

循证护理在脑梗死护理中的实施效果及对生活质量的影 响研究

孙伟芳 张爱娟*

苏州市吴中人民医院

DOI:10.32629/carnc.v3i11.20876

[摘要] 目的：分析循证护理在脑梗死患者护理中的效果。方法：选取我院2023年6月至2025年6月期间脑梗死患者128例，分为干预组与对照组。干预组实施循证护理方案，常规护理组接受标准护理。结果：干预组的NIHSS评分降低及BI提升幅度明显高于对照组，SAS及SD评分更低，SS-QOL总分及各领域评分更高（ $P<0.05$ ）。结论：在脑梗死患者的临床护理中整合循证护理，能够有效促进神经功能恢复，提升患者的生活质量。

[关键词] 循证护理；脑梗死；卒中护理；神经功能恢复；生活质量

中图分类号：R473.7 文献标识码：A

Effect of Evidence-Based Nursing on Clinical Outcomes and Quality of Life in Patients with Cerebral Infarction

Sun Weifang, Zhang Aijuan*

Suzhou Wuzhong People's Hospital

Abstract: Objective: To analyze the effect of evidence-based nursing in the nursing of patients with cerebral infarction. Methods: A total of 128 patients with cerebral infarction treated in our hospital from June 2023 to June 2025 were selected and divided into an intervention group and a control group. The intervention group received an evidence-based nursing program, and the control group received standard nursing. Results: Compared with the control group, the intervention group had significantly greater reductions in NIHSS score and increases in BI, significantly lower SAS and SDS scores, and significantly higher total scores and scores in all domains of SS-QOL ($P < 0.05$). Conclusion: The integration of evidence-based nursing in the clinical nursing of patients with cerebral infarction can effectively promote the recovery of neurological function and improve the quality of life of patients.

Keywords: evidence-based nursing; cerebral infarction; stroke care; recovery of neurological function; quality of life

引言

脑梗死是最常见的卒中类型，有高发病、高致残率的特点，给患者带来沉重负担^[1]。临床治疗在不断进步，但脑梗死遗留的神经功能问题会导致患者长期处于依赖状态，生活质量明显下降。传统护理模式主要侧重观察症状与基础的生活照护。在促进功能恢复、预防并发症和落实长期健康管理上有明显的局限性^[2]。循证护理强调将临床专业人员的经验、患者的价值与意愿，及当前的最佳研究证据三者相结合，为临床决策提供科学框架。近年来，其在慢性病管理中的价值逐渐显现^[3]。但是，在脑梗死护理的周期当中，怎么整合循证实践，并将其效果客观量化。特别是对远期生活质量的影响，仍需更多本土化的研究来阐明。本研究旨在构建并实施一套脑梗死循证护理方案，通过对照研究，评估其短期与中期效果，以期临床护理质量的提升提供参考。

1 对象和方法

1.1 研究对象

选取我院2023年6月至2025年6月期间的急性脑梗死患者128人为研究对象，采用随机数字表法分为（由独立统计师使用SAS 9.4生成随机数字序列，区组长度设为4。将分配方案装入密封不透光信封，信封编号与患者筛查序号对应，研究者拆解对应编号信封，按内藏卡片标记干预组或对照组）分为循证护理组（ $n=64$ ，年龄 64.28 ± 6.38 岁，男性28例，女性36例）与常规护理组（ $n=64$ ，年龄 64.73 ± 6.51 岁，男性31例，女性33例），两组一般资料对比（ $P>0.05$ ）。研究过程遵循《赫尔辛基宣言》及相关伦理要求。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：

（1）符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》诊断标

准，并经颅脑 CT 或 MRI 证实；

- (2) 首次发病，病程在 7 天以内；
- (3) 年龄 40~80 岁；
- (4) 生命体征平稳，意识清楚，能进行基本沟通；
- (5) NIHSS 评分在 5~20 分之间。

排除标准：

- (1) 合并严重心、肝、肾功能不全或其他终末期疾病；
- (2) 伴有失语、严重认知障碍或精神疾病无法配合评估；
- (3) 既往有严重残疾或依赖史；
- (4) 参与其他临床试验。

1.3 干预方法

1.3.1 对照组方法

对照组实施神经内科卒中单元常规的护理。主要有监测患者生命体征及神经系统体征变化，遵医嘱给药并做好患者的用药指导，提供口腔护理、皮肤护理等基础的生活照护。责任护士会做常规健康宣教，内容主要有疾病基础知识。康复科技师会根据医生开具的医嘱执行康复训练，护士则负责协助及安全看护。

