

论著·护理研究

临床护理路径对脑梗死患者降低自我感受负担的效果研究*

闵俊英, 涂文萍, 段海静, 杨海兰

(江西省中西医结合医院质控科, 江西 南昌 330002)

[摘要] 目的 研究临床护理路径对脑梗死患者降低自我感受负担的实施效果。方法 2023 年 1 月至 2024 年 5 月该院神经内科住院符合纳入标准的脑梗死患者 80 例分为对照组和观察组, 各 40 例。对照组实施常规护理 30 d。观察组实施临床护理路径管理的个性化护理计划 30 d。记录 2 组护理前后自我感受负担、慢性病自我效能、肌力、日常生活能力情况。结果 2 组患者护理前自我感受负担量表(SPBS)、慢性病自我效能量表、肌力分级、日常生活能力 Barthel 量表评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。护理后, 2 组患者 SPBS 评分降低, 且观察组低于对照组[(22.38±4.07)分 vs. (27.58±4.92)分], 差异有统计学意义($P < 0.001$); 护理后, 2 组慢性病自我效能量表[(7.48±0.69)分 vs. (6.76±0.78)分]、Barthel 量表评分[(70.75±11.91)分 vs. (64.75±16.28)分]均有提高, 且观察组高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 2 组肌力分级比较, 观察组明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 临床护理路径在脑梗死患者降低自我感受负担的效果明显, 并能通过降低患者自我感受负担, 改善不良情绪而树立应对疾病信心, 促进患者早康复, 提高日常生活能力。

[关键词] 脑梗死; 自我感受负担; 临床护理路径

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2025.04.027

中图法分类号: R473

文章编号: 1009-5519(2025)04-0940-04

文献标识码: A

Effect of clinical nursing pathway on reducing self-perceived burden in patients with cerebral infarction*

MIN Junying, TU Wenping, DUAN Haijing, YANG Hailan

(Department of Quality Control, Jiangxi Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital, Nanchang, Jiangxi 330002, China)

[Abstract] **Objective** To explore the implementation effect of clinical nursing pathway in reducing self-perceived burden in patients with cerebral infarction. **Methods** A total of 80 patients with cerebral infarction admitted to the neurology department from January 2023 to May 2024 were selected as the research subjects and randomly divided into the control group and the observation group, each with 40 cases. The control group received conventional nursing for 30 days. The observation group implemented individualized nursing plan based on the clinical nursing pathway for 30 days. The self-perceived burden(SPBS), self-efficacy for chronic disease, muscle strength, and daily living ability of the two groups were recorded before and after nursing. **Results** There were no significant differences in the scores of SPBS, self-efficacy for chronic disease, muscle strength grading, and Barthel index scores of daily living ability between two groups before nursing ($P > 0.05$). After nursing, the SPBS scores of both groups were decreased, and the observation group was lower than the control group[(22.38±4.07)points vs. (27.58±4.92)points], the difference was statistically significant($P < 0.001$). After nursing, self-efficacy for chronic disease [(7.48±0.69)points vs. (6.76±0.78)points] and Barthel index scores of daily living ability [(70.75±11.91)points vs. (64.75±16.28)points] in both groups were improved, and the observation group were higher than the control group, the differences were statistically significant($P < 0.05$). The muscle strength classification of the observation group was significantly better than that of the control group, and the difference was statistically significant($P < 0.05$). **Conclusion** The clinical nursing pathway has a obvious effect on reducing self-perceived burden in patients

* 基金项目: 江西省卫生健康委员会科技计划项目(202311249)。

作者简介: 闵俊英(1978—), 本科, 副主任护师, 主要从事中医病案质控及康复护理方面的研究。

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250318.1546.005\(2025-03-19\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250318.1546.005(2025-03-19))

with cerebral infarction, and can establish confidence in coping with the disease by reducing the perceived burden of patients and improving bad emotions, promote early recovery of patients and improve their daily life ability.

