

强化社会及家庭支持对脑梗死后 抑郁病人心理状态及日常生活能力的影响

张淑珍, 蒋娟

[摘要] **目的:**探讨强化社会及家庭支持对脑梗死后抑郁病人心理状态及日常生活能力的影响。**方法:**选择 118 例脑梗死后抑郁病人为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组各 59 例,对照组实施常规护理,观察组在常规护理的基础上给予强化社会及家庭支持干预。比较 2 组心理状态、神经功能、日常生活能力、临床疗效。**结果:**观察组有效率 89.83%,高于对照组的 74.58% ($P < 0.05$);干预后,2 组病人焦虑自评量表评分、抑郁自评量表评分、神经功能缺损程度评分均明显降低 ($P < 0.01$),且观察组降低幅度大于对照组 ($P < 0.01$);2 组病人 Barthel 指数评分均明显上升 ($P < 0.01$),且观察组的上升幅度大于对照组 ($P < 0.01$)。**结论:**强化社会及家庭支持能改善脑梗死后抑郁病人不良心理状态,降低神经功能缺损,提高病人的日常生活能力。

[关键词] 脑梗死;抑郁;社会及家庭支持;神经功能缺损;日常生活能力

[中图分类号] R 743.33

[文献标志码] A

DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2018.01.036

Effect of strengthening social and family support on the psychological state and activity of daily living in patients with depression after cerebral infarction

ZHANG Shu-zhen, JIANG Juan

(Department of Internal Medicine, The Second Hospital of Weinan, Weinan Shanxi 714000, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the effects of strengthening social and family support on the psychological state and activity of daily living in patients with depression after cerebral infarction. **Methods:** A total of 118 patients with depression after cerebral infarction were randomly divided into the observation group and control group according to the random number table method (59 cases each group). The control group were implemented using routine nursing, and the observation group were implemented with strengthening social and family support intervention. The psychological state, neurological function, activity of daily living and clinical efficacy between two groups were compared. **Results:** The effective rate in observation group (89.83%) was higher than that in control group (74.58%) ($P < 0.05$). After intervention, the scores of SAS, SDS and NIHSS significantly decreased in two groups ($P < 0.01$), and the decreasing degree of which in observation group was more than that in control group ($P < 0.01$). After intervention, the score of Barthel index significantly increased in two groups ($P < 0.01$), and the increasing degree of which in observation group was more than that in control group ($P < 0.01$). **Conclusions:** Strengthening social and family support can improve the adverse psychological state, reduce the neurological deficit and enhance the activity of daily living in patients with depression after cerebral infarction.

[Key words] cerebral infarction; depression; social and family support; neurological deficit; daily living ability

脑梗死是临床最常见的脑卒中类型,发病率占全部脑卒中的 60%~80%,超早期溶栓是脑梗死治疗的重要手段^[1]。由于脑梗死后神经功能缺损,脑血管事件再发率高,病人常存在不同程度的功能障碍,高致残率影响病人的日常生活能力,使其出现不同程度的焦虑、抑郁等负性情绪,导致病人治疗及康复锻炼依从性差,直接影响治疗效果及肢体功能的恢复^[2]。强化家庭及社会支持干预可让病人得到更多的情感支持,有利于改善病人心理状态。但应

用于脑梗死后抑郁病人的文献报道较少。本研究采取随机对照研究的方法,探讨强化家庭及社会支持下的综合护理干预对脑梗死后抑郁病人心理状态及日常生活能力的影响。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 6 月至 2015 年 6 月在我科就诊的 118 例脑梗死后抑郁病人为研究对象,入选者均因急性脑梗死、脑神经功能障碍后出现不同程度的抑郁状态,抑郁自评量表(SDS)评分均 >53 分,排除语言交流障碍、肢体残疾影响康复锻炼及合并精神障碍性疾病者,报请医院伦理委员会批准,告知研究事项且病人或家属均签署知情同意

书。采用随机数字表法分为观察组和对照组各 59 例。其中观察组男 33 例,女 26 例;年龄 56~79 岁。对照组男 35 例,女 24 例;年龄 57~78 岁。2 组病人性别、年龄、Zung's 焦虑自评量表(SAS)评分、SDS 评分、神经功能缺损程度(NIHSS)评分、Barthel 指数等资料均具有可比性。

