

情绪共鸣干预结合神经可塑性促进护理对脑梗死患者负性情绪调节与康复依从性强化影响

王明清, 刘华, 何倩, 高霞

泰兴市人民医院神经内科, 江苏 泰兴

收稿日期: 2025年12月15日; 录用日期: 2026年1月8日; 发布日期: 2026年1月22日

摘要

目的: 探讨情绪共鸣干预结合神经可塑性促进护理对脑梗死患者负性情绪调节与康复依从性强化影响。方法: 选择2024年1~12月期间我院收治的脑梗死患者62例, 按照随机分组的方式分为对照组和实验组, 对照组采取常规护理, 实验组在对照组的基础上实施情绪共鸣干预结合神经可塑性促进护理。探讨不同护理方式对患者的预后影响。结果: 实验组干预后的焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分低于对照组($P < 0.05$)。实验组在训练执行依从、情绪干预配合、饮食/作息依从等康复依从性评分均优于对照组($P < 0.05$)。实验组护理后神经功能缺损评分低于对照组($P < 0.05$)。结论: 情绪共鸣干预结合神经可塑性促进护理可有效调节脑梗死患者负性情绪, 强化其康复依从性并改善神经功能缺损状况, 值得推广。

关键词

情绪共鸣干预, 神经可塑性促进护理, 脑梗死, 负性情绪, 康复依从性

Emotional Resonance Intervention Combined with Neuroplasticity Promotion Nursing Enhances Negative Emotion Regulation and Rehabilitation Adherence in Patients with Cerebral Infarction

Mingqing Wang, Hua Liu, Qian He, Xia Gao

Department of Neurology, Taixing People's Hospital, Taixing Jiangsu

Received: December 15, 2025; accepted: January 8, 2026; published: January 22, 2026

文章引用: 王明清, 刘华, 何倩, 高霞. 情绪共鸣干预结合神经可塑性促进护理对脑梗死患者负性情绪调节与康复依从性强化影响[J]. 临床医学进展, 2026, 16(1): 2054-2059. DOI: 10.12677/acm.2026.161259

Abstract

Objective: To explore the effects of emotional resonance intervention combined with neuroplasticity-promoting nursing on negative emotion regulation and rehabilitation compliance in patients with cerebral infarction. **Methods:** A total of 62 patients with cerebral infarction admitted to our hospital from January to December 2024 were randomly divided into a control group and an experimental group. The control group received routine nursing care, while the experimental group received emotional resonance intervention combined with neuroplasticity-promoting nursing in addition to the routine care. The impact of different nursing approaches on patient outcomes was investigated. **Results:** The post-intervention scores of the Self-Rating Anxiety Scale (SAS) and Self-Rating Depression Scale (SDS) in the experimental group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). The experimental group also scored higher than the control group in rehabilitation compliance, including training adherence, emotional intervention cooperation, and dietary/sleep regimen adherence ($P < 0.05$). Additionally, the neurological dysfunction scores in the experimental group were lower than those in the control group after nursing intervention ($P < 0.05$). **Conclusion:** Emotional resonance intervention combined with neuroplasticity-promoting nursing can effectively regulate negative emotions in patients with cerebral infarction, enhance their rehabilitation compliance, and improve neurological deficits, making it worthy of promotion.

Keywords

Emotional Resonance Intervention, Neuroplasticity-Promoting Nursing, Cerebral Infarction, Negative Emotions, Rehabilitation Compliance

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

脑梗死是临床常见的脑血管疾病，患者发病后常因肢体功能障碍、生活质量下降等因素产生焦虑、抑郁等负性情绪，而负性情绪又会进一步降低患者的康复依从性，形成恶性循环，影响整体康复效果[1]。目前临床护理多侧重于生理功能恢复与基础生活照料，对患者心理状态的干预及神经功能重塑的针对性措施尚存在不足，难以有效打破上述循环。情绪共鸣干预通过医护人员与患者的情感共情、沟通互动，可有效缓解负性情绪，建立良好护患关系；神经可塑性促进护理则基于脑功能重塑理论，通过个性化康复训练激发神经细胞代偿能力[2]。本研究旨在探讨两者结合对脑梗死患者负性情绪调节及康复依从性强化的影响，为优化临床护理方案提供理论依据与实践参考。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

