

早期心理康复护理对中风后患者抑郁情绪的影响

张丹

十堰市郧阳区中医医院 湖北 十堰 442500

【摘要】目的：探讨早期心理康复护理对中风后患者抑郁情绪的影响，明确其临床应用价值，为中风后抑郁干预提供科学依据。方法：选取2024年1月至2025年12月我院收治的中风后抑郁患者80例，随机分为对照组和观察组各40例。对照组给予中风常规护理，观察组在对照组基础上实施早期心理康复护理，干预周期8周。以汉密尔顿抑郁量表（HAMD）、简易智力状态检查量表（MMSE）、日常生活能力量表（BI）为观察指标，对比两组干预效果及不良反应。结果：干预前，两组各项指标无统计学差异（ $P>0.05$ ）；干预后，观察组HAMD评分显著低于对照组，MMSE、BI评分显著高于对照组（ $P<0.05$ ），临床总有效率（92.50%）高于对照组（70.00%）（ $P<0.05$ ），两组不良反应发生率无差异（ $P>0.05$ ）。结论：早期心理康复护理可有效缓解中风后患者抑郁情绪，改善认知功能与日常生活能力，提升疗效且安全性良好，值得推广。

【关键词】：早期心理康复护理；中风；抑郁情绪

DOI:10.12417/2705-098X.26.12.083

中风作为临床高发的脑血管疾病，具有起病急、致残率高、预后较差的特点，严重威胁患者生命健康与生活质量^[1]。卒中后抑郁（PSD）是中风患者常见的心理并发症，临床发生率较高，患者常表现为情绪低落、兴趣减退、睡眠障碍等症状，不仅会降低患者康复治疗的积极性，延缓肢体与认知功能恢复，还会增加中风复发风险，加重家庭与社会医疗负担。目前，临床对中风患者的护理多聚焦于肢体康复与病情监测，对心理层面的干预重视不足，常规护理难以有效缓解患者抑郁情绪。因此，探寻科学有效的早期心理干预模式，对改善中风后患者抑郁状态、促进身心全面康复具有重要意义^[2]。本研究选取我院中风后抑郁患者为研究对象，探讨早期心理康复护理的临床效果，为临床护理工作提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择在2024年1月至2025年12月期间我院神经内科收治的、出现中风后呈现抑郁的患者80例，将其作为研究对象。

纳入标准：所有患者均符合中风（缺血性或者出血性）的相关临床诊断标准，参照《中华医学会第四届全国脑血管学术会议修订的各类脑血管病诊断要点》中的相关标准予以确诊；所有患者的发病时间小于或者等于14天，其意识清晰，能够配合完成量表的评估及护理干预。

排除标准：合并有严重的肝肾功能不全情况、有精神疾病病史、存在严重认知障碍而无法配合、患有恶性肿瘤以及其他严重躯体疾病的患者等。

采用随机数字表方法将其划分为对照组和观察组，每组均40例。两组患者在性别、年龄、中风的类型等一般资料方面差

异不具有统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比较性。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组给予8周中风常规护理，核心措施包括：密切监测患者生命体征、意识及肢体活动等病情变化；做好口腔、皮肤等基础护理，预防并发症；根据肢体功能指导被动、主动康复训练；向患者及家属开展中风相关知识、康复及饮食宣教，解答疑问。

1.2.2 观察组

在对照组常规护理基础上，实施早期心理康复护理，干预周期为8周，由经过专业培训的护理人员（均接受过康复心理学基本知识及卒中后抑郁心理干预相关培训并考核通过）负责实施，具体措施如下：

（1）心理评估与个体化干预计划制定：干预第1天，采用HAMD量表、MMSE量表、BI量表对患者进行全面评估，结合患者的性格特点、文化程度、家庭背景、抑郁程度及心理需求，制定个体化心理康复护理计划，明确干预重点与目标，每周根据患者心理状态变化调整干预方案。

