

此在本研究中,将患者的不良情绪控制作为护理工作的重要内容,通过心理干预、放松疗法、音乐疗法等对患者的情绪进行综合干预。结果显示:两组患者经不同护理干预后,SCL-90 评分值均较护理前有所改善,组内比较差异有统计学意义( $P < 0.01$ );但观察组患者护理后 SCL-90 评分较对照组改善更为明显,提示给予综合护理干预后患者的情绪明显改善,这也有利于患者血糖的控制和良好的妊娠结局。

在本研究中,全方面地对患者的血糖进行控制,其中,健康宣教及心理干预在缓解患者负面情绪方面具有重要作用,由于患者在妊娠期的生理及心理状态均比较敏感,且患者对妊娠期糖尿病可能给自身和新生儿带来的影响比较担忧。因此,容易加重负面情绪,从而不利于血糖的控制,本研究中由统一的护理人员进行心理疏导,主要针对每例患者不同的心理问题进行干预,使患者的身心达到一种放松的状态。在此基础上,还给予放松疗法干预,主要是针对情绪紧张、焦虑的患者,放松疗法主要目的是使患者全身达到一种放松的状态,暂时忘记疾病带来的痛苦,并回忆生活中美好的事物,来增加幸福感,同时配以音乐疗法,让患者在舒缓的音乐中保持一种平和的心态。以往研究结果显示,音乐疗法可以通过刺激 5-羟色胺的释放、增加神经传递反馈系统中脑内啡肽水平而减少患者的负面情绪,使患者以最快的速度适应医院的环境,从而利于愉悦心情的培养及睡眠质量的改善<sup>[12]</sup>。整个护理过程中,均围绕患者血糖的控制水平进行,饮食指导是本研究护理方法中重要的组成部分,而两组患者在入组后均由专业的营养师为其制定食谱,以保证每日的能量供应,避免血糖过高或过低情况的出现。如果入组患者经过适当的干预后仍无法良好地控制血糖时,应该在医生的医嘱下进行胰岛素干预,并根据患者的血糖情况进行方案的调整,从而使患者的身体机能处于一种良好的水平状态,有利于改善妊娠结局及新生儿的健康水平<sup>[13]</sup>。

综上所述,给予妊娠糖尿病患者综合护理干预措施可明显改善患者的负面情绪,控制血糖水平,改善妊娠结局,值得临床推广使用。

## 参考文献

- [1] 缪燕灵,林丽萍. PDCA 循环管理在妊娠糖尿病患者优质临床探讨 •

护理体系构建中的作用[J]. 护理实践与研究, 2014, 11(7):87-88.

- [2] 肖飞娥,郑德娟,罗丽芬,等. 护理干预对妊娠糖尿病患者血糖控制及妊娠结局的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(7):787-788.
- [3] 姜静. 综合性护理干预对妊娠期糖尿病产妇产后结局的影响[J]. 中国现代医生, 2015, 53(26):134-136.
- [4] 谭海杰. 综合护理干预对妊娠期糖尿病妊娠结局的影响分析[J]. 糖尿病新世界, 2016, 5(1):190-192.
- [5] 文笑. 饮食指导对妊娠糖尿病患者血糖控制及巨大儿出生率的观察[J]. 医学信息, 2013, 14(22):482.
- [6] 李惠卿. 妊娠期糖尿病并发症的发生情况及影响因素分析[J]. 西南国防医药, 2014, 24(9):980-982.
- [7] 吴佳秋. 护理干预对妊娠期糖尿病患者母婴结局的影响研究[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(12):1845-1847.
- [8] 陈年芳,叶秀珍. 医学营养治疗对妊娠糖尿病围生期结局的影响[J]. 中国医学工程, 2016, 24(4):74-76.
- [9] 卢芷兰,高峻,程湘. 妊娠糖尿病血糖水平对孕妇及胎儿影响的研究[J]. 河北医学, 2014, 20(8):1237-1240.
- [10] 王洪梅,刘金华,陈莲花,等. 针对性系统护理对妊娠糖尿病患者妊娠结局的影响研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(11):1233-1235.
- [11] 刘玉红. 早期综合护理干预对妊娠期糖尿病患者血糖控制和妊娠结局的影响[J]. 糖尿病新世界, 2016, 7(14):3-5.
- [12] 岳红,胡雪花. 妊娠糖尿病患者围产期的中西结合护理[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(10):17-18.
- [13] 张灵秀,阿依努尔·买买提. 妊娠期糖尿病患者血糖控制对妊娠结局的影响[J]. 亚太传统医药, 2012, 10(7):163-164.

