

延续护理干预对出院脑卒中患者康复的影响

李艳梅,姚香,马秀梅,叶桂江

(广西靖西市人民医院神经内科,广西 靖西 533899 E-mail:1654977249@qq.com)

摘要:目的 探讨延续护理干预对出院脑卒中患者康复的影响。方法 选择 2015 年 6 月—2016 年 6 月在我院神经内科住院治疗好转即将出院的脑卒中患者 84 例,按随机数字表法分为观察组和对照组各 42 例。两组患者住院期间按脑卒中常规护理,在此基础上,对照组出院前 2 d 给予常规出院指导,出院后电话随访;观察组实施为期 6 个月的延续护理干预。比较两组出院时和出院后 6 个月 Barthel 指数评分、Zung 抑郁自评量表(SDS)分值及终点事件(死亡、再住院)发生率。结果 出院时两组 Barthel 指数比较差异无统计学意义($P > 0.05$),出院后 6 个月两组 Barthel 指数均有不同幅度增长($P < 0.001$),但观察组增长幅度明显高于对照组($P < 0.001$);出院时两组 SDS 得分均处于轻度抑郁状态水平上,差异无统计学意义($P > 0.05$),出院后 6 个月两组 SDS 得分均有不同程度下降($P < 0.001$),但观察组下降幅度明显优于对照组($P < 0.05$);干预后观察组终点事件发生率为 4.76%,对照组终点事件发生率为 19.05%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 延续护理干预对改善出院脑卒中患者的日常生活活动能力、抑郁情绪、终点事件发生均具有十分重要的现实意义,值得推广。

关键词:脑卒中;出院患者;延续护理

中图分类号: R743.3;R473.74

文献标识码: C

文章编号: 1001-5817(2017)03-0246-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2017.03.030

脑卒中中具有发病率高、病死率高、致残率高、复发率高、并发症多“四高一多”的特点,被称为“人类健康的头号杀手”^[1]。我国卫生部脑卒中筛查与防治工程委员会在 2011 年发布的《中国卒中宣言》指出,脑卒中已经成为我国居民第一位死亡原因^[2]。存活患者中约有四分之三不同程度地丧失劳动能力^[3]。鉴于当前我国医疗卫生资源的不足或患者本身经济、家庭等因素,大多数患者在急性期过后即回归家庭康复。患者出院后能否继续获得康复指导对其疾病康复至关重要。延续护理是随着社会发展和医疗模式转变而出现的一种新型护理模式,它将住院护理延伸到患者出院后的家庭康复过程中,旨在最大程度提供患者所需。本文旨在探讨延续护理对出院脑卒中患者康复的影响,以期提高患者的生活质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 6 月—2016 年 6 月在我院神经内科住院治疗好转即将出院的脑卒中患者 84 例。纳入标准:首次发病;诊断符合脑卒中诊断标准^[4],并经颅脑 CT 检查确诊;出院后在家中康复;知情同意。排除标准:有严重心、肝、肾、肺功能不全;恶性肿瘤;有精神疾病病史。按随机数字表法将 84 例患者分为观察组和对照组各 42 例。观察组 42 例:男 27 例,女 15 例;年龄 43~71 岁,平均(54.56±9.31)岁;文化程度:大学 3 例,中学 24 例,小学 15 例;病种:脑出血 16 例,脑梗死 26 例。对照组 42 例:男 26 例,女 16 例;年龄 41~71 岁,平均(55.12±9.28)岁;文化程度:大学 2 例,中学 23 例,小学 17 例;病种:脑出血 15

例,脑梗死 27 例。两组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 两组患者住院期间按脑卒中常规护理。对照组出院前 2 d 给予常规出院指导,出院后 1 周内第 1 次电话随访,以后每月电话随访 1 次,随访内容:患者身体状况、康复训练、用药情况、嘱其定期复诊。观察组实施为期 6 个月的延续护理干预。延续护理方案及实施方法如下:

1.2.1 成立延续护理小组 小组成员包括 1 名神经学专科医生,2 名专业知识丰富的护士,心理咨询护士 1 名,每个社区卫生服务中心派 1 名护士。小组成员接受相关知识培训,内容包括延续护理干预的意义、延续护理方案及实施办法、患者信息收集方法及沟通技巧等。

1.2.2 出院前的院内干预 建立健康档案,制订个性化延续护理计划。患者确定出院后,小组成员中的护士收集患者信息,对患者的生活自理、肢体功能、心理状态等情况进行系统评估,确定患者的延续照护需求,制订个性化延续护理计划。同时将护理计划传给社区卫生服务中心,与社区护士共同完成患者延续护理。

1.2.3 院外家庭随访,实施延续护理计划 医生、护士定期家庭随访,提供服务。出院第 1 个月医生、护士每两周随访 1 次,第 2~6 个月护士每月随访 1 次,遇病情变化及依从性差的患者增加随访次数。随访时评估患者康复情况、检查康复措施落实情况并记录,根据患者的康复进展,制订下一步计划。访视内容:①评估居住环境:根据患者的需要,提出合理的布局建议,如

锯矮床脚、去掉门槛、蹲便改坐便等,并督促落实。②心理辅导:脑卒中后患者常存在认知障碍、躯体残疾等,易产生焦虑、抑郁情绪。通过入户随访、电话随访等形式与患者沟通交流,倾听患者的陈述,鼓励其说出内心感受,并针对性地心理疏导。③评估日常生活自理能力:评估进餐、洗漱、穿脱衣服、入厕等情况,并针对性地训练指导。④评估吞咽功能:根据患者吞咽能力,指导家属制作适合患者的膳食。吞咽能力V级者采用鼻饲流质饮食;吞咽能力Ⅲ级、Ⅳ级者,以半流质为主,进食时严格控制摄食速度^[5]。⑤评估肢体功能。循序渐进地指导良好肢体摆放、各关节被动运动及主动康复锻炼(包括床上自行翻身、“桥式”运动、“十指交叉握手”运动、坐位平衡训练、立位平衡训练、站立与坐位转换训练等)。⑥评估语言能力,指导患者语言训练。⑦评估是否遵医嘱服药,对依从性好者予以表扬,对依从性差者针对原因耐心劝导,发动家属共同督促。

1.3 评价指标 ①日常生活活动能力(ADL):于出院时、出院后6个月用改良 Barthel 指数(BI)^[6]评估。内容包括10项:洗澡、修饰各5分,进餐、穿衣、用厕、大便、小便、上下楼梯各10分,床一椅转移、平地行走各15分,满分为100分,得分越高说明日常生活自理能力越好。②抑郁情绪:于出院时、出院后6个月用 Zung 抑郁自评量表(SDS)^[7]评分。SDS包括20个条目,采用4级评分制,累计20个条目得出粗分,乘以1.25得出标准分,分界值为标准分50分,50分以上就可以诊断为抑郁,50~59分为轻度抑郁,60~69分为中度抑郁,大于70分为重度抑郁。③终点事件发生率:因脑卒中导致的病死率、再住院率。

1.4 统计学方法 用 SPSS 17.0 统计软件分析,计量资料用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

干预过程中,除对照组有1例患者死亡,不能进行出院后6个月评估外,其余患者无失访现象。

2.1 两组日常生活活动能力比较 出院时两组 Barthel 指数比较差异无统计学意义($P > 0.05$);出院后6个月两组 Barthel 指数均有不同幅度增长($P < 0.001$),但观察组增长幅度明显高于对照组($P < 0.001$)。见表1。

表1 两组 Barthel 指数比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	出院时	出院6个月	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	42	55.75±8.61	79.24±8.32	12.715	<0.001
对照组	41	56.17±8.37	69.71±8.91	7.092	<0.001
<i>t</i>		0.225	5.038		
<i>P</i>		0.822	<0.001		

