

早期心理干预对脑卒中患者负性情绪和睡眠障碍的影响

张 文

(徐州医科大学附属医院 神经内科, 江苏 徐州, 221002)

摘 要: **目的** 探讨脑卒中患者早期心理干预对负性情绪和睡眠障碍的影响。**方法** 选取首次发病的脑卒中患者 150 例,随机分为对照组和观察组,各 75 例。对照组实施常规护理,观察组在对照组基础上实施心理障碍干预管理。评估 2 组患者焦虑、抑郁水平和睡眠障碍改善情况,并对比 2 组干预前后神经功能缺损程度(NDS)和日常生活能力量表(ADL)评分。**结果** 管理后,2 组焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)、匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)、NDS 和 ADL 评分均显著低于管理前($P < 0.01$),且观察组 SAS、SDS、PSQI 评分改善显著优于对照组($P < 0.01$),干预后 2 组 NDS 和 ADL 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 早期实施心理障碍干预管理能够有效改善脑卒中患者焦虑和抑郁情绪,提高睡眠质量。

关键词: 脑卒中; 心理障碍; 神经功能缺损; 睡眠障碍

中图分类号: R 473.5 **文献标志码:** A **文章编号:** 2096-0867(2016)08-084-03 **DOI:** 10.11997/nitcwm.201608031

Effects of early psychological interventions on negative emotion and sleeping disorder of stroke patients

ZHANG Wen

(Department of Neurology, The Affiliated Hospital of Xuzhou Medical University, Xuzhou, Jiangsu, 221002)

ABSTRACT: **Objective** To investigate the effect of early psychological interventions on negative emotion and sleeping disorder of stroke patients. **Methods** A total of 150 stroke patients were randomly divided into the control group and observation group, with 75 cases in each group. Both two groups received conventional nursing care and the observation group was given early psychological interventions additionally. The anxiety and depression level, sleeping quality, neurological function defect scale (NDS) and activity of daily living (ADL) were compared between two groups. **Results** Score of self-rating anxiety scale (SAS), self-rating depression scale (SDS), Pittsburgh sleep quality index (PSQI) were decreased in both of two groups after intervention ($P < 0.01$), and were lower in the observation group than those of controls ($P < 0.01$). There was no significant difference in NDS and ADL between two groups after intervention ($P > 0.05$). **Conclusion** Application of early psychological interventions is potentially effective to relieve the negative emotion and improve the sleeping quality of stroke patients.

KEY WORDS: stroke; psychological intervention; neurological function defect; sleep disorder

脑卒中是由急性脑血液循环障碍所造成的脑血管病,亦称中风或脑血管意外,其具有高致死率、高致残率、高复发率及预后差等特点,严重威胁患者生命健康^[1]。随着现代医学治疗手段的不断发展,脑卒中的死亡率有所下降,但其致残率仍高达 70% 左右^[2]。研究^[3]发现 30% ~ 50% 的脑卒中患者存在心理障碍,极易产生恐惧、焦虑、抑郁、悲观等负性情绪,加重躯体症状,影响患者的生存质量和预后。因此对脑卒中患者心理障碍的早期干预和治疗至关重要。本研究对脑卒中患者实施早期心理障碍干预管理,探讨其临床疗效,

现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2013 年 12 月—2015 年 12 月徐州医科大学附属医院神经内科收治的脑卒中患者 150 例,纳入标准:①符合脑卒中临床诊断标准^[4],并经螺旋 CT 或 MRI 检查证实;②首次发病入院治疗;③有认知和文字识别能力,同意配合研究并签署知情同意书。排除标准:①有其它严重疾病,如精神异常、痴呆、意识障碍或血液类疾病等;②近期内服用过

精神系统类药物的患者。150例患者年龄30~70岁,平均(54.15 ± 4.71)岁,按照随机数字表法分为对照组和观察组,各75例。2组性别、年龄、文化程度、卒中类型构成、治疗方式等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

对照组采用常规护理,包括药物治疗、基本护理、康复指导、一般性的心理安抚等;观察组在对照组基础上给予早期心理障碍干预管理,具体方法如下。

1.2.1 不同文化程度患者的心理障碍干预管理:

①文化程度低的患者,大多对脑卒中的理解比较片面,易产生痛苦、无助、恐惧、绝望心理。管理这类患者应以简单、通俗的语言向患者讲解卒中相关知识,尽量避免书面用语,帮助患者正确认识疾病。指导患者合理使用各种医保、保险和补助,减轻患者医药费的压力,增强患者治疗的能动性;②文化程度高的患者往往表现出对疾病本身更多的疑问及对治疗效果更高的期望,虽然有较高的治疗依从性,但治疗若未达到其期望的结果,则会迁怒医护人员,加剧医患矛盾,且患者易发生焦虑,情绪波动大,不愿继续接受治疗。管理这类患者应充满耐心,对患者的各种疑问要细心解答,对患者开始时的盲目乐观心理及不正确的治疗方式给予纠正,告知患者不良后遗症的可能存在性,帮助患者正确面对疾病及可能带来的伤害。

