

- 者不良情绪和治疗依从性的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2020,27(10):1245-1248.
- [5] 涂文怡,尹志勤,叶丹,等.急性 A 型主动脉夹层患者术后气管插管期间口渴管理的研究[J].护士进修杂志,2020,35(9):824-827.
- [6] 何蓉,DeBakey III 型主动脉夹层腔内修复术于术后开展早期自我护理的 63 例临床分析[J].岭南心血管病杂志,2017,23(2):228-231.
- [7] 苏新娟,胡杰,李昂.右美托咪定在 Stanford B 型主动脉夹层患者围术期护理中的应用[J].护士进修杂志,2017,32(24):2251-2253.
- [8] 栗林,郭丽霞,郭万鹏.加速康复外科在主动脉夹层患者围术期护理中的应用研究[J].中国药物与临床,2019,19(8):1362-1364.
- [9] 万珍,秦卫,刘萍,等.院内外连续性干预对主动脉夹层患者术后认知功能障碍改善情况的作用[J].岭南心血管病杂志,2017,23(3):336-338.
- [10] 杨小红.优质护理对主动脉夹层术后不良情绪和护理满意度的影响[J].川北医学院学报,2017,32(4):619-621.
- [11] 张晓彬,张柯基,吕利雄,等.年龄对于复杂性急性 Stanford B 型主动脉夹层患者预后的影响[J].现代生物医学进展,2019,19(3):449-453.
- [12] 郭万鹏,张倩,栗林.主动脉夹层术后患者出院准备度现状及其影响因素[J].解放军护理杂志,2018,35(20):18-22.
- [13] 赵俊,胡晓鸿,李静,等.主动脉夹层术后一过性谵妄患者护理方案的制订及实践[J].中华护理杂志,2019,54(1):60-63.
- [14] 曾晓红,高薇,张艳,等.Roy 适应模式对 Stanford B 型主动脉夹层瘤患者围术期焦虑心理的影响[J].中国煤炭工业医学杂志,2018,21(1):95-99.
- [15] 杨毅,刘楠,侯晓彤,等.Stanford A 型主动脉夹层围术期拔管时机的选择[J].中国心血管病研究,2019(9):778-782.

(收稿日期:2021-08-10;修回日期:2021-09-07)

(本文编辑 王钊林)

医学生志愿者对首发老年脑卒中病人居家康复的支持效果研究



张金梅,辛艳秋,张雅丽,王艳峰,康志芳,蔡霞,陈美玲

摘要 目的:探讨医学生志愿者对首发老年脑卒中病人居家康复的支持效果,为构建首发老年脑卒中病人居家康复的支持系统提供参考。方法:采用便利抽样法抽取山西省汾阳市西河社区的 32 例首发老年脑卒中病人为研究对象,医学生志愿者于首次进行居家访视时采用一般情况调查表、中文版 Fugl-Meyer 运动功能评定量表(FMA)、Barthel 指数(BI)评分量表、综合性医院焦虑抑郁量表(HAD)对研究对象进行全面评估,团队协作制定干预方案,根据病人的实际情况 1~2 周对其进行 1 次干预,6 个月后再次对其进行评估。结果:干预 6 个月后 32 例首发老年脑卒中病人 FMA、BI 得分均高于干预前,HAD 得分低于干预前,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:医学生志愿者参与首发老年脑卒中病人的居家康复可提高脑卒中病人运动功能及日常生活活动能力,改善其心理状况。建议构建医学生志愿者参与首发老年脑卒中病人居家康复的支持系统,为首发老年脑卒中病人居家康复提供系统的支持。

关键词 脑卒中;老年病人;居家康复;医学生志愿者;日常生活活动能力;运动功能;焦虑;抑郁

Keywords stroke; elderly patients; home-based rehabilitation; medical student volunteers; activities of daily living; motor function; anxiety; depression

doi: 10.12104/j.issn.1674-4748.2021.26.015

脑卒中是中国成年人致死、致残的首位病因,具有高发病率、高致残率、高死亡率及高复发率的特点且疾病负担持续增长^[1]。2012 年—2016 年国家“脑卒中高危人群筛查和干预项目”的调查显示,40 岁及以上脑卒中病人的首次发病年龄为 60.9~63.4 岁^[2];脑卒中首次发作后的 1 年复发率高达 17.1%^[3];每年数以百万例的老年病人死于卒中发病的急性期,存活者近 2/3 有不同程度的残疾^[4-5]。大量因及时医疗干预存活下来的脑卒中病人都伴有不同程度的身体机能障碍,如运动障碍、言语障碍、吞咽障碍等,身体机能障碍