2.2 两组抑郁状态比较 出院时两组 SDS 得分均处于轻度抑郁状态水平上,差异无统计学意义($P > 0.05$);出院后6个月两组 SDS 得分均有不同程度下降($P < 0.001$),但观察组下降幅度明显优于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组 SDS 比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	出院时	出院6个月	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	42	53.78±7.45	42.85±7.18	6.846	<0.001
对照组	41	53.07±7.89	46.29±7.06	4.100	<0.001
<i>t</i>		0.422	2.200		
<i>P</i>		0.674	0.031		

2.3 两组终点事件发生率比较 干预期内,观察组无死亡,再次入院2例,终点事件发生率为4.76%;对照组死亡例1例,再次入院7例,终点事件发生率为19.05%,两组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 4.087$, $P = 0.042$)。

3 讨论

3.1 延续护理干预可提高出院脑卒中患者的自理能力 《中国脑血管病防治指南(2010版)》显示,我国城市脑卒中发病率219/10万,农村地区年发病率185/10万,每年新发病例约200万人,每年约150万人死于脑卒中,幸存患者中约有四分之三不同程度地丧失劳动能力,其中重度致残约40%^[3],出院后护理工作的中断使患者未得到有效的康复指导是造成此结果的重要原因之一。延续护理是一系列具有全面性、合作性、协调性和延续性的护理活动。研究发现,脑卒中患者出院后各项延续性护理需求率均在65%以上^[8]。可见,对脑卒中患者出院后实施延续护理给予康复指导干预十分必要。本文结果显示,出院后6个月观察组 Barthel 指数增长幅度明显优于对照组($P < 0.001$),提示延续护理干预,能提高出院脑卒中患者的自理能力。

3.2 延续护理干预为患者提供心理支持,改善患者的抑郁状态 秦素萍等^[9]报道,脑卒中患者均存在不同程度的焦虑、抑郁心理,尤其在出院时焦虑与抑郁得分最高。脑卒中后伴抑郁、焦虑障碍是生理、心理和社会等因素共同作用的结果,其中心理因素起关键作用^[10]。对脑卒中患者实施心理干预可以促进其康复,减少心理障碍的发生。本文通过延续护理对患者实施心理疏导,树立其战胜疾病的信心,6个月后患者的抑郁程度显著降低,而且降低幅度大于对照组($P < 0.05$),表明延续护理能够有效缓解出院脑卒中患者的抑郁程度。

3.3 延续护理能降低脑卒中终点事件发生率 研

(下转第250页)

主,缺乏对知识的理解,其教育效果会随着时间的推移而逐渐淡化、忘记。而焦点解决模式让患者认识到目前自身存在的风险,通过足部护理行为实践,将学到的知识不断得到强化,可有效防止糖尿病足的发生和发展。本研究结果显示,干预后观察组的足部护理知识水平及行为能力明显优于对照组($P < 0.05$),说明焦点解决模式护理干预对糖尿病足患者掌握足部护理知识和行为有积极的作用。

3.3 焦点解决模式对糖尿病足患者足部皮肤护理的作用 足部皮肤干燥是皮肤皲裂的前期表现,如不及时采取措施,容易造成伤口经久不愈而导致糖尿病足^[9]。在周围神经病变早期,患者足部感觉功能减退,血液循环相对不足,不易发觉足部轻微的伤口,定期足部检查,可及早发现高危糖尿病足。观察组患者通过每天坚持足部检查、足部按摩、涂擦润肤霜、温水泡脚及下肢运动,选择合适的鞋袜,观察足部皮肤及足背动脉搏动等行为,在干预3个月后患者足部皮肤干燥状况有了很大的改善,与干预前及对照组同期比较差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

4 小结

本研究采用焦点解决模式对糖尿病足患者进行足部护理知识和行为干预,定期监测血糖及ABI指标,使患者足部护理知识和行为有了很大的提高,可预防和延缓糖尿病足的发生。由于只对患者进行3个月的干预,缺乏远期的观察效果,仍需进一步的研究,以明确焦点解决模式在2型糖尿病足患者足部护理干预中

的应用。

参考文献:

- [1] 江敏君,赖旦辉,梁秀君,等.“一病一品”在糖尿病足护理中的应用效果[J]. 护理学报,2016,23(12):17-19.
- [2] 陆美菊,罗清艳,黄日材,等.多元化健康教育在布洛陀壮族糖尿病患者中的应用研究[J]. 右江民族医学院学报,2014,36(3):471-473.
- [3] 陈彩真,金昌德,朱瑞杰.健康教育在糖尿病患者治疗中的应用现状[J]. 中华现代护理杂志,2014,20(10):1117-1119.
- [4] 黄玉娟,朱佩玉.焦点解决模式对2型糖尿病足高危患者护理知识和行为的影响[J]. 天津护理,2016,24(3):215-217.
- [5] 梁伟.糖尿病患者对疾病的认知和遵医行为的研究现状[J]. 右江民族医学院学报,2014,36(2):281-282.
- [6] 董小英,杨秀琴,张如意.踝肱指数对糖尿病足的临床预测价值及相关因素分析[J]. 陕西医学杂志,2011,40(3):298-301.
- [7] 曾宪芳,王玲.糖尿病足的发病机理及防护进展[J]. 护理实践与研究,2011,8(8):82-84.
- [8] 刘欢,林秀兰,彭志群.糖尿病足患者高危因素的分析及护理[J]. 吉林医学,2012,33(13):2851-2852.
- [9] 秦玲,高俊香,田素斋,等.行为转变理论在糖尿病足高危病人自护行为干预中的应用[J]. 护理研究,2015,29(11B):4003-4006.

收稿日期:2017-03-10;修回日期:2017-06-12

(上接第247页)

究^[11]表明,延续护理能够使出院患者得到持续的卫生保健,促进其康复,降低再住院率及卫生服务成本。延续护理采用多学科团队协作方式,制定个体化的护理计划,为患者出院后提供持续性的康复知识指导,满足患者在医院-家庭转移过程中的身心需求,从而维护患者的整体健康。本文通过对脑卒中患者实施延续护理发现,在患者出院6个月后,观察组患者终点事件发生率明显低于对照组($P < 0.05$)。

综上所述,延续护理干预对改善出院脑卒中患者的日常生活活动能力、抑郁情绪,及降低终点事件发生率均具有十分重要的现实意义,值得推广。

参考文献:

- [1] Mohan KM, Wolfe CD, Rudd AG, et al. Risk and cumulative risk of stroke recurrence: a systematic review and meta-analysis[J]. Stroke, 2011, 42(5):1489-1494.
- [2] 卫生部脑卒中筛查与防治工程委员会. 中国卒中宣言[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2012, 12(4):369.

- [3] 中华医学会神经学分会脑血管学组. 中国脑血管病防治指南2010版[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:5.
- [4] 中华医学会神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379.
- [5] 杨启英. 脑卒中吞咽障碍患者采用延伸护理干预对吞咽功能的影响观察[J]. 右江民族医学院学报,2014,36(1):150-152.
- [6] 李小峰,陈敏. 改良 Barthel 指数评定量表的设计与应用[J]. 护理研究,2015,29(5A):1657-1658.
- [7] 汪向东,王希林,马弘,等. 心理卫生评定量表手册(增订版)[M]. 北京:中国心理卫生杂志社,1999:235-237.
- [8] 张小燕,徐继哈,苏永静,等. 初发脑卒中患者延续性护理需求的调查研究[J]. 中华护理教育,2012,9(7):294-296.
- [9] 秦素萍,高雅琨,高静,等. 脑卒中患者出院准备计划与居家护理的效果分析[J]. 中华护理杂志,2014,49(11):1337-1342.
- [10] 田永梅,任爱玲. 心理护理对脑卒中后焦虑与抑郁障碍患者的效果观察[J]. 齐鲁护理杂志,2010,16(16):6-7.
- [11] 李萍,付伟. 我国出院患者延续性护理需求及现状分析[J]. 健康研究,2010,30(1):39-42.

收稿日期:2017-05-19;修回日期:2017-06-09