1.3.2 干预组方法

干预组在上述方法的基础上实施基于循证理念构建的干预方案。方案通过检索 Cochrane Library、PubMed 及知网等资源，结合临床指南与专家共识制定。具体操作如下：

1.证据转化与方案制定

成立由护士长、专科护士、康复治疗师及神经内科医生组成的循证实践小组。小组主要关注于脑梗死护理中的临床问题，如早期康复启动、吞咽安全管理等及二级预防策略。检索并评价证据，形成一系列有操作步骤的临床护理决策推荐。

2.结构化干预实施

急性期管理。此阶段强调预防并发症跟安全维护，患者入院 24 小时内要用吞咽功能筛查工具来评估，并根据结果启动个体化的进食与营养支持方案。应用 Autar 量表等工具做深静脉血栓风险动态评估，并组合应用踝泵运动、梯度压力袜等预防措施。全程要做好良肢位标准摆放并定时变换体位。

早期康复阶段。早期康复要注重时效与专业性，在患者生命体征平稳、神经症状无进展后（一般是在 48 小时内），由责任护士指导协助做床上的被动关节活动与助力运动。等到患者病情稳定后，由康复团队做一个系统评估，共同制定并实施循序渐进的运动疗法、作业疗法等计划。

二级预防与教育。构建患者的自我管理能力。用结构化的教育课程，结合图文手册、演示视频跟一对一辅导，强化对降压、降脂、抗血小板药物的依从性理解。教导血压、血糖的自我监测技能，提供具体的饮食调整（如低盐、低脂、地中海饮食模式推荐等）与生活方式（一般包括戒烟、限酒、

规律运动等）改良建议，在患者出院前要制定详尽的个性化健康管理行动计划。

心理与社会支持。关注患者的情绪反应跟社会功能，在入院初期及住院时候，定期用焦虑自评量表（SAS）和抑郁自评量表（SDS）来做筛查，对存在明显情绪困扰的患者，由认知行为疗法培训过的护士提供初步的心理疏导、放松训练跟正念引导。建立家庭支持联盟，必要时及时转介至精神心理科。

3.质量控制

为确保干预的准确与一致性，对循证小组及所有参与护士都做好方案统一的培训与考核。每周举行一次小组会议，回顾病例，核查各项护理措施的执行情况与循证方案的符合度，并讨论解决实施过程中遇到的障碍。

1.4 观察指标

神经功能缺损程度：采用美国国立卫生研究院卒中量表^[4]（NIHSS）评分，分值越高表示神经功能缺损越严重。

日常生活活动能力：采用 Barthel 指数（BI）评分，总分 100 分，分数越高独立性越强。

心理状态：采用焦虑自评量表（SAS）和抑郁自评量表（SDS）评分，分值越高表明焦虑或抑郁程度越严重。

生活质量：采用脑卒中专用生活质量量表^[5]（SS-QOL），共 49 个条目 12 个领域，总分 245 分，得分越高生活质量越好。于入院时（干预前）、干预后 3 个月做评价。所有评估由不知分组情况的专职研究护士完成。

1.5 统计学方法

使用 SPSS 22.0 软件分析，使用 t 和 “ $\bar{x} \pm s$ ” 表示计量资料，使用卡方和 % 表示计数资料， $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 患者干预后 NIHSS 评分与 BI 评分比较

干预后 1 个月及 3 个月，干预组患者的 NIHSS 评分均明显低于对照组，BI 评分显著更高，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组患者干预后 NIHSS 评分与 BI 评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别		干预组	对照组	t	P
例数		64	64	-	-
NIHSS 评分	干预 1 个月	8.12±2.67	10.85±3.01	5.428	0.001
	干预 3 个月	5.03±1.89	7.95±2.45	7.549	0.001
BI 评 分	干预 1 个月	62.45±15.33	52.18±14.67	3.872	0.001
	干预 3 个月	78.92±16.84	65.34±17.21	4.512	0.001

2.2 患者干预后 SAS 及 SDS 评分比较

干预后 1 个月及 3 个月，干预组患者的 SAS 及 SDS 评

分均明显低于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表2。

表2 两组患者干预后 SAS 及 SDS 评分比较对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别		干预组
例数		64
SAS 评分	干预 1 个月	46.21±6.45
	干预 3 个月	38.75±5.83
SDS 评分	干预 1 个月	44.67±5.92
	干预 3 个月	37.12±5.34

2.3 患者干预后 SS-QOL 评分比较

干预 3 个月后，干预组的 SS-QOL 总分及各维度得分明显高于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表3。

表3 两组患者干预 3 个月后 SS-QOL 评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	SS-QOL 总分	体力领域	家庭角色领域
干预组	64	178.92±25.81	58.34±8.95	25.67±5.34
对照组	64	152.38±24.67	47.89±8.34	21.45±5.12
t	-	5.947	6.834	4.563
P	-	0.001	0.001	0.001