又极大地削弱了脑卒中病人的日常生活与社会适应能力。由于受家庭经济基础、传统养老观念、现有社会医疗资源等多种因素的影响,社区成为我国老年脑卒中病人最主要的康复场所,老年病人居家康复治疗成为了最主要的治疗形式^[6]。但由于我国老年脑卒中病人人口基数大、脑卒中致残程度存在明显差异、病人个性化服务需求日渐增长、社区医务人员相对缺乏、服务网络建设尚不完善等现实条件的制约,老年脑卒中病人的参与康复训练的积极性较低,且康复训练效果不佳。上述现象不利于提高老年脑卒中病人的生活质量,同时也制约了我国老年卫生保健事业的发展。本研究将医学生志愿者与首发老年脑卒中病人的居家康复相结合,探讨医学生志愿者对首发老年脑卒中病人居家康复的支持效果,以提高首发老年脑卒中病人的居家康复效益,帮助其改善运动功能,提高日常活动能力,改善身心状态,为构建首发老年脑卒中病人居家康复的支持系统提供参考。

1 对象与方法

基金项目 山西医科大学汾阳学院科技发展基金重点项目,编号:1421。

作者简介 张金梅,副教授,本科,单位:032200,山西医科大学汾阳学院;辛艳秋单位:032200,山西省汾阳医院;张雅丽、王艳峰、康志芳、陈美玲单位:032200,山西医科大学汾阳学院;蔡霞单位:214000,无锡市妇幼保健院。

引用信息 张金梅,辛艳秋,张雅丽,等.医学生志愿者对首发老年脑卒中病人居家康复的支持效果研究[J].全科护理,2021,19(26):3657-3660.

1.1 对象 采用便利抽样法抽取 2018 年 1 月—2018 年 12 月山西省汾阳市西河社区的 32 例首发老年脑卒中病人为研究对象。纳入标准:①符合全国第四届脑血管病会议制定的诊断标准^[7],经颅脑 CT 或核磁共振检查确诊为脑梗死或脑出血;②首次发病,处于恢复期且病情稳定者(病程<3 个月);③居家康复;④存在肢体功能障碍,肌力达到 2 级及以上;⑤年龄≥60 岁;⑥有同住的家庭照顾者;⑦能以文字或语言沟通,志愿参与本研究。排除标准:①短暂性脑缺血发作(TIA);②既往有类风湿性关节炎等影响运动功能的疾病;③合并严重疾病,如严重的心肺疾病、恶性肿瘤、肝肾功能障碍等;④既往有精神病史。

1.2 方法

1.2.1 调查工具

1.2.1.1 一般情况调查表 参考相关文献自行设计一般资料调查表,包括性别、年龄、发病时间、脑卒中类型、偏瘫侧、是否患有高血压、是否患有高血脂、是否患有糖尿病、受教育程度、婚姻状况、照顾者、家庭人均月收入。

1.2.1.2 中文版 Fugl-Meyer 运动功能评定量表(Fugl-Meyer Assessment, FMA) 采用中文版 FMA 量表评定个体的运动功能水平,量表包括上肢、下肢功能两部分,共 50 个条目。其中上肢 8 项(33 个条目),下肢 6 项(17 个条目)。量表总分为 100 分,采用 Likert 3 级评分法,病人不能完成该条目的动作计 0 分,部分完成计 1 分,充分完成计 2 分^[8]。

