

临床护理路径对脑卒中后抑郁症患者疗效的影响

王 敏¹ 董 英¹ 郑翠萍¹ 孙永霞¹

摘要 目的: 探讨运用护理路径对脑卒中后抑郁症患者早期实施康复护理的效果。**方法:** 依据汉密尔顿抑郁量表(HAMD)作为抑郁情绪的评定工具, 最终筛选抽取 100 例脑卒中后抑郁症患者, 随机分为康复组和对照组各 50 例, 康复组制订护理路径实施方案, 执行各项康复护理程序, 出院患者在病程 12 个月内进行随访指导。**结果:** 两组患者在康复护理前后 HAMD 评分比较、健康教育效果达标率、护士工作满意度、平均住院天数及平均住院费用等比较均存在显著差异($P<0.01$)。**结论:** 临床护理路径体现了“以人为本”, 有利于促进神经功能恢复, 提高生存质量。

关键词 临床护理路径; 脑卒中后抑郁症; 康复护理

中图分类号: R493, R743, R473 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-1242(2006)-10-0923-02

脑卒中后抑郁症(post-stroke depression, PSD)是指卒中发生后以情绪低落、兴趣减退为主的病症, 直接影响患者的生存质量和功能康复。PSD 严重影响患者的功能恢复和生活, 甚至会出现自杀、自伤等严重后果。临床护理路径(clinical-nursing pathway, CNP) 是 20 世纪 80 年代末美国开发的护理标准化工具, 是医生、护士与其他人员共同合作, 以提供最恰当的有顺序性和时间性的照护路线, 以减少康复延迟及资源的浪费, 使服务对象获得最佳的照护计划^[1]。早期开始康复护理能帮助患者尽早恢复肢体功能、降低致残率和致残程度, 减轻痛苦, 有利于提高生存质量, 促进抑郁康复。

1 一般资料

选 2003 年 6 月—2004 年 6 月我院神经内科收治的脑卒中患者, 依据汉密尔顿抑郁量表(Hamilton rating scale for depression, HAMD) 作为抑郁情绪的评定工具, HAMD>8 分, 意识清楚, 无智力障碍, 能正常交流并完成抑郁量表的评定。最终筛选抽取 100 例, 全部符合第四届全国脑血管病会议通过的诊断标准, 并经头部螺旋 CT 或 MRI 检查证实; 其中脑梗死 52 例, 脑出血 48 例; 男性 53 例, 女性 47 例; 年龄 40—76 岁, 平均 55.6 ± 8.32 岁。随机分为康复组和对照组各 50 例, 两组年龄、性别及病情程度均无显著性差异($P>0.05$)(表 1)。

表 1 两组患者一般资料比较

(例)

组别	例数	性别		年龄	病变部位		病变性质		神经功能缺损程度评分
		男	女		左	右	梗死	出血	
康复组	50	25	25	54.2 ± 8.12	23	27	28	22	19.07 ± 7.48
对照组	50	28	22	55.3 ± 9.23	21	29	24	26	19.54 ± 7.12

两组比较 $P>0.05$

2 方法

2.1 诊断标准

参照第四届全国脑血管病会议通过的诊断标准和美国精神障碍的诊断统计手册第 4 版 (disease statistical manual-IV, DSM-IV) 的诊断标准, 依据汉密尔顿抑郁量表(HAMD)17 项版本。根据 HAMD 总分 <8 分为无抑郁、≥8 分为轻度抑郁、≥17 分为中度抑郁、≥24 分为重度抑郁的标准, 评定 PSD 抑郁症状的严重程度^[2-3]。

2.2 治疗及护理方法

两组患者均应用氟西汀(百优解)20mg, 每日 1 次口服, 对照组由分管护士每日指导患者 1—2 次肢体功能康复训练。康复组由心理医生、分管护士、康复训练师、医疗质量管理员等组成临床路径护理小组, 制订护理路径实施方案, 并由责任护士或当班护士按路径表进行护理, 以时间为横轴, 以入院指导、入院时诊断、检查、用药、治疗、护理、饮食指导、活动、健康教育、出院计划等理想护理手段为纵轴, 制订标准化的治疗护理流程, 已执行的用蓝笔打“√”, 未执行的用红笔打“×”, 遇到“×”标志时, 当班护士必须在护理记录中记录病情变化, 分析原因和相应的处理, 切实执行各项康复护理程序, 两组患者出院后在病程 12 个月内进行随访指导。

2.3 临床护理路径

2.3.1 人性化的心理指导及健康教育: 心理康复贯穿于康复的全过程, 患者情绪直接影响到机体的免疫系统, 当患者处于兴奋状态及良好情绪时, 神经抑制解除出现易化, 神经肌肉调节达到最佳状态^[4]。采用每日 15—30min 对患者进行健康教育, 同患者交流情感, 建立良好的护患关系, 耐心倾听患者的主诉, 详细了解和观察患者的病情、心情、家庭以及困难和愿望, 评估患者情绪低落的心理因素, 进行针对性心理疏导。认真讲解康复训练的方法、意义和效果, 使患者树立康复意识, 养成良好的行为和生活习惯。促进患者间良好情绪的交流, 让相同病症的患者交谈, 请恢复较好的患者谈在短时间内是怎样放下思想包袱, 获得治疗护理较好的效果, 让其他患者看到希望, 得到鼓励与支持, 树立“我也能康复”的信心。同时做好家属的宣教工作, 发挥社会支持系统的作用, 积极主动进行康复训练。

2.3.2 制订安全护理措施, 防止潜意识的自我伤害: 对接受百优解或多虑平等药物治疗时, 要保证患者按时按量服药, 防止有自杀倾向的患者储备药物后寻机一次性吞服, 造成不

