法分为溶栓组及联合组,每组各 49 例。溶栓组男 26 例,女 23 例;年龄 49~68 岁,平

均(55.87±3.02)岁;发病时间 2~12 h,平均(5.29±1.58)h;合并症:糖尿病 18 例,高血压 21 例,冠心病 11 例,高脂血症 9 例。联合组男 25 例,女 24 例;年龄 50~69 岁,平均(56.12±2.95)岁;发病时间 2~13 h,平均(5.35±1.60)h;合并症:糖尿病 17 例,高血压 22 例,冠心病 12 例,高脂血症 8 例。两组性别、年龄、发病时间、合并症比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:符合《中国急性缺血性脑卒中中西医急诊诊治专家共识》中 ACI 的相关诊断标准^[5];均经影像学检查确诊为 ACI;均为初次发病;均为中、重度 ACI,具备机械介入取栓术适应证;临床资料完整。(2)排除标准:近期有脑出血病史或活动性出血;重要脏器功能异常;血压控制不佳;凝血功能障碍;对本研究所用药物过敏;合并免疫功能障碍;近 6 个月有外科手术史。本研究经医院医学伦理委员会批准,患者或其家属签署知情同意书。

1.3 方法

1.3.1 基础治疗 两组根据病情进行基础治疗,包括调节血脂、降血糖、抗感染、控制血压及营养神经治疗等,并口服阿司匹林,每次 100 mg,1 次/天。