

以 MEWS 为指导的干预在脑卒中患者中应用效果评价

谢婧, 刘文萍, 刘慧

江苏省人民医院, 江苏 南京 210003

摘要: **目的** 探究以早期预警评分系统(modified early warning score/system, MEWS)为指导的干预在脑卒中患者中的应用效果评价。**方法** 选取 2021 年 1—12 月在江苏省人民医院就诊的 162 例脑卒中患者作为研究对象,依据随机数字表法均等的分为对照组、研究组,两组各 81 例,对照组进行常规干预,研究组进行以 MEWS 为指导的干预直到治疗结束出院,评估两组干预前后患者自我管理能力和锻炼依从性、生活质量、运动功能、神经功能,比较两组干预满意度。**结果** 干预后两组自我管理能力和锻炼依从性高于干预前,且研究组自我管理能力和锻炼依从性高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。干预后两组生活质量各项评分低于干预前,且研究组生活质量各项评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。干预后两组运动功能评分高于干预前,神经功能缺损(National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS)评分低于干预前,且研究组变化较为明显,差异有统计学意义($P<0.05$)。研究组满意度均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对脑卒中患者应用以 MEWS 为指导的干预,可较好的提高患者自我管理能力和锻炼依从性,改善生活质量及神经功能,满意度较好。

关键词: 早期预警评分系统;干预;脑卒中;自我管理;锻炼依从性

中图分类号: R743.3 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-3110(2023)04-0486-04 **DOI:** 10.3969/j.issn.1006-3110.2023.04.024

脑卒中发病率近年逐年上升,其显著特征为神经功能缺损,致死致残率均较高,多发于 40 岁及以上年龄人群,临床表现为肢体、感觉障碍等,对患者生活、家庭及社会产生较大的影响^[1-3]。有研究指出^[4],多数患者因错过了最佳治疗干预时间,后期治疗效果不甚理想。因此,及早对患者进行专业化、精细化的干预尤为重要^[5]。早期预警评分系统(modified early warning score/system, MEWS)属于疾病评分系统,具有操作简单、客观准确评估患者病情等优点,对于治疗效果的提高及预后判断的准确性具有较好的正面效果^[6]。目前,MEWS 在脑卒中干预中的应用较少。本研究试图对脑卒中患者应用 MEWS 进行干预,探究对患者自我管理能力和锻炼依从性等方面的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选取 2021 年 1—12 月在江苏省人民医院就诊的 162 例脑卒中患者作为研究对象,依据随机数字表法均等分为对照组、研究组。两组各 81 例,对照组男 47 例,女 34 例,年龄 52~69 岁,平均年龄(58.62 ± 5.32)岁;研究组男 49 例,女 32 例,年龄 53~68 岁,平均年龄(59.03 ± 5.62)岁。本研究经过医院伦理委员会批准,研究对象均知情同意、自愿参与。

纳入标准: 均符合中华医学会针对脑卒中疾病相

关诊断标准^[7],有一定理解能力,可独立进行问卷的填写;首次被诊断为脑卒中的患者;无沟通障碍者。

排除标准: 精神异常,不能与医护人员正常交流者;临床资料不完整者;肿瘤及严重肝、肾等重要脏器患有重大疾病者;自身免疫系统疾病者;中途退出者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 进行常规护理干预,由专业护理人员进行常规护理,包括指导患者用药、观察患者病情、运动干预、心理疏导及对患者及家属进行健康宣教。

1.2.2 研究组 进行以 MEWS 为指导的干预,干预时间从入组到患者治疗结束出院:(1)团队建立:组建干预团队,由护士长作为负责人,主治医生 1 位,4 位专科护士。干预前,对成员进行培训,包括集体授课、模拟训练、实际训练以及 MEWS 评估标准、方法及干预措施等。(2)预警评分: ≤ 4 分为一般情况,5~6 分为黄色预警, > 6 分为红色预警^[8]。患者入组后依照 MEWS 进行评估,依照评分进行干预。①一般情况:监护患者生命体征,记录生命指标,保持空气畅通,依据医嘱进行给药,指导患者进行合理饮食;②黄色预警:干预团队严格监护患者心电,帮助患者进行心理压力疏导,维持好患者治疗信心,积极配合,依照医嘱给药,评定患者生活自理能力,进行相应干预,维持患者机体舒适度,预防并发症的发生。黄色预警患者每 2 h 进行评估 1 次 MEWS 评分,若 MEWS > 6 分,进行红色预警干预。③红色预警干预:做好抢救准备,对患者生命