(收稿日期:2017-03-16 修回日期:2017-06-08)

# 持续质量改进护理对鼻咽癌患者放疗后自我效能及生活质量的影响

唐林娟

(海南省海口市人民医院全科医学科 570208)

**摘要:**目的 探讨持续质量改进(CQI)护理对鼻咽癌患者放疗后自我效能及生活质量的影响。方法 将 2013—2014 年在该院行放射治疗的初诊鼻咽癌患者 72 例随机分为试验组与对照组,每组各 36 例。对照组放疗期间给予常规护理,试验组在常规护理的基础上实行 CQI 护理模式,查找存在的问题,分析问题原因并制定质量改进措施,评价护理前后两组患者焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)及生活质量核心量表(EOPTC QLQ-C30)的评分情况,并统计两组患者放疗不良反应的发生率。结果 护理后试验组患者的 SAS、SDS 评分明显高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),EOPTC QLQ-C30 各项功能指标评分均明显高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),放疗后不良反应发生率较对照组明显降低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 CQI 护理模式能明显提高鼻咽癌患者放疗后的自我效能及生活质量,对患者的康复有积极的作用。

**关键词:**持续质量改进; 鼻咽癌; 放疗; 自我效能; 生活质量

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.19.047 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)19-2936-04

鼻咽癌(NPC)是指原发于鼻咽黏膜被覆上皮的一种恶性肿瘤,发病率位居耳鼻咽喉科恶性肿瘤的首位<sup>[1]</sup>。由于发病部

位的解剖复杂性及对放射反应的高灵敏度,NPC 患者临床中的首选治疗方法是以放射治疗为主的综合性治疗方法<sup>[2]</sup>。随

着放射治疗技术的进步, NPC 患者的 5 年生存率不断提高, 然而, 放射治疗所带来的如龋齿、口干、黏膜溃疡、张口困难、味觉功能减退等一系列并发症, 影响患者的生活质量<sup>[3-5]</sup>, 部分患者甚至因此产生焦虑、抑郁等负面情绪, 严重影响预后效果<sup>[6]</sup>。随着传统医学模式向社会-心理-医学模式的转变, 现代医学不仅关注患者生存时间的延长, 同时应注重患者心理状况及生活质量的改善。

持续质量改进(CQI)是在全面质量管理基础上发展起来的一种注重环节质量控制的质量管理方法, 是以服务对象为中心, 围绕服务的全过程进行护理质量评估及改进, 最终目标在于提高护理质量、满足患者需求并提高工作效率<sup>[7-8]</sup>, 目前已在骨科、神经外科等临床学科中取得满意效果。但关于 CQI 护理在 NPC 放疗后患者中的应用, 罕有报道涉及。本研究对 36 例于 2013—2014 年在本院行放射治疗的部分 NPC 患者采取 CQI 护理, 对照性分析护理后患者自我效能及生活质量的改善情况, 以探讨对于 NPC 患者更为科学、有效的护理模式, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院 2013—2014 年行放射治疗的初诊 NPC 患者 72 例, 根据随机数字表法分为试验组与对照组, 每组各 36 例。纳入标准: (1) 经病理学及实验室检查确诊; (2) 无其他严重全身性或精神性疾病; (3) 之前未服用过抗焦虑或抗抑郁药物; (4) 未参与过任何形式的 NPC 健康干预。观察组男 22 例, 女 14 例, 年龄 26~62 岁, 平均(43.6±13.2)岁; 对照组男 24 例, 女 12 例, 年龄 24~65 岁, 平均(44.1±13.8)岁。患者病理类型均为鳞状细胞癌(低分化 67 例, 中分化 5 例); 临床分期: I 期 13 例, II 期 11 例, III 42 例, IV 期 6 例; 文化程度: 小学 16 例, 初中 25 例, 高中及以上 31 例。两组患者的性别、年龄等一般资料比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。所有患者均签署治疗方案及护理知情同意书, 本研究经伦理委员会审核通过。