3 讨论

脑梗死，一般称为缺血性脑卒中，是因脑部血管阻塞导致局部脑组织坏死的疾病。它是导致成年人长期残疾的主要原因之一，患者常遗留肢体活动障碍、言语不清等功能问题，严重影响生活质量^[6]。

目前对于脑梗死多以常规护理为主。常规护理主要侧重急性期后的基础支持，含监测生命体征、预防并发症、协助患者完成日常起居活动等，并在病情稳定后安排康复训练。这种模式对保障患者安全有重要作用，但其效果较有限，因其相对被动且碎片化，患者功能恢复进度不一，远期生活质量和自我管理能力的提升不明显。

本研究结果表明，将循证护理系统性应用到脑梗死患者上，能够在多个主要的结局指标上有优于常规护理的效果。神经功能（NIHSS）与日常生活能力（BI）评分有明显改善，其背后是一系列措施共同作用的结果。譬如，早期且标准的吞咽功能筛查与管理，直接降低了患者吸入性肺炎等并发症的风险，保障后续可以顺利进行康复。基于循证证据在时间窗内启动并循序渐进的康复计划，则更有效地促进了神经可塑性，加速了运动与生活自理能力的恢复情况。这些生理层面明显改善，打下了患者整体康复的基础。循证护理在缓解患者焦虑与抑郁情绪上有明显的优势。而这一变化并不是偶然。干预组系统的心理筛查确保了情绪问题可以在早期就被识别，护士可以提供初步认知行为干预技巧、放松训练以及鼓励家庭参与社会支持，这些都为患者提供了应对疾病负面情况的有效缓冲^[7]。从更深层次来讲，结构化的健康教育给予患者疾病知识、管理技能，这增强了患者的自我信心与控

制感。提高这种内在力量是减轻无助与恐惧情绪的关键心理干预方式。在此生理功能与心理均产生积极影响的基础上，生活质量会自然而然地全面提高。SS-QOL 量表在体力、家庭角色、心理领域的评分共同进步，说明干预效果具有整体性。患者能够进行更多日常活动，也更愿意且更有信心承担家庭责任并参与社会交往。这意味着护理干预相较于传统的“功能训练”更为出色，其满足了患者回归现实生活的主要需求。也就是功能恢复、心理适应与社会再整合需同步进行^[8]。当然，本研究存在明显局限性。本研究的观察效果部分得益于循证护理带来的更密集、专业的护患互动，这种支持本身就是一种治疗因素。考虑到上述因素，及本研究随访只有 3 个月，这些积极效果能否在出院后长期维持，仍有待验证。未来研究的一个明确方向是，怎么用信息技术或社区护理网络，将这种院内、多维度整合的护理支持模式，延伸到家庭与社区场景，从而巩固远期康复成果，真正实现全周期健康管理。

综上所述，将循证护理融入脑梗死患者的临床照护路径，在改善患者神经功能与日常生活能力方面具有积极效果。

【参考文献】

[1]张广波,殷小芳,徐丽华,等.高危非致残性脑梗死患者出院 6 个月内卒中复发的危险因素[J].中国神经免疫学和神经病学杂志,2022,29(3):230-233.

[2]张方.优化急诊护理流程对提高急性脑梗死患者急救效率和生活质量的影响分析[J].中国实用医药,2020,15(30):57-58.

[3]许宏飞,云雪.循证护理对老年脑梗死吞咽功能障碍患者的临床效果及吸入性肺炎发生率的影响[J].医学信息,2024,37(24):176-180.

[4]徐阳,金凡夫,赵丽,等.急性脑梗死静脉溶栓前后美国国立卫生研究院卒中量表评分与收缩压变化值在颅内出血性转化中的预测价值[J].安徽医药,2021,25(2):250-254.

[5]田凤霞.中文版脑卒中后失语症生活质量量表的信度和效度研究[J].护理实践与研究,2020,17(4):10-12.

[6]王陇德,彭斌,张鸿祺,等.《中国脑卒中防治报告 2020》概要[J].中国脑血管病杂志,2022,19(2):136-144.

[7]吕耀莹.循证护理对老年急性脑梗死患者认知功能及生活自理能力的影响[J].中国冶金工业医学杂志,2024,41(5):520.

[8]张哲.循证护理在脑梗死患者中的应用效果分析[J].中国城乡企业卫生,2024,39(2):96-98.

作者简介：

孙伟芳（1985.10-），女，汉族，安徽宿州人，本科，副主任护师，研究方向为神经外科护理。