

早期康复护理对脑卒中后抑郁康复的影响

秦延京¹ 王海玲¹ 潘 钰¹

摘要 目的:探讨早期康复护理介入对脑卒中后抑郁康复的影响。**方法:**应用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)作为抑郁情绪的评定工具,评价 268 例脑卒中患者,将其中 168 例并发抑郁的患者随机分成康复护理组 84 例与对照组 84 例,对照组采用抗抑郁药物治疗,而康复护理组则在应用抗抑郁药物治疗的基础上进行综合康复护理,治疗前后应用 HAMD 抑郁量表、Fugl-Meyer 运动功能量表进行评价。**结果:**治疗后康复护理组 HAMD 抑郁量表评分明显低于对照组($P<0.01$);Fugl-Meyer 运动功能评分明显高于对照组($P<0.01$)。**结论:**早期康复护理能有效减轻脑卒中的抑郁情绪,同时还可促进其神经功能的康复。

关键词 脑卒中;抑郁;康复护理

中图分类号: R743.3,749.4 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-1242(2007)-06-0551-02

脑卒中后抑郁是脑卒中常见的并发症,约占发病率的 20%—79%^[1-2],长期的抑郁状态对躯体产生直接的病理作用,影响患者的运动和认知功能的恢复,导致再发脑卒中^[3],抑郁患者在治疗过程中依从性差,缺乏主动性,导致脑卒中患者肢体功能恢复差,本研究旨在探讨早期康复护理干预在减轻患者抑郁症状的同时对患者的肢体功能有何影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

所选病例为 2004 年 1 月—2007 年 1 月就诊于我院的脑卒中患者 268 例,男 189 例,女 79 例;年龄在 25—79 岁;其中脑梗死 204 例,脑出血 64 例。意识清醒、检查合作、无严重认知障碍;经应用汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression, HAMD)检测,符合 CCMD-2-R 诊断标准确诊为伴发抑郁情绪的患者^[4]共 168 例。男 127 例,女 41 例;年龄 25—79 岁。按抽签的方法将其随机分成两组:康复护理组 84 例和对照组 84 例。两组患者在年龄、性别、病种及 HAMD 评分、Fugl-Meyer 评分差异无显著性意义($P>0.05$)(见表 1)。

表 1 康复护理组与对照组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	卒中类型(例)		病程(天)
		男	女		缺血	出血	
康复护理组	84	64	20	25-79	61	23	21
对照组	84	63	21	27-78	60	24	21

1.2 方法

对照组采用抗抑郁药物氢溴酸西酞普兰片(喜普妙) 20mg, qd 治疗及常规功能训练;康复护理组则在对照组的基础上采用健康教育加心理支持的方法进行早期康复护理介入,实施切实可行的康复护理措施。措施如下:①确立良好的护患关系,耐心倾听患者的主诉,了解患者的病情、生活背景、家庭困难及愿望,评估患者情绪低落的原因,针对性的进行心理疏导。②通过具体分析耐心解释,提高患者对疾病的认识,帮助患者真正领悟到不良认知所带来的结果,消除顾虑和不必要的悲观失望,提高自信心,克服自卑感,并讲解成功的病例,增强患者战胜疾病的信心。③指导正确运用心理防御机制,提高心理免疫力;对患者的配合及时给予鼓励,对患者的康复付出给予赞赏;鼓励家人及陪护人员关心理解患

者,发挥社会支持系统作用。④促进患者之间良好的情绪交流,让相同病种的患者住在同一病室,互相鼓励和支持,树立康复信心。⑤建立有效的安全护理措施,防止潜意识的自我伤害,要保证患者按时服药,必要时家属陪护,防患于未然。⑥指导患者肢体功能训练方法,早期采取正确的良肢位摆放,被动活动,预防肌肉萎缩、关节粘连挛缩等失用并发症,对于痉挛期的患者采取抑制痉挛,抑制异常模式,促进分离运动的训练;肢体功能训练每日 2 次,每次 40min。

1.3 统计学分析

所有数据采用 SPSS12.0 统计软件进行统计学分析。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验。

2 结果与讨论

两组患者治疗前后各量表评分比较见表 2,治疗前两组 HAMD、Fugl-Meyer 评分比较差异均无显著性意义($P>0.05$);而治疗后两组 HAMD、Fugl-Meyer 评分比较差异均有显著性意义($P<0.01$)。

表 2 两组治疗前后 HAMD、Fugl-Meyer 评分比较

组别	治疗前		治疗后	
	HAMD 评分	Fugl-Meyer 评分	HAMD 评分	Fugl-Meyer 评分
康复护理组	26.6±0.7	29.3±15.8	15.3±0.7	64.1±18.2
对照组	25.4±0.8	31.5±13.6	18.3±0.6	46.6±14.2

抑郁焦虑情绪障碍是由于患者因卒中发生后住院行为方式、住院环境等因素导致的情绪障碍。与患者心理适应不良有密切关系,而非器质性因素所致,早期为患者实施康复护理措施,有利于疾病的康复,减少患者并发症和再入院率,降低患者医疗费用。

早期康复护理能够针对患者发病因素,有针对性、有目的对患者进行康复护理,抑郁使患者对未来失去信心,心理激发活动低下,不愿做康复训练,从而导致神经功能恢复缓慢,日常生活能力恢复差^[5],康复护理的特点就是 24h 的全程

1 首都医科大学宣武医院康复医学科,北京宣武区长春街 45 号,100053

作者简介:秦延京,女,主管护师

收稿日期:2007-04-17

康复,不仅从病理、生理给予康复指导,而且从心理上进行护理干预,最大限度地激发患者潜在的心理资源,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,协助患者渡过危机,以有效的方式去处理所面对的困难或挫折,提高战胜疾病的信心,有利于患者抑郁的康复,从而加强主动性康复训练,提高生存质量。

参考文献

[1] Pohjavaara T, Leppavuori A, Siira I, et al. Frequency and

elinie.determinants of post-stroke depression [J]. Stroke,1998,29: 2311—2317.