[Key words] Cerebral infarction; Self-perceived burden; Clinical nursing pathway

急性脑梗死是我国最常见的卒中类型,占脑卒中的 69.6%~70.8%,1 年病死率 14.4%~15.4%,致死、残疾率 33.4%~33.8%,存在高发病率、临床致残率、病死率和复发率的现状^[1-2]。有研究结果提示,自我感受负担是急性脑梗死患者出院时及出院 1 年后功能恢复不良的重要危险因素^[3]。临床调查统计超过 90% 的脑梗死患者有自我感受负担^[4]。另有研究显示,脑梗死患者早期康复锻炼是降低肺炎、偏瘫等并发症的关键因素,但事实上早期康复锻炼参与率并不高^[5-10]。本研究紧紧围绕降低患者自我感受负担这一主题制订详细地临床护理路径表和相应的个体化护理计划,使患者改善不良情绪,积极参与早期院内康复、预防并发症,以达到提高日常生活能力目标。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2023 年 1 月至 2024 年 5 月本院神经内科住院符合纳入标准的急性脑梗死患者 80 例(使用 PASS 软件进行纳入患者病例数估算),按随机数字表法分为对照组和观察组各 40 例,均治疗 30 d,其中男 46 例,女 34 例,年龄(63.88±7.91)岁。本研究经医院医学伦理学批准[批件号:科研(2022)伦审第(69)号]。纳入标准:(1)符合中华医学会神经病学分会脑血管病组撰写《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》的诊断标准;(2)意识清楚,能沟通,愿意配合干预并填写书面知情同意书;(3)首次发病伴偏瘫、肢体麻木、眩晕等常见症状;(4)同时具有其他疾病诊断但不影响第一诊断脑梗死的临床护理路径流程实施;(5)自我感受负担量表(SPBS)得分大于 20 分;(6)住院时间大于或等于 30 d。排除标准:(1)有颅内出血或者脑卒中史;(2)患神经系统或精神疾病且认知功能障碍;(3)伴心、肺等重要脏器功能不全。

1.2 方法

1.2.1 对照组 实施常规护理 30 d,包括根据护理级别巡视、健康教育、遵医嘱给药、饮食及康复指导。

1.2.2 观察组 实施临床护理路径管理的个性化护理计划 30 d。临床护理路径由科主任和护士长参与,主管医师、康复医师、责任护士共同完成。每例患者以时间为横轴,将入院指导、检查、药物治疗、心理和专科护理、健教、康复锻炼、出院指导等内容作纵轴,制订护理路径表及个体化护理计划,其中心理干预、健教、康复锻炼全程实施。由责任护士按路径表实施护理计划,护士长定期检查路径实施情况,并抽查患者知晓度和实际应用情况,及时纠正偏差^[11]。

1.2.2.1 入院第 1 天 (1)入院介绍,主管医师、康复医师、责任护士、护士长、医院环境设施,以及患者的权利、义务和医院各项规章制度等。(2)发放脑梗

死临床路径表,各项护理评估并记录(包括 SPBS、慢性病自我效能量表、肌力、Barthel 量表、皮肤压疮危险性、跌倒/坠床风险评估等)。(3)指导并协助完善各项基本检查,详细讲解检查目的和注意事项。(4)由责任护士、责任医师、康复医师就 SPBS 评估情况与患者及家属沟通,了解患者需求和存在问题,制定详细的心理服务和康复护理计划并干预。要求患者及家属积极配合治疗和康复,说明遵医行为的重要性,明确医、护、患、家属相应职责,使其成为医疗康复协同体。(5)开展脑梗死疾病防治相关健康教育,包括诱因、饮食、用药、运动指导等。(6)示范预防肺部感染、压疮、便秘、跌倒/坠床等相关并发症、不良事件的护理和预防方法,必要时使用气垫床。(7)基础护理到位,讲解相关知识,如良肢位摆放等注意事项。