1.2 方法 所有病人均给予早期、抑制血小板聚集、抗凝等常规治疗,同时应用营养脑组织药物及对症支持治疗。

对照组进行脑梗死后常规护理。(1)基础护理:加强生命体征观察,遵医嘱及时准确给予常规药物治疗。保持病床单元整洁干燥,由于脑梗死后病人运动功能障碍,护理人员根据病情需要,为病人提供体位变化,每 2 h 一次,避免床单潮湿及局部长时间压迫等因素导致皮肤压疮发生。(2)早期协助及指导病人进行康复锻炼:未脱离危险期前,康复锻炼以床上被动活动为主。正确摆放病人肢体及关节于功能位,仰卧时在双膝下垫一软枕,将上肢交叉放于胸前;侧卧时在背后垫上枕头,两膝之间垫上软枕,维持躯体平衡。帮助病人被动按摩四肢肌肉,以维持相应的肌张力,每天 5 次,每次 10 min。用冷热毛巾交替湿敷,通过冷热交替刺激肌肉被动收缩,预防关节僵硬,每天 5 次,每次 10 min。待病人生命体征稳定后,指导病人进行主动康复锻炼。早期指导病人床上握拳、伸肘、上举、空中抓物,背伸、旋转、屈曲踝关节,下肢直腿抬高锻炼,逐步过渡到坐位平衡锻炼、下床活动及患侧下肢负重锻炼。锻炼过程中应由护士或家人陪同,防止摔倒引发次级伤害,每天 4~6 次,每次 15~30 min。

观察组在常规护理的基础上强化社会及家庭支持干预。(1)构建家庭支持系统,培养家庭亲密度与适应性:脑梗死后抑郁症发生机制尚不十分清楚,其中家庭、社会、生理等多种因素导致病人病后生理、心理平衡失调可能是其中主要原因,也就是通常所说的反应性机制学说^[3],因此家庭成员的关爱与支持对于缓解抑郁症状是有极大帮助的。采用家庭亲密度与适应性量表评估病人家属亲密度与适应性,要求病人家属做好行为角色改变,多与病人沟通与交流,尽量满足病人心理、生理上的需要,增强其在家庭中的存在感,以化解病人因家庭关爱缺失而加重抑郁程度。(2)建立伙伴式护患关系:护理人员应详细了解病人家庭经济情况、工作情况、心理状态,根据病人状态调整护患比,给予 2:1、1:1、1:2 等多种护理配置,要求护理人员与病人保持良好的沟

通关系,每天与病人沟通交流最少一次(时长不短于 30 min),重建病人战胜疾病的信心;同时加强对住院环境的改善,组织病人参加音乐、下棋等一些活动,充实病人生活;多用正性语言激励病人,增强其治疗信心;鼓励病人多和病友交流,让病人获得更多的社会支持,并用康复锻炼成功的病例激励病人树立自我康复意识。(3)团体治疗:聘请心理治疗师对病人进行团体人际心理干预治疗(每周 1 次,每次 90 min),包括引导团体成员间相互熟悉、互相倾听、相互讨论彼此的看法等,以增强病人之间的互动,排解抑郁情绪。(4)满足病人需求:尽量满足如厕、饮水方面的需求,维护病人的自尊,避免病人因“废人”思想加重抑郁情绪;鼓励病人尽量多用患手活动,锻炼患肢灵活性,使其尽早自行完成进餐、洗漱等日常基本活动,提高生活自理能力。由于脑梗死后康复锻炼是一个长期的过程,护理人员应主动和家属交流,鼓励家属多关心病人,避免抑郁情绪加重;指导家属学习正确的功能锻炼方法,督促病人完成功能锻炼计划,同时告诫家人不能全部代劳病人的日常活动,避免病人产生依赖思想,并巩固已恢复的功能。

