

- 度的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(z2): 119.
- [4] Pillay T, Nightingale P, Owen S, et al. Neonatal nurse staffing and delivery of clinical care in the SSBC Newborn Network[J]. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2012, 97(3): F174-F178.
- [5] 李云婷. 鸟巢式护理对早产儿胃肠功能的影响[J]. 海南医学院学报, 2012, 18(8): 1120-1122.
- [6] 贺桢臻. 鸟巢式护理极低出生体重儿的应用效果研究[J]. 中外医疗, 2013, 32(9): 146.
- [7] 李桂花, 余勇妙, 梁建红, 等. 鸟巢式护理结合非营养性吸吮对低出生体质量儿生长发育的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(10): 1124-1126.
- [8] 秦学玲, 张俊红, 王洁. 产科病房早产儿应用“鸟巢式”护理的效果观察[J]. 全科护理, 2011, 9(2): 112-113.
- [9] 陶桂霞, 李志燕, 谭晓清. 鸟巢式护理对新生儿血氧饱和度和疼痛的影响[J]. 国际护理学杂志, 2013, 32(5): 988-990.
- [10] 薛菁. 鸟巢式护理在早产儿中的应用[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(22): 44-45.
- [11] 赵艳红. 早产儿使用水囊鸟巢护理模式 30 例护理体会[J]. 河北医学, 2012, 18(8): 1160-1161.

(收稿日期: 2013-08-12 修回日期: 2013-10-14)

早期康复护理干预对脑卒中偏瘫患者肢体功能 生活能力和负性情绪的影响

陈 晨(解放军总医院神经内科, 北京 100853)

【摘要】 目的 探讨早期康复护理干预对脑卒中偏瘫患者肢体功能、生活能力和负性情绪的影响。**方法** 对解放军总医院神经内科住院治疗的 72 例脑卒中偏瘫患者临床资料进行回顾性分析, 根据不同护理方法将其分为观察组和对照组, 对照组 36 例患者采用常规院内护理方式, 观察组 36 例患者采用早期康复护理干预措施。对两组护理 3、6 个月后患者的肢体功能、生活能力以及负性情绪等情况进行对比分析。**结果** 观察组护理 3、6 个月后肢体功能得分显著高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组护理 3、6 个月后生活情况评分显著优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 护理后观察组 SDS 评和 SAS 评分显著低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 早期康复护理干预措施能明显提高脑卒中偏瘫患者的肢体运动能力, 显著改善患者生活能力, 减少患者负性情绪, 值得临床推广使用。

【关键词】 早期康复护理; 脑卒中; 偏瘫; 肢体功能; 生活能力; 负性情绪

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.05.057 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)05-0702-03

脑卒中是一种突然起病的脑血液循环障碍性疾病, 又称为脑血管意外, 是指脑血管疾病患者因各种诱发因素引起的患者脑内动脉狭窄、闭塞或破裂, 进而造成急性脑血液循环障碍。脑卒中中具有致残率高、病死率高、复发性高的特点, 故临床中应采取积极有效的方式对其进行防治^[1-2]。本院采用早期护理方式对脑卒中偏瘫患者进行干预, 获得满意的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 2 月至 2012 年 10 月本院住院治疗的 72 例脑卒中偏瘫患者为研究对象, 其中男 50 例, 女 22 例; 年龄 51~73 岁, 平均(61.3±9.5)岁; 所有入选患者在入院时行颅脑 CT 及核磁共振影像学检查示第一次发病, 在治疗前患者均伴有不同程度的肢体活动障碍, 肌力分类: 1 级肌力患者 40 例, 2 级肌力患者 32 例。患者生命指征平稳, 排除伴有智力障碍的患者。将患者按照护理方式的不同分为观察组和对照组各 36 例, 其中观察组男 26 例, 女 10 例, 年龄 51~69 岁, 平均(62.1±5.1)岁, 1 级肌力患者 19 例, 2 级肌力患者 17 例; 对照组男 24 例, 女 12 例, 年龄 54~73 岁, 平均年龄(61.2±6.3)岁, 1 级肌力患者 21 例, 2 级肌力患者 15 例。两组患者在性别比、年龄、平均年龄以及肌力情况等一般资料方面比较, 差异无统计学意义($P < 0.05$), 组间具有可比性。

