

· 论著 ·

患者及家属联合管理模式对急性脑梗死患者神经介入术后康复的影响*

王国颖* 柏慧 高亚楠 王航 张倩

南阳市中心医院神经内科介入病区 (河南 南阳 473000)

【摘要】目的 探讨患者及家属联合管理模式对急性脑梗死患者神经介入术后康复的影响。**方法** 收集2022年1月至2023年6月在本院收治的急性脑梗死患者80例,按照入院顺序分组,即对照组、观察组,均40例,对照组接受常规护理,观察组在对照组的基础上增加患者及家属联合管理模式。分别于干预前1d、干预3个月后评估希望水平、情绪状态、自我效能感、神经功能及预后情况。**结果** 观察组希望水平各个维度评分、PANAS评分(PA)均高于对照组($P<0.05$);观察组SAS评分、SDS评分、PANAS(NA)评分、SSEQ各个维度评分及总分、NIHSS评分、mRs评分均低于对照组($P<0.05$)。**结论** 患者及家属联合管理模式对急性脑梗死患者神经介入术后康复具有积极的影响,患者希望水平更高,情绪状态更稳定,自我效能感更强,神经功能恢复更好,预后情况更为良好。

【关键词】 急性脑梗死; 神经介入; 患者及家属联合管理模式; 术后康复

【中图分类号】 R730.9

【文献标识码】 A

【基金项目】 河南省医学科技攻关计划联合共建项目 (LHGJ20191454)

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2024.5.051

Effect of Joint Management Mode of Patients and Family Members on Rehabilitation of Patients with Acute Cerebral Infarction after Neurointervention*

WANG Guo-ying*, BAI Hui, GAO Ya-nan, WANG Hang, ZHANG Qian.

Interventional Ward of Department of Neurology, Nanyang Central Hospital, Nanyang 473000, Henana Province, China

Abstract: Objective To investigate the effect of the combined management mode of patients and their families on the rehabilitation of patients with acute cerebral infarction after neurointervention. **Methods** A total of 80 patients with acute cerebral infarction admitted to our hospital from January 2022 to June 2023 were divided into two groups according to the order of admission: control group and observation group, with 40 cases in each group. The control group received routine nursing, and the observation group was added the joint management mode of patients and their families on the basis of the control group. Hope level, emotional state, self-efficacy, neurological function and prognosis were evaluated 1 day before intervention and 3 months after intervention. **Results** All dimensions of hope level score and PANAS score (PA) in observation group were higher than those in control group ($P<0.05$). SAS score, SDS score, PANAS (NA) score, SSEQ score and total score, NIHSS score and mRs Score in observation group were lower than those in control group ($P<0.05$). **Conclusion** The combined management mode of patients and their families has a positive impact on the rehabilitation of patients with acute cerebral infarction after neurointervention. The patients have higher hope level, more stable emotional state, stronger self-efficacy, better recovery of neurological function, and better prognosis.

Keywords: Acute Cerebral Infarction; Nerve Intervention; Patient and Family Joint Management Mode; Postoperative Rehabilitation

根据统计数据^[1],急性脑梗死是全球范围内导致残疾和死亡的主要原因之一。据世界卫生组织(WHO)统计^[2],每年全球约有15万人因急性脑梗死导致死亡。在中国,急性脑梗死也是造成人口死亡和残疾的主要疾病之一。根据中国卒中流行病学资料显示^[3],我国每年新发急性脑梗死约有200万例,其中近60%的患者会导致不同程度的残疾。尽管神经介入术的应用为急性脑梗死的治疗带来了巨大的突破,但患者在术后仍然面临着康复过程中众多的挑战。急性脑梗死患者常常出现行动不便、言语障碍、认知功能损害等康复问题,严重影响其日常生活和生活质量^[4]。传统的护理模式主要由医护人员负责,患者和家属的参与度较低^[5]。虽然医护人员可以提供专业的护理和指导,但缺乏患者和家属的主动参与,使得康复效果受限。在推行人性化护理观念后,研究者认为,患者和家属的共同护理方式可以从根源上激发家属的参与,是一种全新的护理管理理念,强调患者和家属共同参与护理,通过相互监督,逐渐促使脑血管、介入治疗等疾病被家属内化掌握,增加患者治疗配合度与依从性利于临床治疗、护理等措施顺利实施^[6]。本研究旨在探究患者及家属联合管理模式对急性脑梗死患者神经介入术后康复的影响,并为临床实践提供有力的依据,内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2022年1月至2023年6月在本院收治的急性脑梗死患者80例。