**1.2 方法** 对照组患者放疗期间给予常规护理措施, 包括饮食管理、口腔卫生护理、心理疏导等, 试验组患者在常规护理的基础上实行 CQI 护理模式。

**1.2.1 成立 CQI 小组** 为进一步提高护理质量, 在原来专项护理质控小组的基础上, 由护士长、护理部人员及护理经验丰富、协调能力较强的注册护士共 6 人组成 CQI 小组。由护士长负责组织培训, 主要内容包括持续质量改进的概念、意义、实施步骤与注意事项等; 护理部人员负责护理质量的跟踪监控; 小组定期对放疗期间 NPC 患者的护理质量进行监督与考核, 并抽查患者满意度, 对发现的问题及时组织讨论分析, 提出持续改进措施。

**1.2.2 查找问题** 根据每日查房记录、护理检查及患者满意度统计发现存在的主要问题: (1) 患者对 NPC 的发病机制、治疗及康复期间不良反应的认知存在误区, 降低了患者的治疗及护理依从性; (2) 由于对癌症的恐惧及放疗期间不良反应的思想准备不足, 使得患者心理压力增大; 由于不愿表达内心的感受, 部分患者出现消极、焦虑、抑郁等负面情绪, 影响治疗效果及术后康复; (3) 放疗产生的一系列并发症如皮肤瘙痒、口腔黏膜溃疡、张口困难等影响患者的生活质量及康复; (4) 由于口腔黏膜溃疡及放疗引起的胃肠道反应, 导致患者出现食欲减退、身体虚弱, 仅一日三餐软食无法满足患者的营养需求。

### 1.2.3 质量改进措施

**1.2.3.1 认知护理** 根据患者的文化背景及理解能力, 采取

个体化的沟通方式, “一对一”向患者及家属讲解 NPC 的发病机制、发展与转归、放疗的意义, 以及放疗期间可能出现的并发症。纠正患者的错误认知及不良行为, 指导患者掌握正确的应对方法, 以解决放射治疗及康复期间不良反应带来的各种问题。

**1.2.3.2 心理护理** 针对患者的负面情绪及时作出护理诊断, 利用心理学知识掌握 NPC 患者的负面情绪及心理防御特征, 根据患者不同心理状况针对性地给予心理疏导, 引导患者表达内心感受, 并解释不良情绪对病情的影响, 使患者主观上接受疾病的事实, 并建立对疾病积极的认知观念和态度。对于患者放疗期间产生的不良反应, 及时了解患者的不适症状及心理状况, 给予正确疏导, 让患者感受到爱与温暖, 缓解患者的心理压力。

**1.2.3.3 皮肤护理** 为减轻放射治疗的皮肤损伤, 嘱患者着纯棉、柔软、宽松的衣服, 不可用肥皂水或酒精擦洗放射范围的皮肤, 并避免强烈日光下暴晒、强风或冷热刺激, 指导患者使用温水和软毛巾轻轻蘸洗; 对于出现皮肤瘙痒者, 禁止患者搔抓皮肤以防发生感染, 可用手轻拍瘙痒处; 对已出现感染者给予患者涂湿润烧伤膏以促进皮肤修复。