[2] 张捧玉,白炜炜,王贵玲,等. 脑卒中后抑郁的早期干预对近期康复预后的影响[J]. 中国临床康复,2002,8(6):340—341.

[3] 周维金,王玉琴,崔利华. 脑卒中康复研究进展[J]. 中国康复医学杂志,2002,17(2):124—127.

[4] 姚传芳. 情感性精神障碍 [M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998.210—213.

[5] 王刚,崔利华,郭怡,等. 脑卒中后抑郁的发生率及相关因素[J]. 中国康复医学杂志,1998,13(5):216—217.

· 康复护理 ·

康复训练配合护理对格林-巴利综合征肢体肌力及 ADL 的影响*

胡桂芳¹ 任忠夫² 张晓霞¹ 徐晓霞² 徐 扬¹

格林-巴利综合征(Guillain-Barre syndrome, GBS)又称急性感染性多发性神经炎(acute infectious polyneritis),是一种主要侵犯运动神经根及其周围神经的急性自身免疫性疾病。临床主要表现为四肢对称性瘫痪,严重者可以出现呼吸肌麻痹。积极而正确的早期康复训练及护理对患者的预后具有重要影响。现将康复护理体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院神经内科 2003—2006 年收治 GBS 患者 60 例,均符合 Asbury 的 GBS 诊断标准^[1]。采用随机数字法分为康复护理组 30 例,男 13 例,女 17 例;平均年龄 34.1±24.2 岁;住院 27.43±10.66 天。常规护理组 30 例,死亡 1 例,男 14 例,女 15 例;平均年龄 36.93±23.92 岁;住院 34.03±13.68 天。发病前 18 例有感冒病史,16 例腹泻病史。两组患者均接受相应的药物治疗、神经内科基础护理和常规护理,康复护理组增加康复护理技术内容。所有试验对象均签署知情同意书。

1.2 评定方法

治疗前后,分别采用徒手肌力检查(manual muscle test, MMT)和改良巴氏指数评分(modified Barthel index, MBI)进行肌力及日常生活能力(ability of daily living, ADL)评定,1 个月、3 个月、半年跟踪随访。两组患者一般资料比较无显著性差异($P>0.05$)。治疗前两组患者的肌力及 MBI 评分见表 1—2。

1.3 护理方法及措施

由受过专业培训的护士担任责任护士,实行 24h 负责制。主要采用 Rood 技术、中枢冲动传递训练(指导患者反复地通过主观努力,试图引起相应瘫痪肌群的主动收缩^[2]、被动运动、助力运动、抗阻运动、作业治疗、呼吸肌训练、心理护理。协助患者及家属 2 次/天。护理措施应于入院当天即开始实施。

1.3.1 急性期卧床及昏迷患者:①预防并发症的发生。②功

能位的摆放,通常功能位上肢为屈曲位,下肢为伸展位。具体位置是:肩关节屈曲 45°、外展 60°(无内外旋);肘关节屈曲 90°;前臂中立位(无旋前或旋后);腕关节背伸 30°—45°并稍内收(即稍尺侧偏);各掌指关节和指间关节稍屈曲,由示指至小指屈曲度有规律地递增,拇指在对掌的中间位(即在掌平面前方,其掌指关节半屈曲,指间关节轻微屈曲);下肢髋伸直,无内外旋,膝稍微屈曲 20°—30°,踝处于 90°中立位。可借支具或夹板作固定或支托。③正确的关节被动活动,每日 2 次以上。活动顺序由大关节到小关节循序渐进,缓慢进行。被动运动可与按摩交替或配合进行,并指导患者家属,不做错误的关节被动活动。④协助并教会患者完成体位转换。

1.3.2 肺部的康复护理:严重的呼吸肌瘫痪者需气管切开,对于亚急性期肺功能降低使患者难以咳嗽或深呼吸者,呼吸肌受到一定的损害,指导患者练习呼吸体操,内容包括:①腹式呼吸训练,根据患者情况取仰卧位或半卧位、坐位,让患者一只手放在上腹部(剑突下),感觉横膈和腹部的活动,另一只手放在胸部,感觉上胸及辅助呼吸肌的活动。经鼻腔做深呼吸,同时向上隆起腹部而使胸廓运动保持最小。呼气时腹肌和手同时下压腹腔,以进一步增加腹内压,迫使横膈肌上抬。通过缩唇缓慢呼出气体,开始 2 次/天,10—25min/次,练习时避免出现头晕、胸闷等过度通气症状,逐渐增加次数和时间,恢复自然呼吸习惯;②缩唇呼吸训练,患者闭唇经鼻吸入气体后,缩唇吹口哨样缓慢呼气,吸气时间与呼气时间为 1:2 至 1:5,呼吸频率<20 次/分。③咳嗽训练,患者在床上取坐位或半卧位,稍向前弯腰,手放在剑突下,深吸一口气。短暂屏气 1s,再用爆发力咳嗽,把痰液排出^[3]。

* 基金项目:山东省卫生厅资助项目(2005—15)

1 济宁市第一人民医院神经内科,山东济宁,272111

2 济宁医学院基础医学部

作者简介:胡桂芳,女,主管护士

收稿日期:2006—10—30