

关于老年脑梗死患者康复护理方案的构建及应用

陈桂莲 唐杨洋 代琳艳 赖霞 王兴胜*

重庆市急救医疗中心 重庆市第四人民医院 重庆大学附属中心医院 重庆 400000

摘要:目的: 分析老年脑梗死(CI)患者康复护理方案的构建及应用效果。方法: 选取2023年4月-2024年4月本院86例老年CI患者开展研究, 用随机数字表法平均分为对照组43例, 行常规护理, 观察组43例, 联合康复护理, 比较两组护理效果。结果: 观察组的BI指数、FMA、SF-36、护患沟通、健康教育、服务态度和心理疏导评分均明显高于对照组, NIHSS评分明显低于对照组($P < 0.05$)。结论: 给予老年CI患者康复护理可以改善各项功能, 提升生活质量和护理质量, 具有推广价值。

关键词: 老年人; 脑梗死; 康复护理; 生活质量

在所有脑卒中中, CI占比约为69.6%-70.8%, 受多种因素影响, 干扰脑部血液循环, 供氧、供血均减少, 脑组织出现局限性异常, 或软化, 或坏死^[1]。作为最多发脑血管病, 疾病危害大, 影响心理健康, 自理能力下降, 不管对社会, 还是家庭, 负担均明显加重。老年人发生率高, 治疗困难, 即使给予规范、科学治疗, 后遗症发生率依然较高, 包括偏瘫等, 精神、运动都受到干扰。制定精细、科学护理方案, 能预防脑梗死, 调节心理状态, 改善肢体功能^[2]。常规护理的重点在于病情变化, 未充分了解疾病转归情况, 掌握其规律, 效果有限。深入探讨患者病情, 评估其需求, 构建康复护理方案, 致力于推动各项功能好转, 提升预后。本研究以老年CI患者为对象, 分析康复护理应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年4月-2024年4月本院86例老年CI患者开展研究, 用随机数字表法平均分为对照组43例, 男22例, 女21例, 年龄为60-87岁, 平均年龄(71.10±5.28)岁; 观察组43例, 男23例, 女20例, 年龄为61-88岁, 平均年龄(71.34±5.19)岁。两组一般资料($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: 符合CI诊断标准; 有完整资料; 认知能力正常; 知情同意本次研究。排除标准: 合并恶性肿瘤; 精神疾病; 沟通障碍; 血液系统疾病。

1.2 方法

对照组行常规护理, 提供生活干预, 关注患者病情, 予以健康指导, 鼓励其健康饮食, 介绍注意事项。观察组以对照组为基础, 联合康复护理:

通讯作者: 王兴胜, 通讯邮箱: shengxw73@163.com

1.2.1 心理护理

①鼓励患者表达: 积极倾诉心声, 讲解内心想法, 评估心理状况, 给予其引导, 每天1次。②分享案例: 对于住院患者, 选择康复良好案例, 为患者介绍, 加强其信心, 提高配合度。③开展同伴教育: 患者入院时, 创造病友交流机会, 对于同病房患者, 引导其相互鼓励。④出院后随访: 经治疗后, 患者病情稳定, 待其出院后, 进行电话随访, 关注病情变化, 掌握其情绪动态, 予以针对性指导, 频率为每周1次。

1.2.2 健康教育

①个体教育: 对象为患者和其照顾者, 开展健康教育, 围绕有关内容, 向其提问, 待其提出问题后, 马上解答, 制定差异化、科学指导方案, 每周10次。②集体教育: 将患者召集起来, 包括其照顾者, 开展集体健康教育, 宣扬各种知识, 包括疾病知识, 日常饮食知识, 康复知识, 用药知识等, 于住院期间进行, 每次30-40min, 共计3次。③出院后随访: 待其出院后, 进行电话随访, 引导患者健康生活, 纠正不良习性, 制定合理饮食食谱, 讲解情绪控制方法, 介绍遵医用药重要性, 后续定期随访, 患者提出疑问后, 及时解答, 协助患者翻身, 每周1次。

1.2.3 康复运动

①翻身训练: 定时翻身, 每2h翻转1次。②良肢位摆放: 结合患者病情, 选择适宜体位, 常见有三种, 一为仰卧位, 二为患/健侧卧位, 三为床上坐位, 注意一个体位不能过长, 每2h翻转1次。③上肢被动训练: 针对上肢关节, 进行被动活动, 包括腕、肘和肩关节等, 每次20-30min, 每天1次。④手部被动训练: 针对指骨间及掌指关节, 开展活动, 每次20-30min, 每天1次。⑤下肢被动训练: 对于下肢关节, 开展被动活动, 共有4个