1.2.2 不同年龄患者的心理障碍干预管理:

①青年患者病发前大都处于工作状态,社会存在感很强,本身对自我形象的要求也较高。但脑卒中对部分患者所造成的伤害和影响是无法逆转的,因此无法面对这一落差的青年患者多表现出失眠、抑郁、焦虑、易怒、悲观等负性情绪,消极对待治疗。管理这类患者要特别注重帮助其提升社会存在感,在安抚患者情绪波动后合理安排患者进行功能锻炼,尽可能引导患者独立完成日常活动,使其看到治疗后日常生活能力恢复的可能性;②老年患者多存在消极、焦虑、烦躁等负性情绪,在治疗时消极对待,严重影响治疗效果。管理这类患者应让其感受到亲情和生活的美好,多与其交流并时刻表达关心,鼓励其家属、朋友多陪伴患者,帮助患者树立战胜疾病的信心。

1.2.3 不同类别的心理障碍的干预管理:

①抑郁:患者因为不能承受肢体残疾的打击,同时担心社会对其定位的改变,很长一段时间内会变得自

卑,沉默寡言,消沉痛苦,不愿与人交际。管理这类患者应定时对其进行心理疏导,引导其适当宣泄心中苦闷的情绪。鼓励患者到室外呼吸新鲜空气,接触阳光,感受活力。②焦虑:患者由于对陌生的环境,治疗的反复以及躯体功能损害不能接受,情绪上变得心悸不安、易怒、烦躁、爱迁怒他人,极度不愿配合医生治疗。管理这类患者可通过各种方式转移患者注意力,待患者情绪基本稳定后告知其不良的情绪对疾病的不利影响,应当正确对待疾病并增强治疗信心。③悲观:患者认为疾病无法治愈,对生活消极对待,不积极配合治疗。管理这类患者应以乐观的语言引导,引用成功案例鼓励患者,帮助他们以良好的心态对待疾病,重建对生活的信心。④睡眠障碍:对疾病的恐惧让患者思想负担过重,睡眠紊乱,影响患者康复。管理这类患者除要进行心理开导外,还应为患者提供舒适、安逸的病房环境,鼓励患者多进行锻炼和各类活动,转移患者精神注意力,提高患者睡眠质量。

1.3 观察指标

观察2组管理前后焦虑和抑郁水平、匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评分、神经功能缺损程度评分(NDS)及日常生活能力量表(ADL)评分。①焦虑和抑郁水平分别采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评估。SAS分界值50分,50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑,>69分为重度焦虑。SDS分界值53分,53~62分为轻度抑郁,63~72分为中度抑郁,>72分为重度抑郁;②睡眠障碍采用PSQI评定,总分 ≥ 7 分表示患者有睡眠障碍,得分越高,表示睡眠障碍越严重;③NDS总分45分,其中0~15分为轻度,16~30分为中度,31~45分为重度;④ADL总分为100分表示患者日常生活能力无需依赖他人,>60分为患者日常生活能力良好,41~60分为具备中度日常生活能力,21~40分为差, ≤ 20 分为完全残疾。

1.4 统计学方法

采用SPSS 19.0软件对数据进行统计学分析,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用独立样本 t 检验进行组间比较, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2组焦虑、抑郁水平及睡眠质量比较

管理前2组SAS、SDS、PSQI评分差异无统计

学意义($P > 0.05$)。管理后,2 组 SAS、SDS、PSQI 评分显著低于管理前($P < 0.01$),观察组 SAS、

SDS、PSQI 评分显著优于对照组($P < 0.01$)。见表 1。

表 1 2 组患者焦虑、抑郁水平及睡眠质量比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	时间	SAS 评分	SDS 评分	PSQI
观察组($n = 75$)	管理前	57.28 \pm 5.89	59.31 \pm 5.28	12.53 \pm 2.79
	管理后	40.02 \pm 4.84 **##	43.21 \pm 4.55 **##	7.36 \pm 2.14 **##
对照组($n = 75$)	管理前	57.30 \pm 5.77	59.16 \pm 5.61	12.49 \pm 2.66
	管理后	49.81 \pm 4.90 **	51.14 \pm 4.68 **	10.86 \pm 2.34 **

