

脱水药,对病人的静脉会造成不同程度的损害。因此,护士长会组织学习主动静脉治疗相关知识,在病人入院时,综合评估,选择合适的静脉管道,在使用留置针时,尽量选用小型号,遵从无菌操作原则,长时间输液时,局部使用透明贴预防静脉炎,出现Ⅰ级静脉炎时,果断拔管,及时湿敷50%硫酸镁溶液或者外敷如意金黄散,可明显降低静脉炎的发生率。

【参考文献】

[1] 戴慧珊,施雁,毛雅芬. 护理不良事件报告系统的研究

现状及思考[J]. 护理研究,2009,23(8):21-37.
[2] 张丽平. 神经外科护理风险分析与防范[J]. 中国实用神经疾病杂志,2011,14(6):7-9.
[3] 吕婷,李娟丽,桃香梅. 慎独修养与护理工作新论[J]. 中国医学伦理学,2010,23(6):33.
[4] 黄永清,张小庄. 护理不良事件发生原因分析[J]. 医院管理理论,2008,25(8):39-40.
[5] 李香娥. 43例护理不良事件的原因及防范措施[J]. 护理研究,2010,7(19):69-71.

(2015-11-24收稿,2016-03-20修回)

协同护理综合干预对脑卒中恢复期病人自我照顾能力及生存状态的影响

韩琴 袁辉胜

【摘要】目的 探讨协同护理综合干预对脑卒中恢复期病人自我照顾能力及生活质量的影响。**方法** 2012年7月至2015年12月收治脑卒中恢复期病人120例,按护理方法分为观察组和对照组,各60例。对照组接受常规护理;观察组在对照组护理的基础上加入协同护理综合干预。康复前、出院后3个月,采用日常生活活动能力量表(ADL)、Barthel指数(BI)评估病人自我照顾能力,采用个体与社会功能量表(PSP)、社会适应量表(SAFE)评估病人的社会功能,采用健康调查简表(SF-36)评估病人的生活质量。**结果** 康复前,两组ADL评分、BI、PSP评分、SAFE评分、SF-36评分均无统计学差异($P>0.05$)。出院后3个月,与对照组相比,观察组ADL评分、BI、PSP评分、SF-36评分明显增高($P<0.05$),SAFE评分明显降低($P<0.05$)。**结论** 协同护理综合干预可提升脑卒中恢复期病人的自我照顾能力,优化出院后社会功能及生活质量。

【关键词】 脑卒中;协同护理综合干预;自我照顾能力;社会功能;生活质量

【文章编号】 1009-153X (2017)06-0441-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743; R 473.6

脑卒中常导致认知、语言、肢体功能障碍^[1,2]。传统护理干预重点在生命体征的监护,而在康复训练的辅助护理方面涉及较少^[3]。协同护理是在责任制护理的基础上充分发挥病人的自我护理及健康决策能力^[4,5]。本次探讨协同护理综合干预对恢复期脑卒中病人身心恢复的意义。

1 资料与方法

1.1 研究对象 纳入标准:①首次发生脑卒中;②生命体征平稳;③伴明显语言、吞咽或肢体功能障碍;④病人及家属具有积极的康复意愿,家庭支持良好。**排除标准:**①进展性脑卒中;②合并严重心肝肾

功能不全;③合并脑肿瘤或精神疾病;④伴关节炎等可影响正常肢体功能的疾病;⑤中途退出研究、临床资料不完整。

2012年7月至2015年12月收治符合标准的恢复期脑卒中120例,按护理方法分为观察组和对照组,各60例。对照组男34例,女26例;年龄47~78岁,平均(67.82±9.15)岁;美国国立卫生院卒中量表(National Institutes of Health stroke scale, NIHSS)评分为8.2~10.8分,平均(9.17±0.98)分。观察组男35例,女25例;年龄46~79岁,平均(66.75±9.02)岁;NIHSS评分8.5~10.9分,平均(9.32±0.91)分。两组护理干预前性别、年龄、NIHSS评分无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 护理干预 对照组采用脑卒中常规护理,监护生命体征,遵医嘱给予神经保护、改善微循环、抑制血小板聚集等治疗,口头告知康复锻炼要点,给予简单的康复锻炼指导。

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2017.06.028

作者单位:430015 武汉,湖北省中西医结合医院康复中心(韩琴、袁辉胜)