关节,一为足部关节,二为踝关节,三为膝关节,四为髋关节,每次20-30min,每天1次。⑥主动训练:分析患者病情,了解其耐受性,逐渐提高运动幅度,保证循序渐进。依据Bobath握手法,对上肢开展康复训练,采取桥式运动,鼓励患者坐起,然后进行坐位平衡锻炼,引导患者站起,令其维持平衡,然后做步行锻炼,每次20-30min,每天1次。⑦体位转移:鼓励患者进行床上翻身,于床上采取卧位,适当移动,适当调换坐、卧位,转换立坐位,从床上转移至座椅上等,每天1次。⑧出院后随访:待其出院后,进行电话随访,引导患者持续锻炼,积极回答其问题,每周1次。

1.2.4 工作训练

①锻炼日常生活能力:围绕日常生活能力,进行锻炼,教会其自主活动,包括进食训练、洗脸训练等。②出院后随访:后续进行随访,掌握其生活状态,了解其日常生活能力,给予适当建议,同时提供指导,每周1次。

1.2.5 强化基础护理

①饮食干预:多补充维生素,多提供蛋白质,保证低盐、低脂,采取新鲜蔬果,无法进食者,可静脉输注营养,也可采用鼻饲,既能补充营养,又能加强抵抗力。计算总热量,每次以七八饱为适宜,原则为少食多餐、定量定时。尽量选择复合糖类,例如燕麦、玉米等,其富含植物纤维,能推动肠蠕动,建议选取大豆类食物,尽量不选择精制糖类,清淡饮食,合理搭配营

养。②皮肤干预:患者常伴有并发症,及时清洁床铺,保证其干燥,适当更换床位,定时拍背、翻身,讲解并发症防范技术,提醒更换体位重要性。做好病房巡视工作,重视护理细节,介绍药物知识、副反应等,培养自我技能。③稳定血压,全程监测血压,尽量防范波动。

1.2.6 评价

①针对入院患者,了解一般资料,分析患者基本情况。②干预前,评估其身心状态,评估各种功能,取得结果后做出反馈。③干预后,评估整体康复效果。

1.3 观察项目和指标

评价各项功能:采取Barthel量表^[3],对应日常生活能力,百分制;选取FMA量表^[4],对应肢体功能,百分制;采用NIHSS量表^[5],对应神经功能,0-42分。评价生活质量:经由SF-36量表^[6],共选用4个维度,百分制。评价护理质量:应用自拟调查问卷,包括护患沟通、健康教育、服务态度和心理疏导,百分制。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ($\bar{x} \pm s$)表示计量,行t检验, $P < 0.05$,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组各项功能比较

干预后观察组的BI指数和FMA评分均明显高于对照组,NIHSS评分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组各项功能比较 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	BI (分)		FMA (分)		NIHSS (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	43	45.25±4.50	73.32±5.62 ^a	45.66±3.36	74.44±5.28 ^a	26.54±1.14	7.34±1.16 ^a
对照组	43	45.31±4.49	61.45±6.52 ^a	45.71±3.30	62.74±3.46 ^a	26.61±1.10	12.32±1.22 ^a
<i>t</i>	/	0.062	9.043	0.070	12.154	0.290	19.398
<i>P</i>	/	0.951	0.000	0.945	0.000	0.773	0.000

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组生活质量比较

见表2。

对比SF-36评分,观察组均更高 ($P < 0.05$)。详

表2 两组生活质量比较 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	思维/记忆 (分)		躯体功能 (分)		社会功能 (分)		日常生活能力 (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	43	62.36±4.85	82.62±5.43 ^a	61.31±5.17	84.13±4.35 ^a	62.13±3.58	84.57±3.95 ^a	61.36±3.55	84.16±4.35 ^a
对照组	43	62.42±4.79	71.25±4.19 ^a	61.42±5.10	73.08±4.22 ^a	62.42±3.51	76.40±3.60 ^a	61.42±3.50	74.26±4.49 ^a
<i>t</i>	/	0.058	10.871	0.099	11.956	0.379	10.024	0.079	10.384
<i>P</i>	/	0.954	0.000	0.921	0.000	0.705	0.000	0.937	0.000