（2）认知行为干预：每周开展2次认知行为干预，每次30min。通过引导患者识别自身负面认知（如“我没用了”“我再也站不起来了”等），帮助患者纠正认知偏差，建立积极乐观的认知模式；指导患者进行放松训练（如深呼吸、渐进式肌肉放松等），缓解焦虑、抑郁情绪，每次训练10-15min，每日2次。

（3）支持性心理护理：每日与患者沟通交流15-20min，采用倾听、共情、鼓励等方式，了解患者的心理感受，给予情

感支持与心理安慰，帮助患者释放负面情绪；向患者讲解中风后抑郁的可治性，分享康复成功案例，增强患者康复信心；鼓励患者表达自身需求，及时给予帮助，建立良好的护患关系。

(4) 家庭支持干预：每周组织1次家属座谈会，向家属讲解中风后抑郁的相关知识、心理康复护理的重要性及家庭支持的方法，指导家属多关心、陪伴、鼓励患者，避免指责、忽视患者，为患者营造温暖、和谐的家庭环境；鼓励家属参与患者的康复训练与心理护理过程，形成护患、家属协同干预模式。

(5) 音乐放松干预：每日为患者播放舒缓、优美的音乐，每次20min，早晚各1次，通过音乐舒缓患者的情绪，缓解心理压力，改善睡眠质量，间接缓解抑郁情绪。

1.3 观察指标

在干预前及干预8周后，由具备专业素养的医护人员来开展评估工作，保证评估结果客观且准确。①抑郁情绪：运用HAMD量表（该量表包含24项内容，评分范围为0-76分）来实施评估举措，所得到的评分数值越高，则表明抑郁的程度越严重；②认知功能：采用MMSE量表（此量表有30项内容，评分区间是0-30分）进行评估操作，评分越高就意味着认知水平越好；③日常生活能力：使用BI量表（该量表涵盖10项内容，评分范围是0-100分）开展评估工作，评分越高说明能力越强。

1.4 疗效判定标准

依据干预8周后患者的汉密尔顿抑郁量表（HAMD）评分的变化情况判定临床疗效，将其划分成痊愈、显效、有效、无效4个等级。痊愈：汉密尔顿抑郁量表（HAMD）评分小于8分，抑郁情绪完全消失，患者的精神状态良好；显效：汉密尔顿抑郁量表（HAMD）评分相较于干预前降低的幅度大于或者等于50%，抑郁情绪得到明显的缓解；有效：汉密尔顿抑郁量表（HAMD）评分相较于干预前降低的幅度处于25%-49%范围，抑郁情绪有一定程度的缓解；无效：汉密尔顿抑郁量表（HAMD）评分相较于干预前降低的幅度小于25%，甚至出现升高的情况，抑郁情绪没有得到缓解或者出现加重^[3]。

1.5 统计学方法

运用SPSS 26.0统计学软件开展数据分析，计量资料以($\bar{x} \pm s$)形式表示，组内比较采用配对t检验，组间比较采用独立样本t检验；计数资料以[n(%)]形式表示，进行比较时采用 χ^2 检验。将P<0.05作为差异具备统计学意义的标准。

2 结果

2.1 两组患者干预前后3项核心指标比较

干预前，两组患者HAMD评分、MMSE评分、BI评分比较，差异均无统计学意义(P>0.05)；干预8周后，两组患者HAMD评分均较干预前显著降低，MMSE评分、BI评分均较

干预前显著升高，且观察组上述指标改善幅度显著优于对照组，差异均有统计学意义(P<0.05)。详见表1。

表1 两组患者干预前后3项核心指标比较

组别	例数	时间点	HAMD 评分	MMSE 评分	BI 评分
对照组	40	干预前	24.52±3.21	20.35±2.48	45.62±8.75
		干预后	16.85±3.12	23.68±2.55	58.75±8.82
	t 值	10.256	6.382	6.895	
	P 值	<0.001	<0.001	<0.001	
观察组	40	干预前	24.68±3.15	20.52±2.51	46.15±8.62
		干预后	9.72±2.85	27.85±2.42	75.32±8.76
	t 值	19.872	14.256	15.328	
	P 值	<0.001	<0.001	<0.001	
干预后组间 t 值	-	-	10.365	7.892	8.256
干预后组间 P 值	-	-	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组患者临床疗效及不良反应发生情况比较