研究选取 2024 年 1 月至 12 月期间本院接诊的脑梗死患者共 62 例，采用随机分配的方法将其划分为对照组与实验组两个组别。对照组包含 31 例患者，男性 17 例、女性 14 例；年龄跨度在 42 至 78 岁之间，平均年龄为 (58.36 ± 8.27) 岁；病程时长 1 到 6 个月不等，平均病程达 (3.12 ± 1.05) 个月。实验组同样为 31 例，男性 16 例、女性 15 例；年龄介于 40 至 76 岁，平均年龄是 (57.89 ± 8.03) 岁；病程 1 至 7 个月，

平均病程为 (3.28 ± 1.12) 个月。经统计学分析,两组患者在性别构成、年龄分布、病程长短等基础临床资料上的差异均未达到统计学显著水平($P > 0.05$),因此具备良好的可比性。

纳入标准 (1) 严格遵循《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》中关于脑梗死的诊断规范,且通过头颅CT或磁共振成像(MRI)检查明确存在对应的缺血性病灶;(2) 偏瘫患者采用 Lovett 肌力分级法评估四肢肌力,结果为 3~4 级; 表现出显著的负性情绪状态;(3) 自愿加入本项研究,且已签署书面知情同意文件。

排除标准 (1) 同时患有严重心、肝、肾等关键脏器功能衰竭,或确诊为恶性肿瘤的患者;(2) 伴有认知功能方面的障碍;(3) 既往有精神疾病病史,或目前正规律服用抗精神病类药物的患者。

2.2. 方法

对照组实施脑梗死常规护理。具体方式如下: 护理人员每日监测患者生命体征及神经功能变化,严格遵医嘱执行抗血小板、改善循环等药物治疗,观察药物不良反应。基础康复护理包括良肢位摆放指导、被动肢体活动训练,每日 2 次,每次 30 分钟; 饮食护理强调低盐低脂、高纤维饮食,帮助患者养成规律作息习惯; 常规健康宣教涵盖疾病知识、用药指导及居家康复要点,每周开展 1 次集体宣教,及时回应患者及家属的咨询,解答康复过程中的常见疑问。

实验组在对照组常规护理基础上实施情绪共鸣干预与神经可塑性促进护理。具体方式如下: (1) 情绪共鸣干预中,护理人员每日预留 30 分钟专属沟通时间,主动倾听患者的情绪表达,用共情式语言回应,通过轻拍肩部、眼神交流等非语言动作增强情感联结; 针对焦虑、抑郁情绪,采用情绪疏导技巧帮助患者释放压力,每周分享 2~3 个康复成功案例,每月组织 1 次病友交流会。(2) 神经可塑性促进护理基于脑功能重塑理论,制定个性化训练方案: 任务导向训练聚焦日常功能恢复,如练习握杯、行走等,每日 1 次,每次 40 分钟; 感觉刺激训练通过冷热刺激、触觉反馈激活患侧神经,每日 2 次,每次 20 分钟; 认知训练采用拼图、数字游戏激发神经代偿,每日 1 次,每次 25 分钟; 同时在病房布置患者熟悉的照片或物品,营造温馨环境促进神经重塑。护理人员每周评估患者情绪状态及康复进展,动态调整干预内容,确保训练的针对性与有效性。

两组干预起始时间均为患者入院后第 1 天,持续干预 8 周,无论患者是否提前出院,均需通过出院后随访继续干预至 8 周。

2.3. 观察指标

对比两组患者负性情绪。分别在干预前后进行评估,采取焦虑自评量表(SAS)评估焦虑情绪,满分为 80 分,分值越高代表焦虑越严重。采取抑郁自评量表(SDS)评估抑郁情绪,满分为 80 分,分值越高代表抑郁越严重。