1 山东省滨州市中心医院神经内科, 山东省滨州, 251700

作者简介: 王敏, 女, 主管护师

收稿日期: 2005-12-26

良后果,建立有效的安全防护措施,必要时取得家属配合,确保患者安全。

2.3.3 制订神经功能康复计划,主动性康复作为主要的康复手段^[9];有学者认为脑卒中的性质、部位与抑郁的发生无明显关系,而病程、肢体运动能力及ADL能力与抑郁的发生有非常显著的关系^[9]。肢体功能康复的主要方法是运动疗法,同时配合应用肌电反馈治疗、功能性电刺激、针灸及药物治疗。运动疗法要根据患者不同时期的病情进行,主要为:功能位的摆放、被动按摩、被动运动、主动运动等。在进行患肢康复训练时,同时进行健侧肢体主动运动,这不仅有助于避免健侧肢体功能退化,也可促进患肢康复^[7]。将体位护理、被动训练等康复方法纳入临床护士工作日程,使康复护理在最早期介

入,并保持连续性。耐心向患者解释肢体、关节、吞咽、语言等功能康复训练的目的和原理,并予以具体指导和协助,调动患者的主观能动性,促进恢复功能。同时,及早进行语言训练。

2.4 统计学分析

所有统计资料建立数据库,用SPSS 11.0软件包进行统计学分析。两个样本均数差别显著性用t检验,率的比较用 χ^2 检验。

3 结果

两组患者治疗后HAMD评分、健康教育效果达标率、护士工作满意度显著优于康复护理前($P<0.01$)、平均住院天数及平均住院费用等显著优于对照组($P<0.01$)。见表2—5。

表2 两组患者治疗前后HAMD评分比较

($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	康复前	康复后4周	康复后3个月	康复后6个月	康复后12个月
康复组	50	19.07±7.48	6.41±2.96	5.82±2.25	5.63±2.16	5.25±2.12
对照组	50	19.54±7.12	19.01±7.37	18.32±7.26	17.05±6.83	16.47±6.74
t值			11.21	11.62	7.891	1.23
P值			<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

表3 两组患者健康教育效果情况比较

组别	例数	掌握相关知识		情绪稳定		能自我护理		能主动康复训练	
		例	%	例	%	例	%	例	%
康复组	50	47	94.0	46	92.0	48	96.0	47	94.0
对照组	50	38	76.0	38	76.0	30	60.0	32	64.0
χ^2 值		6.35		4.761		8.881		3.56	
P值		<0.05		<0.05		<0.01		<0.01	

表4 两组患者健康教育达标率及护士工作满意度比较

组别	例数	健康教育达标率		护士工作满意度	
		例	%	例	%
康复组	50	50	100	49	8
对照组	50	35	70.0	34	68
χ^2 值		17.65		15.95	
P值		<0.01		<0.01	

表5 两组患者平均住院天数及平均住院费用比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	平均住院天数(d)	平均住院费用(元)
康复组	50	32.6±1.3	3894.7±67.5
对照组	50	41.1±2.4	4328.8±120.7
t值		22.02	22.20
P值		<0.01	<0.01

总之,对脑卒中后抑郁症患者早期进行生物、心理、社会的综合干预,有利于改善、消除及预防患者的抑郁症状,有利于促进神经功能的恢复和提高患者的生存质量,对脑卒中后抑郁症患者的治疗和康复具有积极作用。

4 讨论

临床护理路径是经过多学科专家制订的科学实用、表格化的护理路线图,CNP体现了“以人为本”,从生物、心理、社会、人文等方面为每位患者制订了最全面的个性化服务流程图。它的每日工作重点和内容随病情发展所处的不同阶段而不同且有严格的时间框架,可使护理人员有预见性的、有计划的工作,也可使患者进一步明确自己的护理目标,自觉参与到疾病护理过程中。应用临床护理路径,护理人员能够全面准确地观察病情,尽早发现病情变化,尽快采取相应的护理措施,减少患者并发症和再入院率,降低患者医疗费用,减少护理差错,提高护理质量^[8]。

文献报道神经功能缺损的严重程度与卒中后抑郁有关,重度抑郁可延迟神经功能的恢复^[9]。由此可见,心理康复也是早期康复的主要内容之一,心理康复贯穿于康复的全过程,要充分掌握患者不同时间的心理状态,挖掘心理康复的潜力,及时纠正患者的心理障碍,不失时机地实施康复护理计划,以促进患者早日康复,提高生存质量。

参考文献

- [1] 杨立群,薛继红,许俊艳. 临床路径在日本的应用[J].国外医学·护理学分册,2002,21(8):373.
- [2] 吴祖舜,高俊凤. 急性脑卒中后抑郁症附299例报告[J].脑与神经疾病杂志,1996,4:220—222.
- [3] 中华医学会全国第四届脑血管病学术会议编年会. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J].中华神经科杂志,1996,29:381—383.
- [4] 隋广兰,周美香,鞠端芬.心理康复对脑卒中后抑郁的影响[J].齐鲁护理杂志,2003,9(1):63.
- [5] 王茂斌,高谦,李广庆,等. 重症复合性损伤的康复问题[J].中国临床康复,2003,7(1):14.
- [6] 孙风环,赵明忠. 60例脑卒中患者抑郁情绪调查及相关因素分析[J].健康心理杂志,2002,10(4):312.
- [7] 刁利华. 脑病变患者康复的研究及护理进展[J].中华护理杂志,2000,35(3):3.
- [8] 张彬,蒋璐杏. 临床护理路径在小儿普外科实施的效果评价[J].护士进修杂志,2004,19(2):138—139.
- [9] 李广安,李金芳,程立新. 脑卒中后抑郁早期综合干预的随访研究[J].中国心理卫生杂志,2004,18(1):15—17.