与管理前比较, ** $P < 0.01$; 与对照组比较, ## $P < 0.01$ 。

2.2 2 组神经功能损伤及日常生活能力比较

管理前 2 组 NDS 和 ADL 评分差异无统计学意义($P > 0.05$);管理后,2 组 NDS 和 ADL 评分显著优于管理前($P < 0.01$),组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组神经功能损伤及日常生活能力比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	时间	NDS	ADL
观察组($n = 75$)	管理前	19.36 \pm 3.40	51.27 \pm 5.68
	管理后	16.28 \pm 2.76 **	63.24 \pm 6.36 **
对照组($n = 75$)	管理前	19.21 \pm 2.98	52.05 \pm 5.91
	管理后	16.51 \pm 2.63 **	62.91 \pm 6.47 **

与管理前比较, ** $P < 0.01$ 。

3 讨 论

脑卒中是临床常见高危疾病,有较高的致死率,且易发生如神经功能缺损、日常生活能力降低等不同程度的肢体功能障碍^[5]。这些症状加剧患者的心理障碍,降低患者治疗依从性,不利于患者的治疗和康复。因此仅依靠生物医学手段,很难达到治愈脑卒中的目的。研究^[6]发现在脑卒中早期实施心理障碍干预管理来配合临床治疗,能够有效减轻患者心理负担,增强其治疗依从性,改善治疗和预后的效果。在脑卒中早期针对不同患者的不同心理障碍表现,实施不同的干预管理方式,护理内容更具针对性,患者更易接受,能够更直接的改善其消极情绪。

焦虑、抑郁是脑卒中最常见的负性情绪,研究^[7]显示,卒中后焦虑和抑郁的发病率高达 64.3% 和 68.8%。本研究结果显示实施心理障碍干预管理的观察组在管理后 SAS 和 SDS 评分显著低于管理前($P < 0.01$),同时显著优于对照组管理后($P < 0.01$)。表明心理障碍干预管理能大大改善卒中患者焦虑、抑郁症状,减轻患者的心理负担。睡眠障碍是提示脑卒中症状加重标志之一。江春梅^[8]报道显示睡眠障碍会导致焦虑、抑郁等负面情绪的产生,影响患者生活质量,睡眠障碍患者不仅神经功能恢复延缓,日常生活能力降低,且血压、血糖、心率的调控也会受到影响,甚至诱发

卒中再次发生。因此必须对脑卒中患者的睡眠障碍进行干预,改善其睡眠质量。研究^[9]显示消极情绪和睡眠质量得到改善,有助患者正确面对疾病,树立战胜疾病的心态,从而增强治疗的依从性,更积极地配合医护人员进行早期的康复锻炼,进而在一定程度上促进其神经功能和日常生活能力的恢复。本研究结果显示实施心理障碍干预管理的观察组在管理后,PSQI 评分显著优于对照组($P < 0.01$)。与朱仁洋等^[10]研究结果一致。此外由于本研究存在一定局限性,并没有有效的临床机制证明患者心理障碍与神经功能缺损程度、日常生活能力有直接相关性,因此还有待进一步研究。

综上所述,脑卒中患者早期实施心理障碍干预管理,能够显著改善其心理状态,提高睡眠质量,值得临床推广。

参考文献

- [1] 苗晓慧, 赵俐红, 涂双燕, 等. 脑卒中病人再入院率及相关因素研究进展[J]. 护理研究, 2016, 30(14): 1684 - 1686.
- [2] 王洪娜. 连续护理干预对脑卒中患者生活质量的影响[J]. 天津护理, 2016, 24(2): 144 - 146.
- [3] 黄颖, 易霞, 秦莉花, 等. 脑卒中伴心理障碍病人心理护理研究进展[J]. 全科护理, 2015, 13(18): 1702 - 1704.
- [4] Aarnio K, Haapaniemi E, Melkas S, et al. Long-term mortality after first-ever and recurrent stroke in young adults [J]. Stroke, 2014, 45(9): 2670 - 2676.
- [5] Norrving B, Kissela B. The global burden of stroke and need for a continuum of care[J]. Neurology, 2013, 80(3Suppl 2): 5 - 12.
- [6] Lim Y H, Kim D H, Lee M Y, et al. Bowel dysfunction and colon transit time in brain-injured patients[J]. Ann Rehabil Med, 2012, 36(3): 371 - 378.
- [7] 郭刚, 张璐璐. 156 例脑卒中住院患者心理障碍的研究和对策[J]. 医学综述, 2015, 21(5): 923 - 925.
- [8] 江春梅. 睡眠护理干预对脑卒中住院患者睡眠质量及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2014, 33(7): 1718 - 1720.
- [9] 唐旭丽, 邓旭, 钟毅, 等. 治疗性沟通系统在改善脑卒中病人负性情绪及睡眠质量中的应用[J]. 护理研究, 2014, 28(14): 1724 - 1725.
- [10] 朱仁洋, 孙新芳, 肖桂荣. 镜像疗法与常规作业训练对老年脑卒中患者偏瘫肢体功能恢复的疗效比较[J]. 中华老年医学杂志, 2014, 33(5): 454 - 456.