**1.2.3.4 口腔护理** 保持良好的口腔卫生可有效减少放疗引起的口腔不良反应。对患者进行口腔 pH 测试, 针对患者口腔不同酸碱度值选择合适的漱口液, 使患者口腔 pH 值维持中性, 以发挥最佳防护功能; 放疗期间指导患者饭前、饭后用淡盐水或复方氯己定溶液漱口, 使用软毛刷及含氟牙膏刷牙, 嘱患者多饮水, 每日饮水量超过 2 500 mL 以保持口腔湿润; 已出现口腔黏膜反应者, 给予西瓜霜等药物含服, 并以金因肽喷于黏膜水肿处; 对于口腔溃疡并伴有疼痛者, 及时清除黏膜表面的分泌物并给予 5% 碳酸氢钠漱口, 口服氟康唑 50 mg/d 以预防发生真菌感染, 每天以庆大霉素、地塞米松等雾化吸入 2~3 次达到消肿、止痛的作用; 针对口腔黏膜溃疡、出血严重并已经出现继发感染影响进食的患者, 给予 1% 普鲁卡因、地塞米松饭前含服以减轻疼痛, 保证进食, 并给予抗菌药物静脉滴注、营养支持治疗; 指导患者行张口训练, 张口至最大并保持 5 s 再闭合, 每天 3 次, 每次 5 min, 并练习鼓腮、微笑、舌前伸、后缩等局部运动, 指导患者自行颞颌关节按摩, 促进关节处血液循环。

**1.2.3.5 饮食护理** 耐心向患者讲解饮食营养对疾病预后的重要性, 鼓励患者多进食牛奶、水果、新鲜蔬菜等高蛋白、富含纤维、低脂肪、易消化的食物, 禁食辛辣、刺激、油炸性食物, 患者实行少食多餐制, 进食时注意细嚼慢咽以助于消化; 部分口腔反应较重的患者给予高营养的半流质饮食。

### 1.3 观察指标

**1.3.1 自我效能指标** 分别于护理前后使用焦虑自评量表(SAS)及抑郁自评量表(SDS)对患者进行计分, 二者各包括 20 个反应焦虑及抑郁主观感受的条目, 各条目根据出现的频率分为很少、有时、经常、持续 4 个等级, 分别记为 1~4 分, 其中 SAS 表中有 15 条为正向评分, 5 个为反向评分, SDS 表中有 10 个为正向评分, 10 个为反向评分, 正反向计分所得总分乘以 1.25 得到标准分<sup>[9]</sup>。

**1.3.2 生活质量指标** 分别于患者入院治疗后 2 周及完成治疗后出院前指导患者填写欧洲癌症研究机构与治疗组织针对肿瘤患者制定的生活质量核心量表(EOPIC QLQ-C30)对患者进行生活质量评定。QLQ-C30 量表包括 30 个问题, 5 个功能量表, 分别为躯体功能、角色功能、情绪功能、认知功能及社会功能, 各项指标均有 4 个答案: 否(0 分), 有一点(1 分), 经常

有(2分),是(3分),评分最高100分,分数越高则功能越好,生活质量越高<sup>[10]</sup>。

**1.3.3 不良反应** 于放射治疗结束后统计两组患者口干、皮肤反应、口腔溃疡、张口困难、消化道反应等不良反应的发生情况。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS19.0 统计学软件对数据进行处理,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料以  $[n(\%)]$  表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 两组患者护理前后 SAS、SDS 评分的比较** 护理前两组患者 SAS 及 SDS 评分比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),而护理后试验组患者 SAS、SDS 评分较对照组明显下降,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

**表 1 两组患者护理前后 SAS、SDS 评分的比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)**

| 组别  | 时间  | SAS 评分        | SDS 评分        |
|-----|-----|---------------|---------------|
| 对照组 | 护理前 | 54.06 ± 7.39  | 57.29 ± 9.72  |
|     | 护理后 | 45.12 ± 4.16  | 52.62 ± 6.13  |
| 试验组 | 护理前 | 53.69 ± 7.92  | 57.84 ± 10.03 |
|     | 护理后 | 42.52 ± 4.08* | 50.01 ± 5.86* |