在实施干预举措持续8周后，对于观察组，其临床方面的总体有效比率达到了92.50%，该比率显著地高于对照组所呈现出的70.00%，此二者之间的差异具备统计学层面的意义(P<0.05)。在整个干预期间内，两组患者均没有出现较为严重的不良反应情况，所产生的不良反应主要表现为轻度的头晕以及乏力现象，对照组的发生比率为5.00% (2/40)，观察组的发生比率为7.50% (3/40)，对两组的不良反应发生比率进行比较后，发现二者之间的差异不具备统计学层面的意义(P>0.05)。详见表3。

表3 两组患者临床疗效及不良反应发生情况比较

组别	对照组	观察组	X ² 值	P 值
例数(n)	40	40	-	-
痊愈[n(%)]	6(15.00)	15(37.50)	-	-
显效[n(%)]	12(30.00)	16(40.00)	-	-
有效[n(%)]	10(25.00)	6(15.00)	-	-
无效[n(%)]	12(30.00)	3(7.50)	-	-
总有效率[n(%)]	28(70.00)	37(92.50)	7.44	0.006
不良反应[n(%)]	2(5.00)	3(7.50)	0.211	0.646

3 讨论

中风作为高发脑血管疾病,致残率高,卒中后抑郁是其常见并发症,发生率达30%-50%,与肢体功能障碍、生活自理下降及预后担忧密切相关,不仅降低患者康复积极性,还会增加中风复发风险,加重家庭与社会负担,因此早期心理干预尤为重要。本研究结果显示,干预后观察组HAMD评分显著低于对照组,MMSE、BI评分及临床总有效率显著高于对照组,且两组不良反应发生率无差异,提示早期心理康复护理疗效确切、安全性良好^[4]。

早期心理康复护理以“早干预、个体化”为核心,其作用机制主要体现在三个方面:一是个体化心理评估可精准把握患者心理需求,结合性格、家庭背景制定方案,提升干预接受度;二是认知行为干预可纠正患者负面认知,通过放松训练缓解焦虑抑郁,树立康复信心;三是支持性护理与家庭干预协同,每日沟通释放负面情绪,家属参与营造温暖环境,增强康复动力,音乐放松则通过调节情绪、改善睡眠形成良性循环^[5]。

参考文献:

- [1] 于佳卉.天津市老年中风患者愈中抑郁情绪的影响因素及社会支持研究[D].天津工业大学,2024.
- [2] 李星,陈建梅,邱玉慧.心理护理干预对中风患者康复效果的影响[J].心理月刊,2019,14(17):74.
- [3] 刘洁.综合护理干预对中风后抑郁患者生活质量的影响[J].现代诊断与治疗,2019,30(15):2730-2732.
- [4] 许美丽,吕玉华.心理护理在中风后抑郁患者护理中的应用效果及其对患者治疗依从性的影响[J].临床医学研究与实践,2019,4(13):163-165.
- [5] 石海燕.早期心理康复护理对中风后患者抑郁情绪的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(08):40+47.

本研究选取HAMD、MMSE、BI量表为观察指标,全面覆盖抑郁情绪、认知功能、日常生活能力,印证了该护理模式的综合干预价值。该模式无创、操作简便、成本低,无需特殊设备,适合各级医疗机构推广。本研究存在局限性:单中心、小样本、短周期,长期疗效未明确,未检测深层指标,未明确最佳干预强度。未来可开展多中心大样本研究,延长随访周期,深化机制研究,优化干预方案。

4 结论

早期心理康复护理可有效缓解中风后患者的抑郁情绪,显著降低HAMD评分,同时改善患者的认知功能与日常生活能力,提高MMSE评分、BI评分,提升临床干预效果,且安全性良好,无严重不良反应发生。该护理模式操作简便、成本较低、易于推广,能够为中风后抑郁患者的身心康复提供有力支持,契合临床中风康复的护理需求,值得在各级医疗机构推广应用。