1.2 方法 两组患者均服用常规药物治疗, 对照组采用常规院内护理方式, 观察组采用早期康复护理干预措施。主要护理内容: 肢体功能锻炼护理、日常生活能力(ADL)护理、语言训练护理、心理护理和其他方面。

1.2.1 肢体功能锻炼护理 包括床上护理、床下护理。床上护理主要指导患者在床上正确翻身、翻身频率的掌握、床上移动、坐起及坐位平衡训练等, 主要目的是正确指导患者从卧位逐步转为坐位。同时保证在进行护理工作时动作及语言尽量和缓, 切忌动作粗暴, 同时避免过力牵拉或拖拉患者, 以免造成关节或软组织损伤。在此过程中, 应告知患者动作要缓慢, 防止因为体位性低血压而发生休克。床下护理主要是指指导患者完成下床站立, 下床后主要指导患者进行站立平衡、步行训练及手杖使用等。在患者首次下床进行站立活动时, 应告知患者家属在日后站立过程中应有专人陪护, 防治跌倒引起再损伤。

1.2.2 ADL 训练护理 主要是训练患者移动能力, 指导患者利用已有功能逐步引导、恢复遗失功能, 还应教会患者利用各种现代工具来辅助和更好地完成各个动作, 尽量使其学会翻身、起床、自我移动到轮椅、入厕等生活内容。对于各种精细活动, 在平时通过搭积木、抓木钉、拨算盘、拧毛巾、洗脸、刷牙等动作训练逐步进行恢复, 此恢复时间较长, 故还应提升患者以及家属的信心, 不断鼓励患者以及家属。

1.2.3 语言训练护理工作 患者语言障碍主要表现为失语、语言辨别障碍。因日后严重影响患者日常生活能力, 故对语言障碍康复训练十分必要。对失语患者, 护理初期先用喉部发“啊”音, 也可以让他用嘴吹火柴诱导发音, 因唇音最易恢复。对于能发音的患者, 先随训练者念字和词汇, 后独立练习, 由易而难, 由短而长。还可以给患者一面镜子, 让他看别人的口型, 对着镜子随时矫正。当患者读音基本独立时, 让患者听常用词句前半, 让他说出后半句。在教患者说话过程中, 对患者要热

情、细心、耐心,要不断鼓励患者,帮助患者克服困难,最大限度地恢复说话功能。

1.2.4 心理护理 在得病初期,患者或多或少会出现心烦、焦虑、急躁、易怒等负面情绪,故应对患者开展心理护理工作,使患者增强信心,同时针对不同学历及文化程度的患者,开展个性化护理工作,同时还应与家属达成一致,使患者家属和患者树立战胜疾病的信心。

1.2.5 其他相应护理 主要包括患肢按摩,在初次按摩时力量应轻柔、和缓、有节律性,在对患者进行护理工作时,应随时询问患者的感觉,以中等或轻度刺激即可,同时对于肌张力较高的患者,首先应使患者充分放松,可采用安抚性手法进行按摩;对于肌力偏低的患者,配合使用拿、捏、揉、推等手法,同时结合穴位点按来加强刺激。

1.3 评分标准 采用 Fugl-Meyer 评分量表表中相关评价标准对护理前患者肢体功能进行再评分,同时在护理工作开展 3、6 个月后对患者进行评分,评分满分为 14 分,对两组患者评分进行对比分析;采用 Barthel 指数评定对患者 ADL 进行再评分,正常总分 100 分,60 分以上者为良,生活基本自理; $>40\sim60$ 分者为中度功能障碍,生活需要帮助; $>20\sim40$ 分者为重度功能障碍,生活依赖明显; ≤ 20 分者为完全残疾,生活完全依赖。采用抑郁自评量表(SDS)和焦虑自评量表(SAS)对患者进行负性情绪评定,其中 SAS 标准分的分界值为 50 分,其中 $>50\sim59$ 分为轻度焦虑,60~69 分为中度焦虑, ≥ 70 分为重度焦虑;SDS 评分为: <53 为正常;53~62 为轻度抑郁;63~72 为中度抑郁; ≥ 73 分为重度抑郁。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 17.0 统计软件对数据进行处理,其中计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,并采用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者肢体功能比较 护理前两组患者肢体功能平均得分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。两组护理 3、6 个月后的肢体功能评分显著高于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组护理 3、6 个月后得分分别为(9.17 $\pm$ 2.68)分和(12.35 $\pm$ 3.52)分,显著高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),详见表 1。