注:与对照组相比,\*  $P < 0.05$

**2.2 两组患者护理前后 QLQ-C30 量表评分的比较** 两组患者入院治疗后 2 周生活质量各项功能评分比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),结束治疗出院前,试验组患者 QLQ-C30 量表中各项功能评分均明显高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

**表 2 两组患者护理前后 QLQ-C30 量表评分的比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)**

| 组别  | n  | 时间      | 躯体功能          | 角色功能          | 情绪功能          | 认知功能          | 社会功能          |
|-----|----|---------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 对照组 | 36 | 治疗后 2 周 | 57.72 ± 5.19  | 57.04 ± 5.06  | 58.20 ± 5.30  | 52.36 ± 4.50  | 62.77 ± 5.58  |
|     |    | 出院前     | 59.06 ± 5.32  | 58.12 ± 5.20  | 59.26 ± 5.46  | 50.76 ± 4.37  | 59.16 ± 5.33  |
| 试验组 | 36 | 治疗后 2 周 | 59.37 ± 5.36  | 57.91 ± 5.11  | 58.52 ± 5.31  | 51.69 ± 4.89  | 61.59 ± 5.74  |
|     |    | 出院前     | 66.29 ± 6.29* | 65.19 ± 6.07* | 70.20 ± 6.89* | 58.09 ± 5.16* | 67.32 ± 6.28* |

注:与对照组相比,\*  $P < 0.05$

**2.3 两组患者不良反应发生情况的比较** 放疗结束后试验组患者口干、皮肤反应、口腔溃疡、张口困难、消化道反应等不良反应的发生率均明显低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

**表 3 两组患者不良反应发生情况的比较 $[n(\%)]$**

| 组别  | 口干         | 皮肤反应       | 口腔溃疡       | 张口困难       | 消化道反应      |
|-----|------------|------------|------------|------------|------------|
| 对照组 | 34(94.44)  | 31(86.11)  | 32(88.89)  | 15(41.67)  | 24(66.67)  |
| 观察组 | 28(77.78)* | 22(61.11)* | 19(52.78)* | 11(30.56)* | 18(50.00)* |

注:与对照组相比,\*  $P < 0.05$

**3 讨 论**

CQI 是广泛应用于质量管理标准化、科学化的管理体系<sup>[11]</sup>,在临床护理工作中开展 CQI 不仅有助于提高工作效率、改善护理对象的生活质量,还有利于提升护理人员的专业形象<sup>[12]</sup>。近年来随着医疗技术与医学模式的不断发展,在提高生存率的同时如何更好地改善肿瘤患者的生存质量成为医学界及社会关注的问题。本研究中,对 NPC 放疗后患者采用 CQI 护理模式,针对患者的心理状况及放射治疗后常见的皮肤反应、口腔溃疡、胃肠道反应和营养不良等问题,及时讨论分析问题出现的根源所在,提出护理质量改进措施,并将改进措施作为下一步护理工作新的质量标准,降低了放疗后患者的不良反应发生率,提高了患者的生存质量。

自我效能是指人们成功地实施和完成某个行为目标或应对某种困难情境能力的信念<sup>[9]</sup>。患者自我效能的评价受到文化程度、心理及生理状况等多种因素的影响<sup>[13]</sup>。由于对疾病的恐惧及病痛的折磨,往往导致患者害怕不安、情绪低落,加上放射治疗后带来的一系列生理、心理及社会方面的变化,92.1% 的 NPC 患者有焦虑,66.6% 的患者存在抑郁的负面情绪,对生活失去信心<sup>[14]</sup>。CQI 护理模式针对以上问题,结合患

者的个体差异,对患者实行个体化心理疏导及认知行为干预。从表 1 可见,护理后试验组患者的 SAS、SDS 评分均明显低于对照组,因此,CQI 护理模式能更好地减轻患者的焦虑、抑郁情绪,增强鼻咽癌患者的自我效能感,使患者拥有积极的认知观念及人生态度。