1.3 观察指标 2 组均连续干预 3 个月,干预前、干预 3 个月后评价疗效。(1)心理状态:采用 SAS 和 SDS^[4]评估 2 组病人入院时和出院前心理状态,SAS 和 SDS 量表是反映焦虑、抑郁主观感受的经典量表,SAS < 50 分为正常,50~59 为轻度焦虑,60~69 为中度焦虑,69 分以上为重度焦虑。SDS 以 53 分为分界值,53~62 分为轻度抑郁,63~72 分为中度抑郁,72 分以上为重度抑郁。(2)神经功能缺损及日常生活活动能力:参照中华神经学会议制定的脑卒中神经功能缺损评分标准(1995 年)^[5]评定 2 组病人 NIHSS 评分。NIHSS 评分包括意识、水平凝视功能、面瘫、言语、肌力、步行能力方面,总分 0~45 分,轻度 0~15 分,中度 16~30 分,重度 31~45 分。日常生活活动能力评定用改良 Barthel 指数进行评分,内容包括进食、穿衣、个人卫生、大小便控制等 10 项内容,满分 100 分。分数越高,表示独立活动的的能力越强。(3)临床疗效:根据以下标准判断疗效,基本治愈,病人病残程度为 0 级,NIHSS 评分减少 > 91%;显著进步,病残程度为 1~3 级,NIHSS 评分减少 > 46%;进步,瘫痪肢体肌力提高 1 级以上,NIHSS 评分减少 > 18%;无效,NIHSS 评分减少 < 17%。

1.4 统计学方法 采用 *t* 检验和 χ^2 检验。

2 结果

2.1 2 组病人临床疗效比较 观察组有效率 89.83%, 高于对照组 74.58% ($P < 0.05$) (见表 1)。

表 1 2 组临床疗效比较 [n ; 百分率 (%)]

分组	n	基本痊愈	显著进步	进步	无效	总有效	χ^2	P
观察组	59	12(20.34)	32(54.24)	9(15.25)	6(10.17)	53(89.83)		
对照组	59	8(13.56)	24(40.68)	12(20.34)	15(25.42)	44(74.58)	4.69	<0.05
合计	118	20(16.95)	56(47.46)	21(17.80)	21(17.80)	97(82.20)		

2.2 2 组病人干预前后心理状态的比较 干预前, 2 组病人的 SAS、SDS 评分差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 2 组 SAS、SDS 评分均明显降低 ($P < 0.01$), 且观察组的降低幅度大于对照组 ($P < 0.01$) (见表 2)。

表 2 2 组干预前后 SAS、SDS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$; 分)

分组	n	SAS 评分		SDS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	59	56.38 ± 4.26	43.65 ± 3.81 **	59.47 ± 5.73	46.29 ± 4.62 **
对照组	59	55.90 ± 5.03	47.72 ± 4.56 **	60.02 ± 5.84	50.78 ± 5.15 **
t	—	0.56	5.26	0.52	4.99
P	—	>0.05	<0.01	>0.05	<0.01

配对 t 检验: 与干预前比较 ** $P < 0.01$

2.3 2 组病人干预前后 NIHSS 评分和 Barthel 指数比较 干预前 2 组病人 NIHSS、Barthel 指数评分差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 2 组 NIHSS 评分均明显降低 ($P < 0.01$), 且观察组降低幅度大于对照组 ($P < 0.01$); Barthel 指数评分均明显上升 ($P < 0.01$), 且观察组上升幅度大于对照组 ($P < 0.01$) (见表 3)。

表 3 2 组病人干预前后 NIHSS、Barthel 评分比较 ($\bar{x} \pm s$; 分)

分组	n	NIHSS 评分		Barthel 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	59	33.64 ± 5.28	14.72 ± 3.46 **	42.61 ± 6.52	66.23 ± 8.16 **
对照组	59	34.12 ± 5.09	19.56 ± 3.81 **	42.03 ± 6.17	60.54 ± 7.28 **
t	—	0.51	7.22	0.50	4.00
P	—	>0.05	<0.01	>0.05	<0.01

配对 t 检验: 与干预前比较 ** $P < 0.01$

3 讨论

急性脑梗死发病率高、致死率高、致残率高, 近年来开展的早期溶栓治疗极大地提高了脑梗死病人的生存率, 但偏瘫、肌力下降、活动障碍等脑梗死后

遗症仍严重影响病人的生活质量^[6]。因此脑梗死病人常伴发不同程度的负面心理, 其中抑郁是脑梗死后最常见的心理状态。抑郁不仅加重心理应激反应, 还可影响治疗及康复锻炼依从性, 甚至增加再次梗死的发生率。如何减轻脑梗死后抑郁病人的负性情绪, 减轻神经功能缺损所致的残障是临床护理工作关注的焦点。