通讯作者:袁辉胜, E-mail: hanq2002@163.com

观察组在对照组护理干预基础上,加入协同护理综合干预。从病人开始康复训练第 1 天开始,持续至出院后 3 个月。具体如下:①病情评估。对病人病情、文化背景、脑卒中知识需求,以及肢体功能、心理状态等进行客观评估,了解病人真实情况,为后续护理计划制定奠定基础^[6]。②健康教育。每周向病人及家属进行 1 次集中健康宣教,针对脑卒中知识十分欠缺、心理状态十分恶劣的病人,进行强化沟通交流,适当增加交流次数以期优化病人及家属的主观感受。③康复计划制定及实施。由责任护士、神经内科主治医师以上职称医生、病人及家属、康复师共同参与康复计划的制定^[7]。④出院指导。病人出院时告知院外注意事项,嘱咐及时复诊,强调持续康复锻炼的重要意义。出院后责任护士每周进行 1 次电话回访,根据病人实际康复情况及遇到的困难进行合理指导,及时帮助病人调整锻炼方案。

1.3 观察指标

1.3.1 自我照顾能力 康复训练前、出院后 3 个月,采用日常生活活动能力量表(activities of daily living, ADL)、Barthel 指数(Barthel index, BI)^[8]评估病人自我照顾能力;ADL 评分分值越高、自我照顾能力越强;BI 越高、生活独立性越好。

1.3.2 社会功能 康复训练前、出院后 3 个月,采用个体与社会功能量表(personal and social performance, PSP)、社会适应量表(social adjustment scale, SAFE)^[9]评估病人的社会功能。PSP 分值越高,社会功能及人际交往能力越强;SAFE 得分越高,社会适应能力越差。

1.3.3 生活质量 康复训练前、出院后 3 个月,采用健康调查简表(the MOS item short from health survey, SF-36)^[10]评估病人的生活质量。SF-36 包括:生理职能;生理功能;肌肉疼痛;总体健康;活力;社会功能;情感功能;心理健康等维度。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 15.0 软件分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,用 t 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 自我照顾能力 康复前,两组 ADL 评分、BI 无统计学差异($P > 0.05$);出院后 3 个月,两组 ADL 评分、BI 均明显高于康复前($P < 0.05$),而且观察组明显高于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 社会功能 康复前,两组 PSP、SAFE 评分无明显差异($P > 0.05$);出院后 3 个月,两组 PSP 评分明显高于康复前($P < 0.05$),SAFE 评分明显低于康复前($P <$

表 1 两组护理干预前后自我照顾能力评分比较

组别	ADL 评分		BI	
	康复前	出院后 3 个月	康复前	出院后 3 个月
观察组	37.28±4.09	81.09±8.34 ^{*#}	41.29±4.13	89.63±9.12 ^{*#}
对照组	38.17±4.23	67.53±7.19 [*]	41.07±4.52	76.54±8.26 [*]

注:与康复前相应值比,* $P < 0.05$;与对照组相应值比,# $P < 0.05$;ADL:日常生活活动能力量表;BI:Barthel 指数

表 2 两组护理干预前后社会功能评分比较

组别	PSP 评分		SAFE 评分	
	康复前	出院后 3 个月	康复前	出院后 3 个月
观察组	45.38±4.92	79.16±8.55 ^{*#}	34.38±4.01	11.16±1.85 ^{*#}
对照组	45.17±4.76	63.55±7.09 [*]	35.27±3.96	20.54±2.87 [*]

注:与康复前相应值比,* $P < 0.05$;与对照组相应值比,# $P < 0.05$;PSP:个体与社会功能量表;SAFE:社会适应量表

表 3 两组护理干预前生活质量评分比较

组别	评估时间	生理功能	生理职能	肌肉疼痛	总体健康	活力	社会功能	情感功能	心理健康
观察组	干预前	65.28±7.02	60.12±6.57	45.37±5.09	50.29±5.87	56.27±6.09	57.96±6.04	61.27±6.58	50.26±5.47
	干预后	78.39±8.12 ^{*#}	81.23±8.98 ^{*#}	65.27±7.09 ^{*#}	71.24±8.53 ^{*#}	73.27±8.51 ^{*#}	68.24±7.53 ^{*#}	75.46±8.13 ^{*#}	65.21±7.09 ^{*#}
对照组	干预前	66.16±6.98	60.53±7.12	45.72±4.89	51.18±5.49	55.83±6.12	57.58±5.64	60.55±6.23	50.18±6.53
	干预后	70.66±7.54 [*]	72.15±8.43 [*]	53.66±5.98 [*]	60.32±6.58 [*]	63.54±6.98 [*]	59.15±6.21 [*]	64.72±7.04 [*]	58.32±6.27 [*]

注:与康复前相应值比,* $P < 0.05$;与对照组相应值比,# $P < 0.05$

0.05), 观察组 PSP 评分明显高于对照组 ($P<0.05$), SAFE 评分明显低于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

2.3 生活质量 康复前, 两组 SF-36 各个维度评分均无统计学差异 ($P>0.05$); 出院后 3 个月, 两组 SF-36 各个维度评分均较康复前明显增高 ($P<0.05$), 观察组明显高于对照组 ($P<0.05$), 见表 3。