EOPTC QLQ-C30 量表全面涵盖了肿瘤患者生活治疗的各项指标内容,经研究证实,该量表应用于不同的国家和地区均有较高的可信度及有效度<sup>[10]</sup>。本研究结果显示,对 NPC 患者采取 CQI 护理模式,放射治疗结束后患者躯体功能、角色功能、情绪功能、认知功能及社会功能五项功能指标评分均较对照组明显升高,放疗不良反应的发生率也明显减低。林婉萍等<sup>[15]</sup>曾对 345 例 NPC 患者实施护理后发现,放射治疗引起的不良反应,可以通过护理的密切配合以及积极的对症处理而达到减轻和预防作用,从而提高患者的生活质量,使治疗效果达到最佳。

NPC 患者放疗后的 CQI 护理模式较传统护理模式包含的内容更多,护理的专业要求性更高,因此需要护理人员不断学习和完善自己的护理知识,尤其是患者认知行为、心理状况及放疗后不良反应的护理反映。指导患者在主观上接受疾病的事实,对疾病的发展转归及治疗方式形成正确的认知,树立战胜疾病、战胜自我的信心,提高治疗依从性,并对放疗后出现的不良反应及时处理,提高了患者放疗后的自我效能及生活质量,也促进了医护关系的和谐发展,对患者的康复有积极的作用。

**参考文献**

[1] 孟禹易,王雪,黄栋栋,等. 沉默 TRIM27 基因对鼻咽癌 5-8F 细胞增殖、侵袭与迁移的影响[J]. 中国病理生理杂志,2017,33(1):53-59.  
 [2] 张丽萍,贾勇士,李强. 鼻咽癌患者调强放疗与常规放疗

- 的临床对比观察[J]. 中华全科医学, 2017, 15(1): 63-65.
- [3] Jamshen A, Hussain R, Iqbal H. Gemcitabine and Cisplatin followed by chemo-radiation for advanced nasopharyngeal carcinoma[J]. Asian Pac J Cancer Prev, 2014, 15(2): 899-904.
- [4] Lim AM, Corry J, Collins M, et al. A phase II study of induction carboplatin and gemcitabine followed by chemoradiotherapy for the treatment of locally advanced nasopharyngeal carcinoma [J]. Oral Oncol, 2013, 49(5): 468-474.
- [5] 明帮春, 张书芳. 紫杉醇+顺铂化疗联合调强放疗治疗鼻咽癌的临床观察[J]. 实用癌症杂志, 2017, 32(8): 1254-1259.
- [6] Zhang J, Gao W, Wang P, et al. Relationships among hope, coping style and social support for breast cancer patients[J]. Chin Med J (Eng L), 2010, 123(17): 2331-2335.
- [7] 孙宏. 持续质量改进护理管理模式应用体会[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(30): 106-107.
- [8] 潘承云. 持续质量改进在优质护理服务质量管理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2013, 19(4): 101-102.
- [9] 陈奇鸿, 骆惠玉, 陈秀梅, 等. 自我效能干预对鼻咽癌患者行胃造瘘术后心理状态的影响[J]. 天津护理, 2014, 22(5): 452-453.
- [10] 朱建军, 刘英, 赵桐, 等. EORTC QLQ-C30 量表在肝癌患者生活质量评价中的应用[J]. 河北医药, 2014, 36(24): 3740-3742.
- [11] 余梦丽, 胡华琼. CQI 在医院感染管理中应用及其效果分析[J]. 检验医学与临床, 2017, 14(10): 1519-1520.
- [12] 朱粉芳. 持续质量改进在静脉留置针规范护理中的应用[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(3): 279-281.
- [13] 卢佳美, 杨丽, 曾小芬, 等. 以自我效能理论为指导护理干预对鼻咽癌患者自我效能水平变化趋势的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(29): 3581-3583.
- [14] 刘明, 郝庆彬, 王岩, 等. 鼻咽癌放疗患者负性情绪与心理弹性及自我效能的关系[J]. 癌症进展, 2017, 15(4): 470-473.
- [15] 林婉萍, 李黎, 杨敏玲, 等. 鼻咽癌放疗患者不良反应的护理干预[J]. 实用医学杂志, 2015, 31(2): 318.