强化社会及家庭支持干预是人性化护理的突出表现, 将病人作为一个与社会、家庭紧密联系、相互依存的整体, 让病人感受到来自医护人员、社会及家庭的关爱^[7], 同时明确自己对康复应承担的责任, 从而自觉消除消极、倦怠心理, 积极主动地参与到治疗、护理和康复锻炼中, 降低并发症, 实现治疗效果的最大化。针对脑梗死病人抑郁发生的根本原因强化社会及家庭支持, 从培养家庭亲密度与适应性、建立伙伴式护患关系、增强团体心理干预、鼓励和监督病人正确进行功能锻炼, 让病人始终接受正能量, 有助于消除及缓解病人负面情绪。本研究中, 观察组 SAS、SDS 评分均显著低于对照组, 与韩振霞等^[8]报道结果一致, 提示强化社会和家庭支持有助于缓解脑梗死后抑郁病人负性情绪。

脑梗死后中枢神经元出现不可逆的损伤, 超早期溶栓治疗可尽早恢复梗死区的血液循环, 减少血小板聚集, 有效预防再梗死的发生; 脑梗死后早期进行康复锻炼可以促进脑部侧支循环的建立^[9], 预防神经功能缺损症状进一步加重。因此, 对急性脑梗死病人行超早期溶栓治疗、早期协助及指导病人进行康复锻炼已成为临床神经内科工作者的共识^[10]。但脑梗死后抑郁病人常因焦虑、抑郁、悲观情绪不愿配合治疗及锻炼, 使肢体肌力下降等神经功能缺损带来的负面心理难以恢复, 进而影响病人的日常生活能力。经过强化社会及家庭支持干预, 病人能更主动、积极地参与到康复锻炼中, 因而能更好地缓解神经功能缺损, 提高日常活动能力, 本研究结果也支持这一观点。

脑梗死病人康复护理是一个长期和循序渐进的过程, 强化社会和家庭支持, 加强心理疏导, 能消除病人焦虑、抑郁等负面心理, 促进其自觉地完成康复锻炼计划, 有利于肌张力、关节功能、平衡能力及肢体功能的恢复; 同时在康复锻炼的过程也可以让病人思想放松, 更有利于负面心理的改善。二者形成一个良性循环, 最终提高了康复锻炼及治疗效果。本研究中, 观察组总有效率 89.83%, 高于对照组的 74.58%, 与高明春等^[11]文献报道基本一致。

总之,强化社会及家庭支持能减轻脑梗死后抑郁病人不良心理,改善神经功能,提高病人日常生活能力。但本研究样本较小,缺乏长时间的观察,强化社会及家庭支持对脑梗死后抑郁病人的影响有待今后进一步研究。

[参 考 文 献]

- [1] VAN STOTEN TT, SLGURDSSON S, VAN BUCHEM MA, *et al.* Cerebral Small Vessel Disease and Association With Higher Incidence of Depressive Symptoms in a General Elderly Population: The AGES-Reykjavik Study [J]. *Am J Psychiatry*, 2015, 172(6):570.
- [2] 邱峰. 阿司匹林联合氯吡格雷对脑梗死急性期进展的影响[J]. *中国实用神经疾病杂志*, 2014, 17(5):21.
- [3] KOZDAG G, YALUG I, INAN N, *et al.* Major depressive disorder in chronic heart failure patients: does silent cerebral infarction cause major depressive disorder in this patient population? [J]. *Turk Kardiyol Dem Ars*, 2015, 43(6):505.
- [4] ZUNG WW. Factors influencing the Self-Rating Depression Scale [J]. *Arch Gen Psychiatry*, 1967, 16(5):543.