作者简介: 谢婧(1987-),女,江苏南京人,本科,主管医师,研究方向:介入放射。

通信作者: 刘慧, E-mail: liuhui123@163.com。

体征进行严格监测,对患者进行全身肢体按摩,改善患者微循环,每 1 h 进行 1 次 MEWS 评估,若评分持续上升,应采取急救措施。

1.3 相关指标评估 本研究相关指标评估时间均为入组后第二天及治疗完成出院的当天进行。

1.3.1 自我管理能力评分 应用自我管理行为评定量表^[9]进行评估,7 个维度,51 个条目,疾病管理 11~55 分、安全用药管理 5~25 分、饮食管理 8~40 分、生活起居管理 8~40 分、情绪管理 5~25 分、社会功能与人际管理 6~30 分、康复锻炼管理 7~35 分,评分越高自我管理能力越好。

1.3.2 锻炼依从性评分 使用林蓓蕾等^[10]学者编制的量表,含有坚持参与锻炼有关依从性、锻炼时主动学习有关依从性、保持患者功能有关依从性 3 个维度,14 个条目,总分 14~56 分,分数越高表示患者锻炼依从性越好。

1.3.3 生活质量评分 使用明尼苏达生活质量问卷评估生活质量,包括 3 个维度,共 21 个条目,分别赋值 0~5 分,分数越高则患者生活质量越差^[11]。

1.3.4 运动功能与神经功能评分 使用简明 Fugl-Meyer 运动功能评定量表 (Fugl-Meyer Motor Function Assessment, FMA)^[12] 评估运动功能,满分 100 分,积分方式采用 0~2 分计分法,分数越高表示患者运动功能越高。美国国立卫生研究院卒中量表 (National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS)^[13] 进行评估患者神经功能,分值 1~42 分,分数越高神经功能越差。

1.3.5 满意度 应用不记名问卷方式满意度,包含护理效果、护理态度两方面,结果分为十分满意、基本满意、不满意。

1.4 统计学分析 采用 SPSS 19.0 统计软件进行分析处理。计量资料采用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)描述,组间比较采用 t 检验,组内比较采用配对 t 检验。计数资料采用 (%) 表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组基本情况 两组患者年龄、性别比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	对照组($n=81$)	研究组($n=81$)	χ^2 或 t 值	P 值
性别($n, \%$)			0.102	0.749
男	47 (58.02)	49 (60.49)		
女	34 (41.98)	32 (39.51)		
年龄($\bar{x}\pm s$, 岁)	58.62±5.32	59.03±5.62	0.477	0.634

2.2 干预前后自我管理能力比较 干预前两组研究

对象自我管理能力各项评分差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后两组自我管理能力各项评分高于干预前,且研究组自我管理能力各项评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 研究对象干预前后自我管理能力比较($\bar{x}\pm s$, 分)

指标	对照组($n=81$)	研究组($n=81$)	t 值	P 值
疾病管理				
干预前	25.23±3.21	25.06±3.19	0.338	0.736
干预后	33.64±5.28 ^a	43.95±6.38 ^a	11.200	0.001
安全用药管理				
干预前	10.71±2.85	10.42±2.67	0.668	0.001
干预后	15.84±2.23 ^a	20.64±1.58 ^a	15.810	0.001
饮食管理				
干预前	19.03±2.23	18.95±2.36	0.222	0.825
干预后	29.13±3.32 ^a	34.03±3.03 ^a	9.811	0.001
生活起居管理				
干预前	22.02±3.32	22.51±3.26	0.948	0.345
干预后	29.64±2.26 ^a	35.67±5.13 ^a	9.681	0.001
社会功能与人际管理				
干预前	16.13±3.39	16.03±3.22	0.193	0.848
干预后	19.57±4.23 ^a	25.03±5.62 ^a	6.986	0.001
康复锻炼管理				
干预前	16.31±3.21	16.28±3.16	0.060	0.952
干预后	23.06±4.51 ^a	29.34±5.56 ^a	7.895	0.001
情绪管理				
干预前	13.42±2.16	13.56±2.48	0.383	0.702
干预后	17.51±4.51 ^a	21.63±4.91 ^a	5.562	0.001