1.2.1.3 Barthel 指数(Barthel Index, BI)评分量表 采用 BI 评分量表^[9]评估病人的日常生活活动能力(Activities of Daily Living, ADL),相关研究表明该量表具有良好的信效度^[10-11]。量表包括进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、如厕、床椅转移、平地行走 45 cm、上下楼梯 10 项内容,总分 100 分,得分越高表示个体的自理能力越好,对他人的依赖越小。根据其总分将 ADL 分为以下 5 个等级:100 分表示 ADL 正常;60~99 表示 ADL 良好,生活基本自理;40~59 分表示中度功能障碍,需要他人帮助;20~39 分表示重度功能障碍,生活依赖明显;<20 分表示完全残疾,生活完全依赖他人^[12]。

1.2.1.4 综合性医院焦虑抑郁量表(The Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD) 采用 HAD 评定干预对象的焦虑及抑郁情绪^[13-14]。量表由 Zigmond 等^[15]编制,共计 14 个条目,其中 7 个条目评定抑郁,7 个条目评定焦虑。总分 8~10 分代表轻度抑郁/焦虑,总分 11~14 分代表中度抑郁/焦虑,总分 15~21 分代表严重抑郁/焦虑。

1.2.2 研究方法 组建由医学院校教师、康复科医生、社区医务人员、医学生志愿者组成的团队,其中医学生志愿者由我院临床、护理、康复专业的中高年级学生组成,为服务的主要提供者。团队共同评估病人身

心状况并制订家庭访视流程及个体化的康复计划。志愿者小组(每组 5 人)为病人提供针对性地指导,指导内容主要包括疾病相关知识、安全用药指导、康复锻炼管理、自我监测、饮食管理、日常生活管理、社会支持管理及心理护理等。

家庭访视:以病人及其照顾者为中心,指导病人进行居家康复。教会病人及其照顾者自我照顾技能和居家照顾技巧;根据病人当前的肢体功能,指导其进行各项日常生活活动,包括移动转移、更衣、进食、个人卫生、入学、入浴、家务等活动,耐心解释和指导动作的要领,并指导病人反复训练;鼓励病人尽量自理,减少对他人依赖;嘱病人避免危险行为及动作;鼓励病人与亲友交谈,有针对性地给予病人心理支持与鼓励,鼓励病人积极主动配合康复训练;耐心解答病人提出的相关问题;同时积极与病人的照顾者沟通,以减轻其心理负担,提高其照顾能力和信心。2 周进行 1 次居家访视,期间若病情发生变化,及时回访。

医学生志愿者于首次进行居家访视时采用评估量表对研究对象进行全面的评估,团队协作制定干预方案,根据病人的实际情况 1~2 周对其进行 1 次干预,并于 6 个月后再次对其进行评估。干预措施可根据实际操作过程中病人的具体情况进行修改,但应参照既定的实施方案,在总原则不变的前提下酌情调整干预措施。每次居家访视结束后及时反馈干预情况及干预过程中遇到的问题并做好记录,以便团队成员共同商讨解决办法。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS 25.0 统计软件进行统计分析,定性资料采用例(%)表示,符合正态分布的定量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,不符合正态分布的计量资料用中位数(四分位数间距)表示,干预前后比较采用 Wilcoxon 秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 病人一般情况 本研究首发老年脑卒中病人 32 例,男 23 例,女 9 例;年龄 60~86(67.41±7.75)岁;病程 1~3(1.84±0.81)个月;脑梗死 29 例,脑出血 3 例;左侧偏瘫 19 例,右侧 13 例;病史:高血压 30 例,高血脂 9 例,糖尿病 3 例;受教育程度:小学及以下 16 例,初中 11 例,高中(中专)及以上 5 例;婚姻状况:均为在婚;照顾者:均为病人家人;家庭月收入:≤1 500 元 18 例,1 500~3 000 元 11 例,>3 000 元 3 例。

2.2 干预前后运动功能和 ADL 比较 干预 6 个月 32 例首发老年脑卒中病人 FMA 得分中位数为 87.50(62.25, 93.00)分,高于干预前的 81.50(59.50, 90.50)分,差异有统计学意义($P < 0.001$)。干预 6 个月 32 例首发老年脑卒中病人 BI 得分中位数为 95.50(75.00, 95.50)分,高于干预前的 92.50(66.25, 93.00)分,差异有统计学意义($P = 0.003$)。见表 1。