(收稿日期: 2017-01-30 修回日期: 2017-03-29)

• 临床探讨 •

## 早期康复护理用于缺血性脑卒中患者的效果

郭晓婷

(海南省农垦总医院康复科, 海口 570311)

**摘要:**目的 分析早期康复护理用于缺血性脑卒中患者的效果。方法 选取该院收治的 68 例缺血性脑卒中患者进行本次研究, 将患者按数字表法分为对照组和观察组, 每组 34 例患者。对照组患者给予常规护理; 观察组患者则在常规护理基础上给予早期康复护理。对比两组患者的治疗效果。结果 护理干预后, 观察组患者的 Fugl-Meyer 评分[(55.86±8.64)分]及日常生活活动能力 Barthel 评分[(55.86±11.35)分]明显高于对照组患者的运动功能 Fugl-Meyer 评分[(44.52±9.12)分]及 Barthel 评分[(41.56±11.24)分], 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 护理干预后, 观察组患者的日常生活评分、物质功能评分、社会功能评分及心理功能评分均明显低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组患者护理干预后并发症总发生率(2.94%)和对照组并发症总发生率(29.41%)相比明显降低, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 缺血性脑卒中患者进行早期康复护理, 有利于患者心理和机体功能的康复, 提高了患者的日常生活活动能力且并发症少, 有利于患者早日回归社会。

**关键词:** 康复护理; 缺血性脑卒中; Fugl-Meyer 评分; Barthel 评分

**DOI:** 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.19.048 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2017)19-3939-03

随着人口老龄化, 脑血管疾病缺血性脑卒中的患病人群在逐年增大, 缺血性脑卒中又称脑梗死, 属神经系统常见疾病之一。是由于局部血液循环障碍造成脑组织缺血缺氧而导致不同程度功能障碍的疾病, 临床表现主要以肢体运动障碍、偏瘫、神经功能障碍为主<sup>[1]</sup>。发病原因复杂, 受内在遗传因素和外在环境因素双重影响, 高血压和高血脂是两个主要的危险因素<sup>[2]</sup>。目前, 对于缺血性脑卒中患者的临床治疗虽然提高了患者的存活率, 但是治疗后致残率高且预后较差, 影响治疗效果。缺血性脑卒中患者的治疗过程对护理的要求较高, 而以往常规的护理方法并不能满足其要求。寻找一种新的护理方法尤为重要。为此, 特选取本院收治的 68 例缺血性脑卒中患者给予早期康复护理进行研究, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本科 2015 年 3 月至 2016 年 3 月收治的 68 例患者作为研究对象, 将患者按数字表法分为对照组和观察组, 每组 34 例。对照组中男 18 例, 女 16 例; 年龄 43~76

岁, 平均(60.51±10.45)岁; 病程 45~72 h, 平均(58.45±11.12)h; 其中初中文化 15 例, 高中文化 13 例, 高中及以上文化 6 例; 脑梗死 34 例; 观察组中男 17 例, 女 17 例; 年龄 42~78 岁, 平均(59.99±9.87)岁; 病程 48~75 h, 平均(61.49±11.34)h; 其中初中文化 14 例, 高中文化 15 例, 高中及以上 5 例; 脑梗死 34 例。本组研究通过了医学伦理委员会的批准, 两组患者均对本次治疗目的和治疗方法知情同意, 自愿参与本次研究并主动签署了知情同意书。经过统计学处理, 两组患者的年龄、性别等一般资料比较, 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** 纳入标准: (1) 患者均经临床头颅 CT 检查明确诊断为缺血性脑卒中患者且发病在 1 周内; (2) 轻微意识障碍, 能配合完成基本检查项目; (3) 神经功能损伤患者; (4) 合并糖尿病、关节炎患者; (5) 其他脏器功能严重损害者。排除标准: (1) 发病前已存在肢体及认知障碍; (2) 发病时间超过 1 周; (3) 伴有严重的并发症者; (4) 出血性脑卒中患者; (5)