表 1 护理前后两组肢体功能评情况分比较($\bar{x}\pm s$)				
组别	<i>n</i>	护理前	3 个月	6 个月
观察组	36	3.15 $\pm$ 0.75	9.17 $\pm$ 2.68 ^{ab}	12.35 $\pm$ 3.52 ^{ab}
对照组	36	3.21 $\pm$ 0.81	5.91 $\pm$ 1.83 ^b	10.01 $\pm$ 2.71 ^b

注:与对照组比较,^a $P<0.05$;与同组护理前比较,^b $P<0.05$ 。

2.2 两组生活能力比较情况 两组在护理后 Barthel 指数评定较治疗前均明显改善,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者护理 3、6 个月后的评分分别为(51.7 $\pm$ 10.6)和(62.5 $\pm$ 11.2),显著优于对照组评分,差异有统计学意义($P<0.05$),详见表 2。

表 2 护理前后两组生活能力比较($\bar{x}\pm s$)				
组别	<i>n</i>	护理前	3 个月	6 个月
观察组	36	25.1 $\pm$ 5.1	51.7 $\pm$ 10.6 ^{ab}	62.5 $\pm$ 11.2 ^{ab}
对照组	36	24.2 $\pm$ 4.9	40.9 $\pm$ 9.3 ^b	49.1 $\pm$ 10.3 ^b

注:与对照组比较,^a $P<0.05$;与同组护理前比较,^b $P<0.05$ 。

2.3 两组负性情绪护理前后比较 护理前两组 SDS 和 SAS

比较差异无统计学意义($P>0.05$)。护理后 SDS 和 SAS 评分均明显优于护理前,差异有统计学意义($P<0.05$);护理后观察组 SDS 评分为(51.7 $\pm$ 2.5)分、SAS 评分为(47.3 $\pm$ 1.9)分,显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),详见表 3。

表 3 护理前后两组负性情绪比较($\bar{x}\pm s$)					
组别	<i>n</i>	护理前		护理后	
		SDS	SAS	SDS	SAS
观察组	36	71.3 $\pm$ 2.5	67.3 $\pm$ 3.1	51.7 $\pm$ 2.5 ^{ab}	47.3 $\pm$ 1.9 ^{ab}
对照组	36	71.6 $\pm$ 2.8	68.1 $\pm$ 3.7	60.1 $\pm$ 1.7 ^b	58.3 $\pm$ 2.4 ^b

注:与对照组比较,^a $P<0.05$;与同组护理前比较,^b $P<0.05$ 。

3 讨 论

脑卒中是由向大脑输送血液的血管发生疾病而引起的一种急性疾病,其对大脑组织造成突发性损坏,通常发生于向大脑输送氧气和其他营养物的血管爆裂时或血管被血凝块或其他颗粒物阻塞时。若神经细胞缺乏足够氧气供给,几分钟内就会死亡,受这些神经细胞控制的身体功能也会随之失去作用,且临床中因死亡大脑细胞无法替换,故脑卒中造成的后果通常是永久性的。因脑卒中给人类健康和生命造成极大威胁,给患者带来极大痛苦,家庭及社会负担沉重。因此,充分认识脑卒中的严重性,提高脑卒中治疗与预防水平、降低脑卒中发病率、致残率和病死率是当务之急^[3-4]。