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组护理质量比较

观察组的护患沟通、健康教育、服务态度和心里

疏导评分均明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表3。

表3 两组护理质量比较[n(x±s)]

组别	例数	护患沟通(分)	健康教育(分)	服务态度(分)	心理疏导(分)
观察组	43	93.78±3.13	94.32±3.12	95.34±3.23	94.17±3.18
对照组	43	85.54±3.26	85.32±3.74	87.26±3.22	83.26±3.44
t	/	11.956	12.117	11.617	15.271
P	/	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

受脑梗死影响, 患者心理、肢体功能等会出现障碍^[7]。老年人常见, 容易致残, 如未及时治疗, 可能危及生命, 并发症多, 例如偏瘫、营养不良等^[8]。常规护理未深入关注患者精神状态, 常忽略康复训练, 效果不理想。经由康复护理, 可以调节预后, 加快康复进程^[9]。

本研究经由五个方面, 构建康复护理计划, 给予患者鼓励, 引导患者积极表达, 进行案例分享, 开展同伴教育等; 介绍疾病知识, 或给予个体化指导, 或开展集体教育; 适当运动, 定时翻身, 采取舒适、适宜体位, 先被动训练, 然后主动训练; 锻炼工作能力、日常活动能力等; 开展全程评价, 了解患者资料, 评估康复效果。通过康复护理, 能减少梗死灶体积, 可令附近组织尽快修复, 调节运动功能, 可锻炼神经功能, 刺激神经元, 能加强患者认知, 通过日常生活锻炼, 可提升自理能力^[10]。关注患者心理, 提供心理疏导, 可纠正错误认知, 能加强信任感, 缩短心理距离, 增加配合度^[11]。研究结果显示和对照组比, 观察组的BI指数和FMA评分均更高, NIHSS评分更低 ($P < 0.05$), 表明康复护理可提升日常技能和运动功能, 改善神经功能。观察组的SF-36评分更高 ($P < 0.05$), 代表康复护理能提高生活质量。观察组的护患沟通、健康教育、服务态度和心理疏导评分均更高 ($P < 0.05$), 表示应用康复护理后, 整体护理质量显著提升。说明应用康复护理可以减轻老年CI病情, 取得良好预后, 能锻炼各项功能。

综上所述, 给予老年CI患者康复护理可以改善各项功能, 提升生活质量和护理质量, 具有推广价值。

参考文献

[1]张宇瑾,刘萌萌.个体化抗肢体痉挛三步康复护理对

老年脑梗死偏瘫患者运动功能的影响[J].西藏医药,2024,45(2):104-106.

[2]王庆.以患者需求为导向的康复护理对急性脑梗死老年患者神经功能及日常生活能力的影响[J].医疗装备,2023,36(9):151-153.

[3]李飞飞.延续性护理在老年脑梗死偏瘫患者中的应用[J].山东医学高等专科学校学报,2023,45(6):447-448.

[4]宋庆,刘凯丽.早期康复护理干预在老年脑梗死吞咽障碍患者中的康复效果研究[J].中国医学文摘(耳鼻咽喉科学),2023,38(6):202-204+184.

[5]白妮妮,韩梅.阶段目标性护理在老年脑梗死偏瘫患者中的应用效果及对STEF、FMA评分的影响[J].临床医学研究与实践,2023,8(18):179-182.

[6]李静敏,孙静,赵源.老年脑梗死吞咽障碍患者早期康复护理干预的效果观察[J].中国医学文摘(耳鼻咽喉科学),2023,38(5):162-165.

[7]段芳香,刘淑琳.早期康复护理对老年脑梗死患者的疗效评价[J].微量元素与健康研究,2023,40(5):85-86.

[8]许兰香.患者需求的康复护理对老年急性脑梗死伴高血压患者神经功能及ADL评分的价值[J].心血管病防治知识,2023,13(25):64-66+70.

[9]田雪萍,张芳萍.早期情志护理对老年脑梗死患者负性情绪与依从性的影响[J].贵州医药,2023,47(7):1159-1160.

[10]林文婷.优质护理在老年脑梗死护理中的临床护理效果[J].中华养生保健,2023,41(13):157-160.

[11]郑惠兰,林娟萍,陈燕铃,谢素香.分级康复护理对老年脑梗死患者上肢功能、运动功能及神经功能的影响[J].中外医学研究,2023,21(18):88-92.