- [5] 中华神经科学会. 脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准(1995)[J]. *中华神经科杂志*, 1996, 29(6):381.
- [6] SUH M, CHOI-KWON S, KIM JS. Sleep disturbances after cerebral infarction: role of depression and fatigue [J]. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2014, 23(7):1949.
- [7] 龚丛芬, 王静. 认知行为干预对老年脑梗死患者领悟社会支持的影响[J]. *国际护理学杂志*, 2015, 34(3):380.
- [8] 韩振霞, 时庆, 王敏, 等. 超早期康复训练与特殊护理对急性脑梗死患者心身功能恢复的影响[J]. *中国临床医生*, 2013, 41(7):43.
- [9] 王文清, 崔志新, 李艳双, 等. 减重步行训练改善老年脑梗死偏瘫患者步行能力的局部脑血流灌注显像研究[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2010, 32(10):764.
- [10] 陈晓云, 叶斌. 多维度深度护理干预对急性脑梗死合并抑郁患者预后的影响[J]. *蚌埠医学院学报*, 2015, 40(6):827.
- [11] 高明春, 曹淑琴, 孟宪俊. 尿激酶双重溶栓联合机械性碎栓治疗急性脑梗死患者的护理[J]. *中华现代护理杂志*, 2010, 16(31):3754.

(本文编辑 刘梦楠)

[文章编号] 1000-2200(2018)01-0124-03

· 护理学 ·

自制加温湿化面罩在呼吸系统疾病中的应用效果

王华东

[摘要] **目的:**探讨自制加温湿化面罩在呼吸系统疾病病人面罩吸氧中的应用效果。**方法:**收集入住呼吸科行面罩吸氧病人 50 例,随机分为对照组和观察组各 25 例,对照组采用普通气泡式氧气湿化装置连接面罩行氧疗,观察组用文丘里装置联合呼吸机湿化器连接面罩行温湿化氧疗。观察氧疗 24 h 后 2 组病人的氧疗并发症及湿化效果,血 pH 值、PaCO₂、PaO₂ 及呼吸频率。**结果:**观察组口唇干裂、口腔黏膜干燥、咽喉疼痛并发症及湿化不足均显著低于对照组($P < 0.01$)。治疗前 2 组病人的 pH、PaCO₂、PaO₂ 和呼吸频率差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后 2 组病人 PaCO₂ 和呼吸频率显著降低,PaO₂ 显著增高($P < 0.01$),且观察组 PaCO₂ 和呼吸频率低于对照组($P < 0.05$ 和 $P < 0.01$),PaO₂ 显著高于对照组($P < 0.01$)。**结论:**面罩吸氧病人进行温湿化可明显改善病人低氧血症和二氧化碳潴留,提高氧疗效果。

[关键词] 氧疗;面罩吸氧;呼吸机湿化器

[中图分类号] R 459.6

[文献标志码] A

DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2018.01.037

氧气治疗是各种原因引起的低氧血症病人常规和必不可少的治疗,有着纠正缺氧、缓解呼吸困难、保护重要脏器功能、促进疾病的重要作用^[1]。目前在临床上,常见氧疗器具有鼻导管、普通面罩、储气囊面罩、文丘里面罩、无创呼吸机和有创呼吸机。无创呼吸机和有创呼吸机都有自带呼吸机湿化器,温湿化效果较好,而鼻导管和面罩吸氧目前临床上都采用普通气泡式氧气湿化装置。普通气泡式氧气湿

化装置在氧流量 < 5 L/min 时能使医疗气体绝对湿度在 $10 \sim 20$ mg/L,氧流量 > 5 L/min 时湿化效率较低^[2]。我科常用面罩吸氧氧流量基本都 > 5 L/min,长时间使用面罩吸氧也就意味着病人长时间吸入大量的干冷气体。这将导致痰液黏稠,黏液阻塞气道,纤毛运动障碍,上皮细胞剥离,以及气管导管阻塞^[3]。故面罩吸氧温湿化实施是目前临床急需解决的问题,为此我们对面罩吸氧进行了改进,通过文丘里装置联合呼吸机湿化器对吸入气体进行温湿化后再与面罩相连接,从而进行面罩吸氧温湿化实施,使病人在面罩吸氧时得到了高流量和固定浓度的温湿化气体,取得了比较满意的效果,现作报道。

[收稿日期] 2017-04-01 [修回日期] 2017-12-21

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 呼吸重症监护病房,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 王华东(1987-),男,护师。