纳入标准:年龄在18岁以上;确诊为急性脑梗死^[7];出现神经功能缺陷;接受神经介入术治疗;患者及其家属同意参加本研究;均能使用微信。排除标准:具有认知或言语障碍;有其他影响研究结果的疾病或情况,如癫痫等。按照入院顺序分组,即对照组、观察组,均40例。对照组:男性24例,女性16例,年龄43~76岁,平均年龄(61.8 ± 4.7)岁,GCS评分(10.48 ± 1.24)分,高血压7例,糖尿病6例;观察组:男性21例,女性19例,年龄43~77岁,平均年龄(61.7 ± 4.5)岁,GCS评分(10.29 ± 0.97)分,高血压5例,糖尿病7例。两组一般资料比较, $P>0.05$ 。

1.2 护理方法 对照组接受常规护理,观察组在对照组的基础上增加患者及家属联合管理模式。对照组包括监测生命体征、给予药物治疗、康复训练、生活护理、并发症、心理护理等。

观察组:(1)家属-患者结对式干预:将患者与其直系亲属组成一个干预小组,为双方提供一个温馨、舒适、安静的宣教场所,并鼓励他们进行共同居住生活。宣教前,为患者和家属分发一份记事本和笔,并告知双方记录宣教中的重点知识。正式宣教时,注意患者和家属之间的眼神交流,一旦发现眼神迷茫或无法理解的表情,护理人员可以利用图片、视频、动画等辅助工具来

【第一作者】王国颖,女,护师,主要研究方向:神经内科,神经内科介入。E-mail: 16638716988@163.com

【通讯作者】王国颖

加深他们对知识点的理解。宣教后检查患者和家属的记事本，并要求他们互相复述所掌握的知识点，复述时间控制在10min内。护理人员全程录制视频，并打包发放给患者，以便他们随时观看，给予患者和家属鼓励和肯定，并补充知识不足之处；(2)情景化健康场景宣教：根据患者特点和需求，制定相关的剧本，包括“康复运动及功能训练”、“饮食和药物管理”、“心理健康管理”等内容。在进行演练时，与患者及家属充分沟通，并要求按剧本演练，同时护理人员会扮演相关角色，以模拟真实场景，提供更加具体的教学。演练中，引导患者和家属站在护理人员的角度进行教学和宣导，学习和实践康复运动和功能训练的方法和技巧，了解饮食和药物管理的重要性，以及如何进行心理健康管理。结束后，要求患者和家属根据真实的感受记录重点内容，并思考这个情景剧对他们的心理产生的影响和感受，护理人员进行评估和反馈，并提供必要的补充和指导；(3)微信引导式记录：为了方便患者和家属进行联合管理，使用微信作为沟通工具，将患者、家属和责任护士拉至同一个微信群内。在微信群内，要求家属监督患者每日健康行为的完成情况，并按时在群里打卡记录，逐一记录患者健康状况。建议患者在睡前30分钟浏览自身当天的完成情况。家属也需对患者的表现进行点评鼓励，要求患者在次日再接再厉。护理人员在微信群中定期以图文形式发放给朋友群，配以文字说明，尽可能体现出对患者的情感鼓励和关心，帮助患者建立对康复的自信心。图文资料根据患者具体情况撰写，以确保内容针对性和有效性。通过微信引导式记录，实时了解患者康复情况，并通过家属监督和护士的指导，确保患者按时完成康复任务和健康行为。护士定期鼓励和关心也能够增加患者的士气和积极性，促进康复进程。