1.2.2.2 入院第 2~7 天 (1)按照入院第 1 天的第 4~6 项实施护理工作。(2)进一步了解患者和家属心理反应,据其接受能力每天行图文、视频、口语化的健康指导和心理疏导,如有必要请心理咨询师干预。加强国家医保政策宣传,如药品、耗材集中带量采购、特殊病慢性病政策等,使患者及家属释放经济压力,更积极地配合治疗和康复。(3)病情稳定者遵医嘱实施个性化康复护理计划,脑梗死轻、中度者可发病 24 h 后进行床边康复、早期离床康复训练^[1]。康复护理计划包括:主动运动康复训练方案(不同级别肌力行不同训练内容)^[12],穴位按摩、耳针、穴位贴敷、火罐以及穿脱衣服、洗漱等中西医结合康复。(4)护士长于患者入院第 2 天和第 7 天分别检查责任护士的路径实施和护理计划实施情况并作指导。

1.2.2.3 入院第 8~15 天 (1)主要护理内容同入院第 2~7 天第 1~4 项。(2)了解患者和家属前 7 d 疾病治疗和康复知识知晓情况,进行必要补充和解释,入院第 8 天行 SPBS 和慢性病自我效能量表评估,与入院时评估情况对比,与责任医师、康复医师沟通,根据变化调整干预措施,防止患者自我感受负担影响其功能恢复。(3)指导帮助患者复查异常化验和检查的方法、目的、意义及注意事项。(4)第 15 天行 SPBS、慢性病自我效能量表、肌力、日常生活能力 Barthel 量表、皮肤压疮危险性、跌倒/坠床风险评估等,与主治医师、康复医师沟通患者治疗及康复训练情况,依据评估结果调整心理护理和康复训练内容,为患者实施生活自理训练、安全进食和并发症预防方法。(5)护士长于患者入院第 15 天检查责任护士的路径实施和护理计划实施情况并作指导。

1.2.2.4 入院第 16~30 天 (1)规范实施基础护理及用药、心理、健教指导,收集患者治疗和康复信息,

与责任医师、康复医师沟通调整治疗及康复措施,鼓励患者主动锻炼,家属要有足够耐心支持患者,促进患者整体康复。(2)根据康复护理计划每天指导帮助患者主动运动康复训练、穴位按摩、耳针、穴位贴敷等。指导自我生活能力训练、注意事项以及健康行为和自我病情观察,并发症的预防和心理调节方法,必要时请心理咨询师干预。(3)第 30 天开展 SPBS、慢性病自我效能、肌力、日常生活能力 Barthel 指标评估等。(4)护士长于患者入院第 30 天检查责任护士的路径实施情况并与责任护士、责任医师、康复医师作总结。

1.2.2.5 出院前 (1)出院带药服用指导、康复训练和健康教育处方,不适反应的观察与处理,特殊护理指导,饮食及禁烟限酒知识。(2)强调脑梗死二级预防重要性并作相关指导。(3)嘱定期门诊复诊时间和地点,指导并帮助办理门诊特殊慢性病。

1.3 观察指标及评价标准

1.3.1 自我感受负担 用 SPBS 对患者实施自我感受负担评估^[13]。内容包括身体、情感、和经济负担的 10 个项目组成,每项 1~5 分。SPBS≥20 分表示存在自我感受负担,20~<30 分为轻度自我感受负担,30~<40 分为中度自我感受负担,≥40 分为重度自我感受负担。

1.3.2 慢性病自我效能 慢性病自我效能量表有 6 项,每项 10 分,平均分小于 4 分为低水平,4~<8 分为中水平,≥8 分为高水平。此量表反馈症状控制、角色功能、情绪控制、医患沟通等方面慢性病患者自我效能状况^[13]。

1.3.3 肌力评定 肌力对患者的生活能力具有重要影响,用 MRC 六级肌力评定法(the UK Medical Research Council)评定患者肌力^[14]。

1.3.4 日常生活活动能力 用 Barthel 指数评定^[15],共 10 个项目,每项 10 分。100 分完全正常,60~<100 分生活基本自理;41~<60 分大部分不可

自理;<41 分完全不可自理。

1.4 统计学处理 运用 SPSS23.0 进行数据统计分析,计量资料符合正态分布的数据使用 $\bar{x} \pm s$ 表示,2 组间比较采用独立样本 *t* 检验,干预前后比较采用配对 *t* 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 SPS 比较 2 组治疗前 SPBS 比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2 组 SBPS 均较治疗前降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.001$),见表 1。