注:a 与同组干预前比较, $P<0.05$ 。

2.3 干预前后锻炼依从性总分比较 干预前两组锻炼依从性总分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后两组锻炼依从性总分高于干预前,且研究组锻炼依从性总分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3 研究对象干预前后锻炼依从性总分比较($\bar{x}\pm s$, 分)

干预前后	对照组($n=81$)	研究组($n=81$)	t 值	P 值
干预前	27.21±5.73	27.54±5.96	0.359	0.720
干预后	33.88±6.45 ^a	47.56±7.86 ^a	12.110	0.001

注:a 与同组干预前比较, $P<0.05$ 。

2.4 干预前后生活质量比较 干预前两组生活质量各项评分差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后两组生活质量各项评分低于干预前,且研究组生活质量各项评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

表 4 干预前后生活质量比较($\bar{x}\pm s$, 分)

指标	干预前后	对照组($n=81$)	研究组($n=81$)	t 值	P 值
情绪领域	干预前	23.16±1.43	23.42±1.54	1.113	0.267
	干预后	18.51±2.23 ^a	12.03±1.02 ^a	23.780	0.001
身体领域	干预前	36.84±2.26	36.32±2.19	1.487	0.139
	干预后	30.28±2.84 ^a	25.16±2.31 ^a	12.590	0.001
总体健康	干预前	34.52±2.41	34.29±2.13	0.644	0.521
	干预后	28.67±2.59 ^a	23.04±2.11 ^a	15.170	0.001

注:a 与同组干预前比较, $P<0.05$ 。

2.5 干预前后 FAM、NIHSS 评分比较 FAM、NIHSS 各项评分差异有统计学($P>0.05$)。干预后两组 FAM 评分高于干预前,NIHSS 评分低于干预前,且研究组变化较为明显,差异有统计学($P<0.05$),见表 5。

表 5 干预前后 FAM、NIHSS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

指标	干预前后	对照组($n=81$)	研究组($n=81$)	t 值	P 值
FAM	干预前	58.61±5.25	58.13±5.19	0.585	0.559
	干预后	63.26±5.63 ^a	72.65±5.57 ^a	10.670	0.001
NIHSS	干预前	23.57±4.12	23.03±4.10	0.836	0.404
	干预后	21.26±3.02 ^a	16.57±2.23 ^a	11.240	0.001

注:a 与同组干预前比较, $P<0.05$ 。

2.6 两组护理满意度比较 研究组护理效果、护理态度满意度均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 6。

表 6 两组护理满意度比较($n, \%$)

指标	对照组($n=81$)	研究组($n=81$)	χ^2 值	P 值
护理效果				
十分满意	46(56.79)	63(77.78)	12.862	0.002
基本满意	23(28.40)	17(20.99)		
不满意	12(14.81)	1(1.23)		
护理态度				
十分满意	48(59.26)	69(85.19)	14.352	0.001
基本满意	26(32.10)	11(13.58)		
不满意	7(8.64)	1(1.23)		

3 讨 论

脑卒中的发病机制与脑血管突发性破裂及血管堵塞相关,患者发病后会出现功能性障碍,严重时会引起死亡,不仅对患者生理、心理产生较大的影响,对患者家庭也带来沉重负担。因此,准确评估病情,及时进行干预尤为重要^[14-16]。

MEWS 系统干预是将病情认识、行为干预、心理疏导进行结合,对患者进行全面系统干预,能够满足患者多项需求,现已被广泛应用于临床中。MEWS 系统干预不仅对疾病进行干预,更重视对整体性进行全方位渗透干预^[17]。另外 MEWS 系统作为识别不良事件的专用工具,包含多项参数,对于患者疾病状态可进行全面准确评估,在一定程度上解决医护人员判断失误的问题,进而降低误诊及漏诊率。有研究指出^[18],全面护理模式结合 MEWS 评估系统干预创伤骨科患者,效果较为显著,并发症发生情况较少,生活质量显著提升,为拓展护理干预思路提供了依据。