对比两组患者康复依从性。分别在干预前后进行评估,采取自制《脑梗死患者康复依从性量表》(Cronbach's α 系数 = 0.83)。设置训练执行依从、情绪干预配合、饮食/作息依从 3 个维度,满分为 100 分,分值越高代表依从性越好。

对比两组患者神经功能缺损情况。采用神经功能缺损量表(NIHSS)对两组患者护理前后进行评估。总分为 42 分,得分越高,神经功能缺损情况越严重。

2.4. 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件进行统计分析。计量资料先行正态性检验,符合正态分布者以均数 \pm 标准差表示,组间比较用独立样本 t 检验,组内不同时间点比较采用重复测量方差分析; 不符合正态分布者以中位

数(四分位数间距)表示,用秩和检验。计数资料以频数(百分比)表示,组间比较用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 结果

3.1. 对比两组患者负性情绪

实验组干预后的SAS及SDS评分低于对照组($P < 0.05$),见表1。

Table 1. Comparison of negative emotions between the two groups of patients

表1. 两组患者负性情绪对比

组别	n	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	31	57.35 ± 6.21	53.20 ± 5.72	58.05 ± 6.43	54.12 ± 6.08
实验组	31	56.98 ± 5.87	42.05 ± 5.41	57.82 ± 6.11	43.01 ± 5.62
t		0.241	7.885	0.144	7.471
P		0.810	0.000	0.886	0.000

3.2. 对比两组患者康复依从性

实验组在训练执行依从、情绪干预配合、饮食/作息依从等康复依从性评分均优于对照组($P < 0.05$),见表2。

Table 2. Comparison of rehabilitation compliance between two groups of patients

表2. 两组患者康复依从性对比

组别	n	训练执行依从		情绪干预配合		饮食/作息依从	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	31	61.52 ± 5.83	66.14 ± 6.05	55.27 ± 6.18	58.35 ± 6.22	66.38 ± 5.72	70.41 ± 5.90
实验组	31	60.98 ± 5.67	80.25 ± 5.42	54.89 ± 5.93	84.61 ± 4.85	65.87 ± 5.51	77.92 ± 5.23
t		0.370	9.672	0.247	18.537	0.358	5.303
P		0.713	0.000	0.806	0.000	0.722	0.000

3.3. 对比两组患者神经功能缺损情况

实验组护理后神经功能缺损评分低于对照组($P < 0.05$)。见表3。

Table 3. Comparison of neurological deficits between two groups of patients

表3. 两组患者神经功能缺损情况对比

组别	例数	护理前	护理后
对照组	31	26.62 ± 5.32	16.48 ± 2.24
实验组	31	25.76 ± 4.58	12.85 ± 1.97
t		0.682	6.775
P		0.498	0.000

4. 讨论

脑梗死患者发病后，神经功能缺损常导致生活自理能力下降，患者易滋生焦虑、抑郁等负性情绪，此类情绪不仅损害心理健康，还会削弱康复训练的主动性；同时，神经功能恢复需长期系统的训练，患者往往因进展缓慢而丧失信心，依从性不足。因此，护理实践需兼顾心理状态调节与神经功能康复引导，以满足患者身心层面的核心需求[3]。而情绪共鸣干预通过医护人员与患者建立深度共情连接，理解其情绪体验与心理诉求，给予针对性情感支持，帮助患者缓解负性情绪，重建康复信心。这种干预模式能让患者感受到被接纳与尊重，减少心理防御，更主动地投入康复过程。神经可塑性促进护理则依托神经科学的核心原理，通过个性化康复训练刺激大脑神经回路重塑，促进受损功能恢复，其训练方案需贴合患者实际情况，循序渐进引导功能提升[4]。而情绪共鸣干预改善的心理状态为神经可塑性训练提供关键生理基础：负性情绪会激活下丘脑-垂体-肾上腺(HPA)轴，导致皮质醇持续升高，抑制脑源性神经营养因子(BDNF)的合成与释放，BDNF是神经可塑性的核心调控因子，其水平下降会阻碍突触重塑与神经回路代偿。情绪共鸣干预通过共情连接缓解焦虑抑郁，降低HPA轴活性，使皮质醇水平回落，BDNF表达上调，为神经可塑性训练创造了“易塑”的脑内环境。同时，患者在积极情绪下更易坚持训练；而神经可塑性训练通过重复刺激受损脑区，进一步增强BDNF分泌，促进轴突再生与突触修剪，带来的功能进步又会反向强化积极情绪，推动患者身心康复的整体进程。