2.2 慢性病自我效能比较 2 组治疗前慢性病自我效能比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2 组慢性病自我效能均较治疗前提高,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.001$),见表 2。

2.3 肌力分级比较 2 组治疗前肌力分级比较差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2 组肌力分级均较治疗前提高,且观察组高于对照组($P < 0.05$),见表 3。

表 1 2 组患者 SPBS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	40	33.95±6.06	27.58±4.92	5.162	<0.001
观察组	40	33.85±5.54	22.38±4.07	10.552	<0.001
<i>t</i>	—	0.109	7.284		
<i>P</i>	—	0.913	<0.001		

注:—表示无此项。

表 2 2 组患者慢性病自我效能比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	40	4.71±0.70	6.76±0.78	-3.912	<0.001
观察组	40	4.74±0.54	7.48±0.69	-5.183	<0.001
<i>t</i>	—	-0.304	-6.180		
<i>P</i>	—	0.762	<0.001		

注:—表示无此项。

表 3 2 组患者肌力分级比较

组别	<i>n</i>	1 级[n(%)]	2 级[n(%)]	3 级[n(%)]	4 级[n(%)]	5 级[n(%)]	肌力分级评分($\bar{x} \pm s$,分)
对照组	40						
治疗前		6(15.0)	13(32.5)	16(40.0)	5(12.5)	0	2.50±0.91
治疗后		1(2.5)	9(22.5)	18(45.0)	10(25.0)	2(5.0)	3.08±0.51 ^a
观察组	40						
治疗前		6(15.0)	14(35.0)	16(40.0)	4(10.0)	0	2.45±0.88 ^b
治疗后		0	6(15.0)	20(50.0)	10(25.0)	4(10.0)	3.30±0.64 ^{cd}

注:与对照组治疗前比较, $t=0.353$,^b $P=0.725$;与同组治疗前比较, $t=-3.516$,^a $P < 0.001$; $t=-4.941$,^c $P < 0.001$;与对照组治疗后比较, $t=-2.405$,^d $P=0.019$ 。

2.4 Barthel 指数比较 2 组治疗前 Barthel 指数比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2 组 Bar-

thel 指数均较治疗前提高,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 4。

表 4 2 组患者 Barthel 指数比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
对照组	40	48.75±14.96	64.75±16.28	-4.576	<0.001
观察组	40	48.25±15.25	70.75±11.91	-7.192	<0.001
t	—	0.209	-2.660		
P	—	0.835	0.009		

注:—表示无此项。

3 讨 论

自我感受负担已经被国外多个国家报道,包括加拿大、美国等,内容主要有善终、承受痛苦、抑郁、尊严等,与患者的生活质量有密切的关系。我国临床对自我感受负担还不够重视,具体干预措施不到位^[16]。临床护理路径主要强调护理时效性,对各项处置、活动介入项目及时间进行明确规定,可使护理人员明确职责,确保患者有效且及时的护理和康复治疗,是经济理想的护理工作模式^[17-18]。

本研究围绕降低脑梗死患者自我感受负担这一主题,做好心理干预的同时针对其常见临床症状(偏瘫、肢体麻木、日常生活活动障碍等)和并发症(肺部感染、压疮、尿路感染等),坚持早健康教育、早干预、早锻炼、早康复原则制订临床护理路径,且路径表中针对不同护理问题制订不同的中西医结合护理计划,同时,实施计划的责任护士、护士长应具有西医康复和中医护理技术操作能力,从而有效地促进患者康复。结果显示,2 组患者治疗前 SPB、慢性病自我效能量、肌力分级、日常生活能力评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2 组患者 SPBS 评分降低,而观察组 SPBS 评分下降更明显($P<0.001$);另 2 组患者慢性病自我效能量表、肌力分级、日常生活能力 Barthel 量表评分均有提高,且观察组均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,应用了临床护理路径循证护理、精准化和开放化标准特点,使医护工作更有预见性和计划性^[19-22]。本研究临床护理路径在脑梗死患者降低自我感受负担方面的效果明显,并能改善不良情绪而树立应对疾病信心,促进患者实现早期康复、提高日常生活能力的目标,且在一定程度上缓解了患者的经济压力。

参考文献

[1] 中华医学会神经病学分会脑血管组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018 [J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.