表 1 首发老年脑卒中病人干预前后 FMA、BI 得分比较[M(Q₂₅, Q₇₅)] 单位:分

| 时间 | 例数 | FMA | BI |
|----------|----|--------------------|--------------------|
| 干预前 | 32 | 81.50(59.50,90.50) | 92.50(66.25,93.00) |
| 干预 6 个月后 | 32 | 87.50(62.25,93.00) | 95.50(75.00,95.50) |
| Z 值 | | -3.523 | -3.128 |
| P | | <0.001 | 0.003 |

2.3 干预前后焦虑及抑郁情绪比较(见表 2)

表 2 首发老年脑卒中病人干预前后 HAD 得分比较[M(Q₂₅, Q₇₅)] 单位:分

| 时间 | 例数 | 焦虑得分 | 抑郁得分 |
|----------|----|-----------------|-----------------|
| 干预前 | 32 | 5.50(1.50,8.00) | 3.00(1.00,5.75) |
| 干预 6 个月后 | 32 | 4.00(1.00,7.00) | 3.00(1.25,5.00) |
| Z 值 | | -2.156 | -2.058 |
| P | | 0.031 | 0.040 |

3 讨论

吴兆苏等^[16]的调查结果表明我国脑卒中病人多遗留有不同程度的肢体活动障碍;肢体活动障碍使脑卒中病人的延续护理需求较高^[17]。有研究报道,首发脑卒中病人的自我管理水平受自我效能、卒中知识水平及文化程度的影响^[18]。但是,受经济条件、医疗卫生环境等影响,老年首发脑卒中病人多是居家康复。而当前我国的社区卫生医疗资源短缺,难以满足社区脑卒中病人的延续护理需求,提供相应的支持。医学生作为临床医疗工作的预备军,参与这一活动能够在一定程度上帮助社区脑卒中病人。

3.1 干预前后居家老年首发脑卒中病人的运动功能比较 本研究结果显示,32 例居家康复的老年首发脑卒中病人的运动功能得分中位数为 81.50(59.50,90.50)分。表明老年首发脑卒中病人多遗留有不同程度的肢体活动障碍,与吴兆苏等^[16]的研究结果一致。本研究结果显示,干预 6 个月 32 例首发老年脑卒中病人 FMA 得分中位数为 87.50(62.25,93.00)分,高于干预前的 81.50(59.50,90.50)分,差异有统计学意义($P < 0.001$)。王慧英等^[19]的研究结果也证实,早期的康复护理干预有利于改善脑卒中偏瘫病人的运动功能,缩短其恢复时间,提高其生活质量。医学生志愿者成员均是中高年级的临床、康复、护理本科生,具备一定的专业知识,在专业团队的培训、管理下可以为老年脑卒中病人的居家康复提供一定的专业支持,指导并督促病人学习并坚持康复锻炼,改善肢体的运动功能。

3.2 干预前后居家老年首发脑卒中病人的 ADL 比较

本研究结果显示,干预前 32 例首发老年脑卒中病人的 BI 得分中位数为 92.50(66.25,93.00)分。受肢体活动障碍的影响,老年首发脑卒中病人不同程度地依赖他人的帮助来完成自己的日常活动。本研究结果显示,干预 6 个月 32 例首发老年脑卒中病人 BI 得分中

位数为 95.50(75.00,95.50)分,高于干预前的 92.50(66.25,93.00)分,差异有统计学意义($P = 0.003$)。表明医学生志愿者参与首发老年脑卒中病人的居家康复,对提高居家老年首发脑卒中病人的 ADL 有积极作用。有研究结果也表明,早期的康复护理干预有利于改善脑卒中偏瘫病人的运动功能及日常生活自理能力,缩短其恢复时间,提高其生活质量^[19]。这可能与医学生作为志愿者参与首发老年脑卒中病人的居家康复,可以为病人提供健康宣教、康复指导有关。医学生志愿者成员均是中高年级的临床、康复、护理本科生,具备一定的专业知识,在专业团队的培训、管理下,可以为老年脑卒中病人的居家康复提供相关医学知识的理论支持和康复训练的技术支持,指导并督促病人学习并坚持康复锻炼,改善肢体的运动功能,以提高其日常生活自理能力。