1.3 观察指标 分别于干预前1d、干预3个月后进行评估。(1)希望水平：采用中文版 Herth希望量表(social desirability scale of attitudes,HH)评价患者希望水平^[8]，包含积极行动(P)亲密关系(I)、对当下与未知的态度(T)3个维度，共12个项目，采用4级评分，总分12~48分，分值越高，表明希望水平越高；(2)情绪状态：PANAS评分^[9]：评价患者情绪状态，包括PA(positive affect)和 NA(negative affect)两个分量表，各包含10个情绪描述词测项，每一个测项5个选项：“几乎没有”“比较少”“中等程度”“比较多”“极强”依次对应1、2、3、4、5分。两个分量表分别计分，总分均为 10~50分，分数越高，代表该类情绪体验

越强烈；SAS(self-rating anxiety scale)是自评式焦虑量表，用于评估被试焦虑症状的严重程度。该量表包括20个项目，每个项目有4个选项，分别表示不同程度的症状频率，总分范围为20~80分，分数越高代表焦虑症状越严重。SDS(self-rating depression scale)是自评式抑郁量表，用于评估被试抑郁症状的严重程度。该量表包括20个项目，每个项目有4个选项，分别表示不同程度的症状频率，总分范围为20~80分，分数越高代表抑郁症状越严重。(3)自我效能感：采用中文版脑卒中康复自我效能量表(stroke self-Efficacy questionnaire,SSEQ)进行评价，经汉化后包括两个维度共11个条目，分别是日常活动(条1~6)、自我管理(条目7~11)，每个条目均采用0~10 分计分，总分为110分，分数越高表明患者的自我效能越强，Cronbach'sα系数为0.969，具有较好的信度及效度^[10-11]；(4)NIHSS评分、mRs评分：NIHSS(national institutes of health stroke scale)是一种常用的中风评分工具，用于评估患者中风的严重程度。该量表包括11个项目，涵盖了视觉、语言、肢体协调等多个方面，每个项目有不同的评分标准，总分范围为0~42分，分数越高代表中风严重程度越高。mRs(modified Rankin Scale)是一种评估脑梗死康复状况的量表，共有7个等级，表示从无残疾到完全依赖他人护理之间的不同程度，评分越低代表康复效果越好。

1.4 统计学方法 采用SPSS 27.0统计软件对数据进行分析，计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示，比较用t检验；计数资料用[n(%)]表示，比较用 χ^2 检验；以P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组希望水平比较 干预前，两组希望水平各个维度评分比较差异不显著(P>0.05)，干预3个月后两组希望水平各个维度评分均较干预前上升(P<0.05)，组间比较，观察组希望水平各个维度评分均高于对照组(P<0.05)，见表1。

2.2 两组SAS评分、SDS评分、PANAS评分比较 干预前，两组SAS评分、SDS评分、PANAS评分各个维度评分比较差异不显著(P>0.05)，干预3个月后两组SAS评分、SDS评分、PANAS(NA)评分均较干预前下降(P<0.05)，PANAS评分(PA)均较干预前上升(P<0.05)，组间比较，观察组SAS评分、SDS评分、PANAS(NA)评分均低于对照组(P<0.05)，PANAS评分(PA)高于对照组(P<0.05)，见表2。

表1 两组希望水平比较(分)