本研究结果显示：(1) 实验组干预后的SAS及SDS评分低于对照组($P < 0.05$)。医护人员在干预过程中主动倾听患者的诉求，理解其因功能障碍产生的挫败感与对未来的担忧，通过共情式沟通建立起信任的护患关系。这种关系让患者感受到被接纳与尊重，逐渐放下心理防御，愿意表达真实的情绪状态。同时，针对性的情感支持帮助患者调整对疾病的认知，引导其关注康复过程中的积极变化，而非仅聚焦于当前的功能缺损，从而缓解焦虑与抑郁情绪[5]。(2) 实验组在训练执行依从、情绪干预配合、饮食/作息依从等康复依从性评分均优于对照组($P < 0.05$)。情绪共鸣干预带来的积极心理状态，降低了患者对康复训练的抵触情绪，使其更愿意主动参与训练。而神经可塑性促进护理基于个体差异设计的训练方案，既符合患者的实际能力，又能逐步提升训练难度，让患者在训练中获得成就感，进一步强化参与意愿[6]。此外，饮食与作息的指导结合了患者的生活习惯，减少了执行难度，使得患者更易坚持，最终在多个依从性维度上表现更优。(3) 实验组护理后神经功能缺损评分低于对照组($P < 0.05$)。负性情绪的缓解减少了应激激素对神经细胞修复的抑制，为神经功能恢复创造了良好的内环境。而高依从性在情绪改善与神经功能恢复间发挥关键作用，情绪共鸣干预降低焦虑抑郁后，患者对神经可塑性训练的抵触减少，训练执行依从性提升，确保了任务导向、感觉刺激等训练的连续性与规范性，持续的靶向刺激能精准激活受损脑区的备用神经通路，促进突触连接的重构。

5. 结论

综上所述，情绪共鸣干预与神经可塑性促进护理的整合应用，为脑梗死患者的身心康复提供了兼具情感支持与神经功能重塑的新型护理路径。未来需进一步拓展其适用场景与优化干预细节，以更好地满足脑梗死患者长期康复过程中的身心需求，推动护理服务向精准化与个性化方向发展。

参考文献

- [1] 渠倩倩, 任奇, 闫丽娟, 等. 基于潜变量增长混合模型康复锻炼依从性轨迹的护理干预在脑梗死病人中的应用[J]. 循证护理, 2025(23): 4974-4978.
- [2] 欧阳婵. 赋能理论下的强化康复护理在脑梗死偏瘫患者中的应用[J]. 基层医学论坛, 2025, 29(32): 151-153.
- [3] 石颖, 吴靖. 多功能一体化护理垫在脑梗死患者介入手术中的应用研究[J]. 临床医学研究与实践, 2025, 10(32):

- 126-129.
- [4] 王莹莹, 陈梦莹, 李幸洁. 基于 Pender 健康促进理论开展多学科协作护理在老年脑梗死患者中的应用效果[J]. 医学理论与实践, 2025, 38(21): 3727-3730.
 - [5] 陈茹梦, 孙姗姗, 吕珂. 前馈控制理念结合 1M3S 护理管理模式在急性脑梗死患者溶栓治疗中的应用效果[J]. 全科医学临床与教育, 2025, 23(10): 952-954.
 - [6] 王娜, 康妮, 冯莉娜. 家属共情式护理对老年脑梗死患者的影响[J]. 心理月刊, 2025, 20(20): 175-177.