3.3 干预前后居家老年首发脑卒中病人的焦虑及抑郁情绪比较 本研究结果显示,干预前 32 例首发老年脑卒中病人的 HAD 得分中位数分别为焦虑 5.50(1.00,8.00)分,抑郁 3.00(1.00,5.75)分。表明有部分居家康复老年首发脑卒中病人出现焦虑、抑郁情绪,其中焦虑情绪发生率较高。相关研究结果表明,脑卒中除了对病人造成肢体活动障碍,还会对病人的心理造成消极影响,其中焦虑和抑郁最常见^[20]。陈益伟^[21]的调查发现,神经内科脑卒中病人焦虑症状的发生率为 24.5%,抑郁症状的发生率为 20.9%。而中国卒中后抑郁的发生率和预后的前瞻性队列研究(PRIOD 研究)发现,与脑卒中后不伴有抑郁病人相比,卒中后抑郁病人的 1 年卒中后复发风险增加 49%^[22]。卒中后伴有抑郁焦虑情绪的病人甚至会发生自杀等严重的行为^[23]。其焦虑、抑郁情绪可能与担心疾病预后,肢体活动障碍影响其日常生活并加重家人负担有关。

本研究结果显示,干预 6 个月后 32 例老年脑卒中病人 HAD 得分中位数为焦虑 4.00(1.00,7.00)分,抑郁 3.00(1.25,5.00)分,低于干预前得分,差异有统计学意义($P < 0.05$)。表明医学生志愿者参与老年首发脑卒中病人的居家康复对其心理健康有积极影响,可以降低其焦虑、抑郁情绪发生可能。老年首发脑卒中病人焦虑、抑郁情绪的产生与其缺乏疾病相关知识、对疾病预后、肢体康复效果缺乏信心相关。医学生志愿者参与居家康复可以满足其需要,帮助其树立康复的信心并坚持居家康复。

4 结论

医学生志愿者参与首发老年脑卒中病人的居家康复,对提高其运动功能及 ADL,改善其心理状况有积极作用。构建首发老年脑卒中病人居家康复的支持系统既可以改善首发老年脑卒中病人患肢的运动功能,提高其独立完成日常活动的的能力,也可以对其心理状况产生积极影响,是医学生、医学院校和居家首发老年脑卒中病人的三方共赢。

参考文献:

[1] 王陇德,刘建民,杨弋,等.我国脑卒中防治仍面临巨大挑战——《中国脑卒中防治报告 2018》概要[J].中国循环杂志,2019,34(2):105-119.

[2] 王陇德.中国脑卒中防治报告-2017[M].北京:人民卫生出版社,2017:1.

[3] MI D H, JIA Q, ZHENG H G, *et al.* Metabolic syndrome and stroke recurrence in Chinese ischemic stroke patients: the ACROSS-China study[J].PLoS One,2012,7(12):e51406.

[4] 贾建平,陈生弟.神经病学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2013:170.

[5] 孙慧英,李涛.脑卒中及其危险因素分析[J].卒中与神经疾病,2012,19(3):167-170.

[6] 程波,袁芳.对脑卒中康复期患者实施延续护理的研究进展[J].护理学杂志,2014,29(4):84-85.

[7] 中华医学会全国第四届脑血管病学术会议.脑卒中患者神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中国神经内科学杂志,1996,29(6):381-382.

[8] 王玉龙.康复功能评定学[M].北京:人民卫生出版社,2008:457-467.

[9] MAHORNEY F. Functional evaluation; the Barthel Index[M]. Maryland St; Med J,1965;14.

[10] OVEISGHARAN S, SHIRANI S, GHORBANI A, *et al.* Barthel index in a Middle-East country: translation, validity and reliability[J]. Cerebrovascular Diseases (Basel, Switzerland), 2006, 22(5/6):350-354.

[11] 蔡业峰,贾真,李伟峰,等.中文版 Barthel 指数对多中心测评缺血性卒中患者预后的研究[J].中国脑血管病杂志,2007,4(11):486-490.

[12] 李苗苗,代永静. Barthel 指数评分量表在康复护理中的应用进展[J].护士进修杂志,2018,33(6):508-510.