MEWS 系统干预方案以患者为中心,时刻监督患者病情,进行相应干预,提高患者的积极性,及时展开行动,进而达到较好的干预效果^[19],本研究结果显示,经 MEWS 评估系统干预后,脑卒中患者自我管理能力及锻炼依从性显著升高,提示应用 MEWS 系统干预可

有效提高脑卒中患者自我管理能力及锻炼依从性。此外 MEWS 系统可进行全方位干预,覆盖整个干预实施过程,从患者身心出发,注重整体性、系统化,更加直接根据患者病情进行干预,及时了解患者病况,便于针对性措施进行干预实行,进而提升干预质量^[20]。本研究结果指出,经 MEWS 系统干预后脑卒中患者生活质量及神经功能、肢体运动功能均恢复较好。本研究中 MEWS 干预其护理效果、护理态度的满意度均较高,提示 MEWS 系统干预满意度较高,患者接受度较好,可能是因为 MEWS 系统对于患者病情评估用时较短,花费较少,数分钟内就可完成,受限制较少,重复操作强,且干预小组成员都经过统一培训,对患者突发情况的发生具有较好的应急处理措施,带给患者的干预体验较好,因此满意度较高^[21]。

综上所述,脑卒中患者干预中应用 MEWS 系统,对于患者自我管理能力及锻炼依从性可有效提升,改善生活质量及神经功能,护理满意度较高,促进肢体功能恢复,效果较突出。但本研究纳入病例较少,今后仍需要进一步研究证实。

参考文献

[1] 潘阵江,鲍品,郁翠,等.上海市杨浦区 40 岁及以上常住居民脑卒中流行状况及影响因素分析[J].实用预防医学,2022,29(2):230-233.

[2] Bersano A, Kraemer M, Touzé E, et al. Stroke care during the COVID-19 pandemic: experience from three large European countries [J]. Eur J Neurol, 2020,27(9):1794-1800.

[3] 潘建丹,林芝,赵秋,等.中老年急性出血性脑卒中并发认知功能障碍调查及相关因素分析[J].实用预防医学,2022,29(2):245-248.

[4] 王修麒,程国玲,赵芝.联合康复干预降低脑卒中后吞咽障碍患者肺部感染率的效果及其对吞咽特异性生活质量的改善作用[J].国际护理学杂志,2021,40(10):1800-1805.

[5] 李海磊.强制性运动干预配合任务导向性训练对脑卒中恢复期老年患者运动耐力及跌倒效能的影响[J].中国老年学杂志,2021,41(5):1006-1009.

[6] 束嘉俊,王金琪,段霞,等.危重症患者病情动态评分信息化系统的构建与应用[J].中华现代护理杂志,2018,24(35):4305-4308.

[7] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国各类主要脑血管病诊断要点 2019[J].中华神经科杂志,2019,52(9):710-715.

[8] 刘鹏,马美丽,王景梅,等.基于 MEWS 与 SBAR 机制的风险预警系统研制[J].中国社区医师,2020,36(32):182-183.

[9] Guan FG,Wang M,Lian XQ. The status quo and influence of self-management behaviors in convalescent stroke patients[J]. Frontiers Nursing,2018,5(2):119-125.

[10] 林蕾蕾,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.

脑卒中偏瘫患者主要照顾者知信行情况及影响因素调查

刘铭, 刘丽爽, 王瑾

首都医科大学附属北京康复医院/神经康复中心, 北京 100144

摘要: **目的** 调查脑卒中偏瘫患者主要照顾者知信行情况及影响因素。 **方法** 随机选取 2018 年 2 月—2022 年 2 月首都医科大学附属北京康复医院 200 例脑卒中偏瘫患者主要照顾者作为调查对象, 采用个人情况调查表、脑卒中知信行量表进行调查, 通过 SPSS 21.0 分析数据, 采用多元线性回归分析脑卒中偏瘫患者主要照顾者知信行影响因素。 **结果** 200 例脑卒中偏瘫患者主要照顾者脑卒中知信行量表调查显示, 知识维度评分为 (20.69 ± 4.32) 分, 信念维度评分为 (27.26 ± 5.22) 分, 行为维度评分为 (23.94 ± 3.79) 分, 知信行总评分为 (71.89 ± 9.42) 分; 性别、年龄、文化程度、居住地及每日照顾时间均为脑卒中偏瘫患者主要照顾者知信行影响因素 ($P < 0.05$)。 **结论** 脑卒中偏瘫患者主要照顾者知信行水平普遍偏低, 其影响因素涉及性别、年龄、文化程度、居住地及每日照顾时间等, 临床应针对上述因素实施干预, 提高其知信行水平。

