

急性脑梗死患者综合护理干预有效性的研究

——基于马斯洛理论联合家庭支持的IMB护理模型

付丽影¹, 汪玉冰²

¹阜阳职业技术学院康养护理学院, 安徽 阜阳

²阜阳市第一人民医院南区神经外科, 安徽 阜阳

收稿日期: 2025年4月4日; 录用日期: 2025年5月6日; 发布日期: 2025年5月15日

摘 要

目的: 评估基于马斯洛理论联合家庭支持的IMB护理模型对急性脑梗死(ACI)患者居家护理干预的效果。本研究方法分为对照组、马斯洛理论组、IMB模型组和综合组。对照组接受常规护理, 综合组接受基于马斯洛理论联合家庭支持的IMB护理模型, 其他两组仅接受一种护理模型。结果: 综合组的护理模型可以降低ACI后患者的复发率和发生并发症的可能性, 改善患者的术后生活质量。结论: 基于马斯洛理论联合家庭支持的IMB护理模型可提高ACI患者居家护理的效果。

关键词

马斯洛理论, IMB护理模型, 急性脑梗塞, 复发

Study on Effectiveness of Comprehensive Nursing Intervention for Patients with Acute Cerebral Infarction

—IMB Nursing Model Based on Maslow Theory Combined with Family Support

Liying Fu¹, Yubing Wang²

¹School of Health Care and Nursing, Fuyang Vocational and Technical College, Fuyang Anhui

²Neurosurgery Department, South District of Fuyang First People's Hospital, Fuyang Anhui

Received: Apr. 4th, 2025; accepted: May 6th, 2025; published: May 15th, 2025

文章引用: 付丽影, 汪玉冰. 急性脑梗死患者综合护理干预有效性的研究[J]. 护理学, 2025, 14(5): 791-800.
DOI: 10.12677/ns.2025.145108

Abstract

Objective: To evaluate the effect of Maslow theory combined with family support IMB nursing model on home nursing intervention for patients with acute cerebral infarction (ACI). **Methods:** The study was divided into control group, Maslow theory group, IMB model group and comprehensive group. The control group received routine care, the comprehensive group received Maslow's theory combined with family support IMB care model, and the other two groups received only one care model. **Results** The nursing mode of comprehensive group could reduce the recurrence rate and the possibility of complications after ACI, and improve the quality of life of patients after ACI. **Conclusion:** IMB nursing model based on Maslow theory combined with family support can improve the effect of home nursing for ACI patients.

Keywords

Maslow's Theory, IMB Care Model, Acute Cerebral Infarction, Recurrence

Copyright © 2025 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

急性脑梗死(ACI)是指脑部血液循环突然中断,导致脑组织坏死,约占脑梗塞的 70% [1]。虽然随着医疗技术的进步,ACI 的预后有所改善,但发病率、残疾率、复发率依然很高。我国 ACI 复发率约为 15%~30%,高于国外的 15% [2]。根据 Goldstein 等[3]认为,既往脑卒中患者的脑卒中复发风险是首次脑卒中复发风险的数倍,约 1/4~3/4 的脑血管疾病患者在 2~5 年内复发;脑血栓形成的复发率为 17%~30%。一项研究发现,ACI 复发患者的致残和死亡风险明显高于首次发病的脑卒中患者,预后较差[4]。目前常规临床护理模式主要侧重于躯体症状的管理,而没有引导内在动机,无法满足患者个体化的生理和心理需求,不能显著改善患者的生活质量、预后和治疗结果。因此,需要一种新的护理模式来降低急性脑梗死患者的复发率。

由于急性脑梗塞经常导致运动、认知、言语和知觉功能障碍,身体难以维持各种生存需求。基于马斯洛需求层次理论的护理干预侧重于患者的身体和生理需求,并通过细致的护理服务来满足这些需求,以促进疾病的消退和身体功能的恢复[5]。另一种护理模型基于信息动机行为技能(IMB)模型,这是一种常用的行为改变模型,它涉及信息、动机、行为等因素,强调动机和行为干预,以弥补其他行为干预模式的局限性,具有很强的可操作性[6],被应用于冠状动脉搭桥术后患者的康复[7]、糖尿病[8]以及其他患者的自我护理等方面,可以显著提高患者的依从性。然而,很少有研究将这两种护理模式应用于急性脑梗死后的护理干预。本研究探讨了基于马斯洛理论联合家庭支持的 IMB 护理模型在急性脑梗死后患者居家护理中的作用。