[13] 叶维菲,徐俊冕.综合性医院焦虑抑郁量表在综合性医院病人中的应用和评价[J].中国行为医学杂志,1993,2(3):17-19.

[14] 郑磊磊,王也玲,李惠春.医院焦虑抑郁量表在综合性医院中的应用[J].上海精神医学,2003,15(5):264-266.

[15] ZIGMOND A S, SNAITH R P. The hospital anxiety and depression scale[J]. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1983, 67(6):361-370.

[16] 吴兆苏,姚崇华,赵冬.我国人群脑卒中发病率、死亡率的流行病学研究[J].中华流行病学杂志,2003,24(3):49-53.

[17] 马波.脑卒中患者延续性护理服务需求现状及效果评价[D].长春:吉林大学,2015.

[18] 穆欣,李娟,刘瑞荣,等.首发脑卒中患者自我管理行为及影响因素的研究[J].中华护理杂志,2016,51(3):289-293.

[19] 王慧英,刘荣荣.脑卒中偏瘫患者早期康复护理干预效果观察[J].中华全科医学,2015,13(5):845-846.

[20] GRIPPO A J, JOHNSON A K. Biological mechanisms in the relationship between depression and heart disease[J]. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 2002, 26(8):941-962.

[21] 陈益伟.神经内科脑卒中住院患者焦虑和抑郁症状及其影响因素研究[D].长沙:中南大学,2014.

[22] YUAN H W, WANG C X, ZHANG N, *et al.* Poststroke depression and risk of recurrent stroke at 1 year in a Chinese cohort study[J].PLoS One,2012,7(10):e46906.

[23] 俞子彬,李淑芬,王芳芳.卒中后抑郁的研究进展[J].河北医科大学学报,2006,27(5):450-454.

(收稿日期:2020-09-11)

(本文编辑 王钊林)

路径化导管室护理方案对急性脑梗死介入取栓术病人救治效果的影响



谢可平

摘要 目的:探讨路径化导管室护理方案对急性脑梗死介入取栓术病人救治效果的影响。方法:选择赣州市人民医院 2018 年 1 月—2018 年 12 月实施常规导管室急救模式期间收治的 43 例急性脑梗死介入取栓术病人为对照组,选择 2019 年 1 月—2019 年 12 月实施路径化导管室护理方案期间收治的急性脑梗死介入取栓术病人 43 例为研究组。比较两组救治效率、血管再通率及救治效果。结果:研究组病人开包、建立静脉通路、准备急救药物、监护吸氧及入院至血管再通时间均短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);研究组病人术后血管完全再通率、救治优良率为 95.35%、90.70%,高于对照组的 79.07%、74.42%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:路径化导管室护理方案能够提升急性脑梗死介入取栓术病人救治效率,缩短血管再通时间,提高血管再通率及救治效果。

关键词 急性脑梗死;介入取栓术;路径化导管室护理;血管再通

Keywords acute cerebral infarction; interventional thrombectomy; path-based catheterization laboratory care; vascular recanalization

doi: 10.12104/j.issn.1674-4748.2021.26.016

急性脑梗死是因脑动脉血管闭塞或狭窄引起的脑组织缺血性坏死,致残、致死率较高,是威胁人们健康

及生命安全的主要原因之一^[1-2]。介入取栓术是治疗急性脑梗死大血管闭塞的主要疗法,较单纯动脉溶栓治疗更具优势,血管再通时间更短^[3-4]。Uno 等^[5]研究发现,但急性脑梗死血管溶栓或取栓治疗具有一定治疗时间窗。及时疏通闭塞血管,促进血流灌注,缩短缺血时间是急性脑梗死救治的基本原则,在采取介入取栓术救治时需加强护理干预,优化救治流程,以尽可能提高救治效果。本研究在急性脑梗死介入取栓术病人

基金项目 赣州市指导性科技计划,编号:GZ2014ZSF212。

作者简介 谢可平,副主任护师,本科,单位:341000,江西省赣州市人民医院。

引用信息 谢可平.路径化导管室护理方案对急性脑梗死介入取栓术病人救治效果的影响[J].全科护理,2021,19(26):3660-3662.