[2] 闫文婷, 崔琼. 品管圈活动在提高脑梗死患者肢体功能及日常生活活动能力中的效果分析 [J]. 山西医药杂志, 2019, 48(9): 1116-1120.

[3] 王珊珊, 张艳, 刘洁. 急性脑梗死病人功能恢复影响因素分析 [J]. 护理研究, 2019, 33(23): 4117-4120.

[4] 刘祚燕, 龙纳, 倪碧玉, 等. 脑卒中患者家庭康复综合状况

调查研究 [J]. 四川大学学报: 医学版, 2018, 49(3): 485-489.

[5] HERISSON F, GODARD S, VOLTEAU C, et al. Early sitting in ischemic stroke patients (SEVEL): a randomized controlled trial [J]. PLoS One, 2016, 11(3): e0149466.

[6] 盛晗, 邵圣文, 王惠琴, 等. 脑卒中患者康复锻炼依从性动态变化的研究 [J]. 中华护理杂志, 2016, 51(6): 712-715.

[7] 王清. 超早期活动在急性脑梗死患者早期康复中的应用及效果评价 [D]. 南京: 南京中医药大学, 2015.

[8] CHIPPALA P, SHARMA R. Effect of very early mobilisation on functional status in patients with acute stroke: a single-blind, randomized controlled trial [J]. Clin Rehabil, 2016, 30(7): 669-675.

[9] AVERT Trial Collaboration group. Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial [J]. Lancet, 2015, 386(9988): 46-55.

[10] 林蓓蕾, 张振香, 孙玉梅. 脑卒中患者功能锻炼依从性及其影响因素的研究现状 [J]. 中国慢性病预防与控制, 2011, 19(5): 542-544.

[11] 邵秀芹, 郑茶凤, 李晓悦, 等. 临床护理路径对卒中后吞咽功能障碍康复效果的研究 [J]. 中国康复医学杂志, 2014, 29(9): 869-871.

[12] 符晓艳, 王羚入, 邓月月, 等. 主动运动对脑梗死患者康复效果的研究 [J]. 中华护理杂志, 2018, 53(11): 1309-1314.

[13] 胡燕利, 谢家兴. 协同干预对脑卒中患者自我效能及自我感受负担的影响 [J]. 中国康复理论与实践, 2016, 22(1): 119-121.

[14] 贾建平, 陈生弟. 神经病学 [M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 111.

[15] 钟代曲, 钱春荣. 脑卒中三级预防护理手册 [M]. 7 版. 北京: 北京师范大学出版社, 2016.

[16] 尹建华, 郝建春, 卢建丽, 等. 脑卒中患者自我感受负担及影响因素研究 [J]. 河北医药, 2015, 37(14): 2181-2183.

[17] 徐立, 王群, 张笑平, 等. 急性脑梗死患者静脉溶栓院内时间延误的护理干预及效果评价 [J]. 中国护理管理, 2017, 17(2): 257-260.

[18] 李玲玲. 脑梗死患者应用临床护理路径对临床效果、神经功能及运动功能的影响 [J]. 现代消化及介入治疗, 2019, 24(A2): 1787-1788.

[19] 陈肇璨. 临床护理路径对脑卒中后神经源性尿失禁的影响 [J]. 山西医药杂志, 2017, 46(22): 2811-2813.

[20] CHAN H H, CONNOR A W, NI M, et al. Stem cell therapies for ischemic stroke: current animal models, clinical trials and biomaterials [J]. RSC Adv, 2017, 7(30): 18668-18680.

[21] 伞建超, 吕政. 综合护理干预对缺血性脑卒中患者神经功能恢复的影响 [J]. 中国医药导报, 2018, 15(5): 144-147.

[22] 王莉, 陈畅乾. 五音疗法结合临床护理路径在妇科肿瘤围手术期的应用 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2023, 21(23): 136-139.

(收稿日期: 2024-09-26 修回日期: 2024-11-28)