组别	时间	P	I	T
对照组(n=40)	干预前	9.01±0.86	8.54±1.25	10.03±1.54
	干预3个月后	10.31±1.45	10.14±1.35	11.63±1.52
	配对t,P	4.688,<0.001	5.915,<0.001	4.677,<0.001
观察组(n=40)	干预前	8.72±1.02	8.45±1.41	10.06±1.62
	干预3个月后	12.13±1.36	12.74±1.68	12.92±1.81
	配对t,P	12.506,<0.001	12.394,<0.001	7.580,<0.001
两组比较(成组t,P)	干预前	1.375,0.173	0.302,0.763	0.085,0.933
	干预3个月后	5.790,<0.001	7.630,<0.001	3.452,<0.001

表2 两组SAS评分、SDS评分、PANAS评分比较(分)

组别	时间	SAS评分	SDS评分	PANAS评分(PA)	PANAS评分(NA)
对照组(n=40)	干预前	55.35±6.46	54.41±6.48	20.51±4.21	24.43±4.51
	干预3个月后	45.12±5.33	47.17±4.35	26.45±4.51	17.44±4.31
	配对t,P	7.565,<0.001	6.651,<0.001	7.289,<0.001	7.160,<0.001
观察组(n=40)	干预前	55.37±6.48	54.43±6.51	20.53±3.92	24.54±5.52
	干预3个月后	42.05±5.21	44.02±5.08	29.46±5.52	15.35±3.55
	配对t,P	9.203,<0.001	7.187,<0.001	9.615,<0.001	9.327,<0.001
两组比较(成组t,P)	干预前	0.014,0.989	0.014,0.989	0.022,0.983	0.098,0.923
	干预3个月后	2.605,0.011	2.979,0.004	2.671,0.009	2.367,0.020

2.3 两组SSEQ评分比较 干预前, 两组SSEQ评分各个维度评分比较差异不显著($P>0.05$), 干预3个月后两组SSEQ评分及总分均较干预前上升($P<0.05$), 组间比较, 观察组SSEQ各个维度评分及总分高于对照组($P<0.05$), 见表3。

2.4 两组NIHSS评分、mRs评分比较 干预前, 两组NIHSS评分、mRs评分比较差异不显著($P>0.05$), 干预3个月后两组NIHSS评分、mRs评分均较干预前下降($P<0.05$), 组间比较, 观察组NIHSS评分、mRs评分均低于对照组($P<0.05$), 见表4。

表3 两组SSEQ评分比较(分)

组别	时间	日常活动效能	自我管理效能	总分
对照组(n=40)	干预前	27.65±3.46	22.34±2.47	50.08±4.24
	干预3个月后	36.78±4.42	30.52±3.01	67.41±5.44
	配对t,P	10.034,<0.001	11.619,<0.001	15.040,<0.001
观察组(n=40)	干预前	27.61±3.52	22.36±2.51	50.12±4.33
	干预3个月后	46.92±4.78	39.82±3.42	85.71±5.98
	配对t,P	22.638,<0.001	25.001,<0.001	26.949,<0.001
两组比较(成组t,P)	干预前	0.051,0.959	0.036,0.971	0.042,0.967
	干预3个月后	9.851,<0.001	12.910,<0.001	14.317,<0.001

表4 两组NIHSS评分、mRs评分比较(分)

组别	时间	NIHSS评分	mRs评分
对照组(n=40)	干预前	24.32±4.31	3.32±1.14
	干预3个月后	15.23±2.41	3.18±1.35
	配对t,P	12.514,<0.001	0.453,0.653
观察组(n=40)	干预前	24.37±4.42	3.22±1.15
	干预3个月后	11.42±2.12	2.21±1.11
	配对t,P	19.122,<0.001	3.623,0.001
两组比较(成组t,P)	干预前	0.051,0.959	0.391,0.697
	干预3个月后	7.507,<0.001	3.510,0.001