早期护理干预是指对恢复期患者尽早施行护理干预措施以帮助患者尽可能地恢复机体功能,主要目的是改肢体麻木障碍、活动障碍等症状,使机体活动达到最佳状态;并降低脑梗死的复发概率^[5-6]。脑卒中引发的肢体运动障碍患者经过正规康复训练可以明显减少或减轻瘫痪后遗症,但临床中有人把康复看得过于简单,急于求成,常常会事倍功半,且会发生关节肌肉损伤、骨折、肩部和髋部疼痛、痉挛加重、异常痉挛模式和异常步态以及足下垂、内翻等问题,即“误用综合征”^[7-8],故正确的临床早期护理工作显得尤为重要。对卒中患者进行心理治疗与护理也十分重要,在心理治疗中,帮助患者学会主动进行心理调节和自我控制,正确对待疾病,树立战胜疾病的信心,保持愉快乐观的情绪,消除恐惧和悲观,摆脱一切杂念,积极配合医生治疗,坚持有效的主动锻炼和被动锻炼^[9-10]。在本研究中,通过心理护理,观察组负性情绪的改善情况明显优于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$),说明有效的临床心理护理能明显降低患者负性情绪的发生率;同时在本研究中,施行早期护理时,只要患者病情许可,应积极鼓励患者下床活动,适当进行锻炼,日常生活尽量做到自理,并力所能及地进行一些家务、学习、娱乐及社交活动,逐渐恢复对社会的适应,这对患者心理有着积极的影响。通过护理工作的干预,观察组患者的生活功能评分明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),说明早期护理工作中的肢体锻炼护理以及生活能力的护理有利于患者症状的改善,故对于脑卒中偏瘫患者的训练宜早期开始,即在危险期过后即可进行。

综上所述,尽早施行早期康复护理干预措施对脑卒中偏瘫患者而言,不仅能明显提高患者的肢体运动能力,还可显著改善患者生活能力,同时亦可减少患者负性情绪的产生,对患者预后有良好的影响,值得在临床中进一步推广使用。

参考文献

[1] 周晓娟,侯亚红,赵岳.连续康复护理干预对脑卒中偏瘫

患者肢体功能和生活质量的影响[J]. 护理实践与研究, 2010,7(19):6-8.

[2] 陈丽,余秋群,冯灵. 早期康复护理干预对脑卒中偏瘫患者平衡功能和日常生活功能的影响[J]. 护理实践与研究, 2012,9(4):16-17.

[3] 周红艳,张少茹,卢丹丹,等. 超早期康复护理对脑卒中患者偏瘫肢体功能的影响[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(18):1674-1675.

[4] 许凤莲,叶兰芬. 早期康复护理干预对脑卒中偏瘫患者肢体功能恢复的影响[J]. 吉林医学, 2013,34(1):163-164.

[5] 万耀凤,张惠英,何爱萍,等. 持续护理干预对脑卒中偏瘫患者肢体功能和日常生活能力的影响[J]. 实用临床医

学, 2012,13(6):106-108.

[6] 王法欣,宋爱君,邱松. 康复护理干预对脑卒中偏瘫患者生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2010,16(1):27-28.

[7] 谭建兰,陈安华. 社区护理干预在脑卒中合并高血压患者中的应用[J]. 现代临床护理, 2011,10(7):54-55.

[8] 郁红. 人文护理在脑卒中偏瘫患者康复中的应用[J]. 检验医学与临床, 2011,8(16):2032-2033.

[9] 赵雪萍,薛小玲,苏翠红,等. 协同护理干预对社区脑卒中患者照顾者生活质量及照顾能力的影响[J]. 中华护理杂志, 2012,47(3):206-208.

(收稿日期:2013-08-26 修回日期:2013-10-28)

健康教育路径在口腔颌面部肿瘤患者中的应用效果

许艺莲(海南省农垦总医院颌面整形外科,海口 570311)

【摘要】 目的 分析口腔颌面部肿瘤患者健康教育路径的应用效果并对其进行评价。**方法** 选择 2011 年 1 月至 2013 年 4 月,海南省农垦总医院颌面整形外科收治的口腔颌面部肿瘤患者 56 例,随机分为观察组 28 例,对照组患者 28 例。对照组采取常规健康教育学,观察组采用健康教育路径。比较两组患者健康知识的掌握情况和对护理工作的满意度。**结果** 观察组健康知识掌握人数为 21 例,部分掌握 6 例,未掌握 1 例,掌握率为 96.43%;对照组掌握人数 11 例,部分掌握 9 例,未掌握 8 例,掌握率为 71.43%,差异有统计学意义($\chi^2=5.16, P<0.05$)。两组患者护理工作满意度情况比较,观察组患者满意人数为 20 例,基本满意 8 例,无不满意患者,满意率为 100.00%;对照组满意人数为 16 例,基本满意 9 例,不满意 3 例,满意度为 88.29%,差异有统计学意义($\chi^2=5.07, P<0.05$)。**结论** 通过健康教育路径,对患者进行有计划的健康宣教,使患者对自身疾病的认知率大幅提高,因此,健康教育路径可以改善患者的生活方式,提高患者生活质量。