关键词: 脑卒中偏瘫; 主要照顾者; 影响因素

中图分类号: R743.3; R473.74 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-3110(2023)04-0489-04 **DOI:** 10.3969/j.issn.1006-3110.2023.04.025

脑卒中为神经内科常见脑血管疾病之一, 其发病率、病死率及致残率较高, 相关文献表明, 约 75% 存活的脑卒中患者会出现不同程度肢体偏瘫等后遗症^[1-3]。脑卒中偏瘫患者康复过程较为漫长, 加之其生活无法自理^[4-5], 不仅严重影响患者日常生活活动能力, 并在一定程度上增加了主要照顾者的照顾负担^[6-7]。主要照顾者在脑卒中偏瘫患者的照护过程中扮演至关重要角色, 其作为患者疾病管理、居家生活及维持良好健康的重要人员, 提高其知信行水平, 不仅有

作者简介: 刘铭 (1990-), 女, 吉林蛟河人, 本科, 主治医师, 研究方向: 神经康复。

通信作者: 刘丽爽, E-mail: liulishuang@163.com。

利于改善其对脑卒中偏瘫患者的照护能力, 同时能够早期预防、识别患者不良情绪、行为状态, 保证患者身心健康, 提高生活质量^[8-9]。既往针对脑卒中偏瘫主要照顾者的知信行研究多集中于干预措施及对生活质量的影响, 但缺乏原因分析。因此, 本研究调查脑卒中偏瘫患者主要照顾者知信行情况, 并分析其影响因素, 旨在为改善脑卒中偏瘫患者生活质量提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象 随机选取 2018 年 2 月—2022 年 2 月首都医科大学附属北京康复医院 200 例脑卒中偏瘫患者主要照顾者作为调查对象, 纳入标准: 主要照顾者年

- [11] 奚悦文, 范维琥. 明尼苏达心力衰竭生活质量调查表适用性的评价[J]. 上海医学, 2004, 27(4): 222-225.
- [12] 许光旭, 高晓阳, 陈文红. Fugl-Meyer 运动功能评分的敏感性及实用性[J]. 中国康复, 2001, 16(1): 18-19.
- [13] Runde D. Calculated decisions: NIH stroke scale/score (NIHSS) [J]. Emerg Med Pract. 2020, 15; 22(7): CD6-CD7.
- [14] 李武芬, 尤敏. 基于老年综合评估的护理干预对脑卒中恢复期患者 SS-QOL 评分的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(6): 1084-1087.
- [15] 沈亚玲, 朱伟, 夏晓燕, 等. 早期综合康复护理干预在急性脑卒中合并摄食-吞咽障碍患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(9): 58-60.
- [16] 胡芳芳, 解源源, 王婷, 等. 生活方式干预结合中医辨证施养在社区脑卒中高危人群中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(5): 140-142.

- [17] 袁小丽, 王晶, 张蕴. 四种重症评分对肾脓肿患者死亡风险预测价值[J]. 中国临床医生杂志, 2021, 49(8): 944-948.
- [18] 赵秀健. 全面护理结合 MEWS 评估系统对创伤骨科患者疼痛与并发症的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(27): 3071-3074.
- [19] 周晶晶, 崔蕾, 刘婷婷. 综合胸部物理护理管理在小儿重症肺炎中的应用效果分析[J]. 川北医学院学报, 2021, 36(4): 538-540, 544.
- [20] 付红玲, 徐瑞霞, 王希珏. 以 MEWS 为指导的护理干预在急性心力衰竭患者中的应用效果[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(2): 68-69.
- [21] 李晓燕, 都玉娜, 陈民, 等. 改良早期预警评分临床应用的 SWOT 分析[J]. 中华危重病急救医学, 2019, 31(4): 509-512.

收稿日期: 2022-04-11