3 讨 论

本研究结果显示, 观察组希望水平各个维度评分, 观察组SAS评分、SDS评分、PANAS(NA)评分低于对照组, PANAS评分(PA)均高于对照组, 说明患者及家属联合管理模式有利于提高患者希望水平, 并改善患者不良情绪。分析原因, 患者及家属联合管理模式通过建立一个温馨、舒适、安静的宣教场所, 提供了一个良好的学习环境, 可以让患者和家属感受到关爱和支持, 有助于消除紧张和恐惧感, 提高他们学习新知识的积极性^[12]; 其次采取了情景化健康场景宣教的方法, 通过与患者及家属的沟通和演练, 模拟真实场景, 提供更具体的教学, 可以让患者和家属更好地理解和应用康复知识, 增加他们对康复过程的信心; 另外, 微信引导式记录也起到了重要的作用, 通过建立微信群, 家属可以监督患者每日健康行为的完成情况, 并在群里打卡记录, 可以让患者感到被关注和重视, 增加他们对康复任务的执行动力。

本研究还发现, 观察组SSEQ各个维度评分及总分高于对照组, 说明患者及家属联合管理模式有利于提高患者自我效能。观察组家属在宣教和微信引导式记录中起到了监督和鼓励的作用, 通过花费更多的时间和精力与患者共同学习和实践, 对患者的康复行为和努力给予积极的评价和支持, 增强患者的自信心, 从而提高自我效能^[13]; 通过与患者及家属的沟通和演练, 患者有机会实际操作和练习康复技巧和方法, 护理人员能够及时给予反馈和指导, 帮助患者纠正错误和提高技能, 可以有效地增强患者的自我效能感; 另外通过情景化的宣教和使用辅助工具, 患者及家属能够更好地理解和应用康复知识, 可以提高患者对康复任务的理解和掌握, 增加他们对自我管理的信心^[14]。

本研究发现, NIHSS评分、mRs评分均低于对照组, 说明患者及家属联合管理模式可更快促进患者神经功能恢复。患者及家

属联合管理模式通过家属参与宣教和教学的方式, 可以帮助患者更好地理解康复目标、康复方法和注意事项, 增加他们对康复的积极性和主动性^[15]; 通过微信引导式记录和微信群的方式, 及时监督患者的康复行为和健康状况, 并通过责任护士的指导和鼓励, 帮助患者建立良好的康复习惯和行为, 帮助患者更好地掌握康复技巧和方法, 实现康复目标, 加快康复进程^[16]。

综上所述, 患者及家属联合管理模式对急性脑梗死患者神经介入术后康复具有积极的影响, 患者希望水平更高, 情绪状态更稳定, 自我效能感更强, 神经功能恢复更好, 预后情况更为良好。

参考文献

[1] Orellana-Urzúa S, Briones-Valdivieso C, Chicharelli S, et al. Potential role of natural antioxidants in countering reperfusion injury in acute myocardial infarction and ischemic stroke[J]. *Antioxidants* (Basel), 2023, 12 (9): 1760.

[2] 黄娟. 老年急性脑梗死患者静脉溶栓治疗的预后相关影响因素及护理策略分析[J]. *罕少疾病杂志*, 2023, 30 (12): 15-16.

[3] Tsaltz-Mladenov ME, Dimitrova VM, Georgieva DK, et al. Streptococcus agalactiae meningitis presented with cerebral infarction in adult patient - clinical case and review[J]. *Neurol India*, 2022, 70 (5): 2145-2148.

[4] Watanabe M, Abe E, Sakamoto K, et al. Analysis of a spontaneous spinal epidural hematoma mimicking cerebral infarction: a case report and review of the literatures[J]. *No Shinkei Geka*, 2020, 48 (8): 683-690.

[5] 卢琳琳, 郑旭媚, 祝安利. 院内一体化急救护理模式对急性脑梗死患者救治效果的影响[J]. *罕少疾病杂志*, 2017, 24 (2): 3-5.

[6] Kim DJ, Singh N, Catanese L, et al. Sex-based analysis of workflow and outcomes in acute ischemic stroke patients treated with alteplase versus tenecteplase[J]. *Stroke*, 2024, 55 (2): 288-295.