【关键词】 健康教育路径; 口腔颌面部肿瘤; 效果评价
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.05.058 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)05-0704-03

健康教育路径是指对患者进行健康教育时,根据患者具体情况,依据疾病特点制订的患者住院期间或出院后需遵循的一系列生活方式指导方案^[1]。口腔颌面部肿瘤系头颈肿瘤的重要组成部分,国际抗癌联盟头颈部肿瘤正式分为七大解剖部位,即:唇、口腔、上颌窦、咽(鼻咽、口咽、喉咽)、唾液腺、喉和甲状腺,其中大部分均位于口腔颌面部。本院将健康教育路径应用到口腔颌面部肿瘤患者中,取得了良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 1 月至 2013 年 4 月本科共收治口腔颌面部肿瘤患者 56 例,随机分为观察组 28 例,对照组 28 例。观察组 28 例患者中男 18 例,女 10 例,年龄 45~81 岁,平均(67.2±2.6)岁;其中牙龈癌 16 例、舌癌 10 例、腮腺恶性肿瘤 1 例、颊部鳞状细胞癌 1 例。对照组 28 例患者中男 16 例,女 12 例,年龄 46~80 岁,平均(65.1±2.7)岁;其中牙龈癌 18 例、舌癌 6 例、腮腺恶性肿瘤 2 例、颊部鳞状细胞癌 2 例。两组患者基本情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$),组间具有可比性。

1.2 方法 对照组采取常规健康教育学,护理人员耐心、诚恳地与患者进行沟通,倾听患者症状主诉。对患者及其家属进行疾病知识宣教,解答患者的疑问,排除患者心中顾虑,减轻患者心理压力。积极鼓励和肯定改善好转的患者,坚定其积极配合治疗和康复的信心^[2]。观察组采用健康教育路径的方法进行。

1.2.1 健康教育路径的制订 根据患者的身心状况进行护理评估,制订健康教育路径内容和方法。主要包括教育内容、教育时段、教育方法、效果评价等^[3]。按照患者“入院—术前—术后—出院前”的时间制订相应的健康教育路径,并有计划地实

施。采取多种教育形式进行健康教育,使医疗知识通俗易懂^[4]。

患者入院后,当日评估患者及家属接受健康教育的需求及接受能力,介绍主管医生及护士,病区环境,相关制度,卫生宣教,评估患者心理状态,指导情绪调节方法,解答患者和家属想要了解的问题。护理人员术前应认真了解患者基本情况与心理状态,并用通俗易懂的语言与患者进行交谈,使患者对医护人员产生信赖感,建立良好的护患关系,鼓励其树立战胜疾病的信心,以积极心态配合治疗^[5]。根据患者文化程度进行宣教,向其介绍手术的优点和安全性,手术并发症和注意事项,以消除患者的心理顾虑。

患者术前完善各项常规检查,全面了解患者基本情况。并按医嘱进行围术期用药及麻醉前用药。对需气管切开的患者,术前需教会其一些简单的手语信号,以便于患者进行深入的沟通和交流^[6]。为患者提供良好的病房环境,安静、整洁的病房,轻松、愉悦的音乐,惬意、舒适的氛围都会使得患者放松心情。根据天气和气温情况适当地开窗通风,保证病房内空气清新。介绍疾病相关知识,治疗的近期、远期效果,实验室及特殊检查目的及注意事项。介绍拟实施治疗的目的、方案、疗程及间隔时间,做好心理疏导;以及清淡易消化的饮食指导。

患者手术结束返回病房后,护理人员密切观察患者生命体征。术后采用利于患者理解的语言说明病情的特点和治疗过程中的困难,还要做好家属的工作,通过家属的积极配合来确保治疗的良好依从性。同时可以鼓励患者做一些自己感兴趣的事情,转移注意力分散患者对焦虑问题的关注度。做好家属