3 讨论

脑卒中后遗留的语言及肢体等功能障碍, 早期康复锻炼可最大程度优化病人病情。协同护理综合干预在常规责任护理的同时充分尊重病人的主观能动性, 鼓励病人及家属参与护理决策的制定, 强调机体协同护理对病人整体功能提升的作用, 有助于提高护理质量^[11]。

传统护理将护理人员置于护理干预的中心位置, 忽视了病人及家属的主观能动性。协同护理综合干预重视家属照顾着对病人病情的主导作用, 首先将病人及家属均纳入护理干预体系, 与神经内科医师及康复训练师一同制定康复训练计划, 使病人从被动参与变为主动参与、提高训练依从性^[12]。本文结果显示, 出院后 3 个月, 观察组病人 ADL 评分、BI 均明显高于对照组, 说明协同护理综合干预可有效提升病人的自我照顾能力, 为院外生活质量的提升奠定基础。

脑卒中康复期病人存在不同程度的社会功能下降甚至丧失^[13]。康复训练在逐步恢复肢体功能法同时, 也是病人心理状态优化、自信心提升的过程, 良好的康复训练效果可以促进病人社会功能的恢复。本文结果发现, 与对照组相比, 观察组出院后 3 个月 PSP 评分明显增高, SAFE 评分明显降低。说明协同护理综合干预下的积极康复训练可以有效提升病人的社会功能。自我照顾能力及社会功能均是病人院外生活质量的重要组成部分。本文结果发现, 与对照组相比, 观察组出院后 3 个月 SF-36 各个维度评分均明显增高, 说明协同护理综合干预可以显著提升病人的整体生活质量。

总之, 协同护理综合干预有助于提升脑卒中恢复期病人的自我照顾能力, 在增强病人社会功能、提高生活质量方面也有积极作用。

【参考文献】

[1] 商 敏, 王玉凤, 杨凤梅, 等. 系统康复治疗对脑卒中恢复期病人认知功能、运动功能及生活质量的影响[J]. 中国

老年学杂志, 2014, 34(23): 6551-6554.

[2] Ellis MD, Lan Y, Yao J, *et al.* Robotic quantification of upper extremity loss of independent joint control or flexion synergy in individuals with hemiparetic stroke: a review of paradigms addressing the effects of shoulder abduction loading [J]. *J Neuroeng Rehabil*, 2016, 13(1): 95.

[3] 陈梅花, 蓝琼好, 李敏红, 等. 协同护理在脑卒中偏瘫病人早期强化步行基本功训练的效果观察[J]. *中国康复医学杂志*, 2014, 29(4): 364-367.

[4] 顾冬梅, 任燕, 单 君, 等. 协同护理模式在脑卒中偏瘫患者康复锻炼中的应用[J]. *江苏医药*, 2014, 40(15): 1835-1838.

[5] Dickson RL, Sumathipala D, Reeves J. Stop Stroke® Acute Care Coordination Medical Application: a brief report on postimplementation performance at a primary stroke center [J]. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2016, 25(5): 1275-1279.

[6] Gera G, McGlade KE, Reisman DS, *et al.* Trunk muscle coordination during upward and downward reaching in stroke survivors [J]. *Motor Control*, 2016, 20(1): 50-69.

[7] Cabanas-Valdés R, Urrútia G, Bagur-Calafat C, *et al.* validation of the spanish version of the trunk impairment scale version 2.0 (TIS 2.0) to assess dynamic sitting balance and coordination in post-stroke adult patients [J]. *Top Stroke Rehabil*, 2016, 23(4): 225-232.

[8] 汪 麟, 李继杨, 孙连庆. 基于中医养生理论的辨证施护对缺血性脑卒中恢复期病人的影响[J]. *中华护理杂志*, 2016, 51(2): 181-184.

[9] Thampy A, Pais CC. Early clinical implications of microalbuminuria in patients with acute ischaemic stroke [J]. *J Clin Diagn Res*, 2016, 10(9): OC29-OC31.

[10] Kim JY, Park J, Chang JY, *et al.* Inflammation after ischemic stroke: the role of leukocytes and glial cells [J]. *Exp Neurobiol*, 2016, 25(5): 241-251.

[11] 丁小敏, 邢凤梅, 杨 坤, 等. 早期康复护理改善脑卒中患者运动功能和日常生活能力的研究[J]. *中国慢性病预防与控制*, 2011, 19(6): 563-567.

[12] Aslani Z, Alimohammadi N, Taleghani F, *et al.* Nurses' empowerment in self-care education to stroke patients: an action research study [J]. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 2016, 4(4): 329-338.

[13] 陈 娟, 申文武, 邓 红, 等. 精神分裂症社区康复病人症状严重程度与社会功能关系的随访研究[J]. *四川大学学报(医学版)*, 2014, 45(4): 702-705.