2. 研究对象与方法

2.1. 研究对象

本研究纳入 2020 年 3 月至 2024 年 3 月在阜阳市第一人民医院接受介入治疗的 488 例急性脑梗死患

者。

纳入标准: 经 CT 或 MRI 等影像学检查确诊, 符合急性脑梗死诊断标准; 首次发作并能有效沟通愿意接受干预的人; 年龄 ≥ 18 岁; 本研究经医院伦理委员会批准, 患者签署知情同意书。

排除标准: 存在严重的心、脑、肺和肾功能不全、严重的精神疾病和严重感染; 造影剂过敏患者; 年龄 < 18 岁; 不配合相关检查或者临床资料不完整的。

基于 PASS 15 软件进行样本量计算, 具体过程如下: 根据既往研究, 急性脑梗死患者常规护理下的复发率约为 20%~30%, 假设基于马斯洛理论联合家庭支持的 IMB 护理模型可使复发率降低至 10%~15%, 设定检验效能 $(1 - \beta)$ 为 0.8, 显著性水平 α 为 0.05, 采用双侧检验。考虑到可能存在的失访率(预估为 10%), 以及逻辑回归分析中自变量个数(本研究涉及多个因素, 如年龄、基础疾病等)与样本量的比率要求(一般建议每个自变量至少需要 10~15 个样本), 最终计算得出需要纳入 488 例病例。

分组方法采用完全随机化分组。将符合纳入标准的 488 例患者编号, 使用计算机随机数生成器生成随机数, 按照随机数大小将患者分为对照组、马斯洛理论组、IMB 模型组和综合组 4 组, 每组 $n = 122$ 例。为确保分组的均衡性, 对四组患者的性别、年龄、BMI、高血压、糖尿病、高脂血症和 TOAST 分型等基线数据进行方差分析和卡方检验, 结果显示组间差异无统计学意义($P > 0.05$), 表明分组具有良好的均衡性。

2.2. 调查问卷

2.2.1. 一般问卷信息

包括人口统计学数据(例如性别、年龄、体重、体重指数(BMI)、吸烟史和饮酒史)和临床数据, 例如高血压史、糖尿病史、高脂血症史、ORG10172 在急性卒中治疗(TOAST)分型中的试验、心房颤动史和冠状动脉疾病史。

2.2.2. 美国国立卫生研究院卒中量表

(美国国立卫生研究院) [9] 用于评估干预前后患者的神经功能, 包括意识水平、凝视、视野、面部无力, 四肢运动性能, 感觉缺陷、协调(共济失调)、语言(失语症)、言语(构音障碍)和偏侧注意力不集中(忽视)在 10 个维度中, 分别对应 7、2、3、3、16、2、2、2、3 和 2 的分数, 共计 42 分。对于病情最严重的患者, 最高分仅为 40 分, 因为协调性晕动病与检查不配合, 记录为 0 分。昏迷得分最低为 35 分。该评分与神经功能呈负相关, 该量表的 Cronbach α 为 0.783。

2.3. 研究方法

2.3.1. 对照组在住院期间进行常规护理干预指导

1) 疾病知识健康宣教: 向患者及其家属和照顾者详细说明疾病的发病机制、后遗症和护理干预开展的必要性; 2) 药物的合理使用: 告知患者及其家属要遵医嘱正确用药, 不随意停药, 注意药物的不良反应和注意事项; 3) 出院后的常规出院教育。

2.3.2. 马斯洛理论组

1) 生理需求: a) 指导患者改变姿势, 进行翻身扣背, 并确保有效咳嗽去除口腔中的痰液, 以保持气道畅通, 具体操作方法为: 翻身时注意保持脊柱在一条直线上, 扣背时手指并拢、稍向内合掌, 由下向上、由外向内轻轻叩击, 每次叩击 3~5 分钟[5]。b) 提供高蛋白和高维生素饮食, 饮水量在 1500~2000 毫升/天左右, 坐着或半坐卧位吃饭, 如发生咳嗽, 并立即轻拍患者背部, 帮助他们咳出, 饮食方案可参考营养科制定的标准化食谱[5]。c) 应为患者创造良好的睡眠环境, 可以让病人睡前用中药泡脚(水温控制在

40℃~45℃, 浸泡 15~20 分钟)、喝杯牛奶、听舒缓的音乐, 必要时遵医嘱适当使用安眠药[5]。d) 病人因为卧床排便方式也发生了改变而且缺乏隐私性, 所以可以通过围帘遮挡、腹部按摩(以脐为中心, 顺时针方向按摩, 每次 10~15 分钟, 每天 2~3 次)的方法来促进患者排便[5]。

2) 安全要求: a) 要有夜间照明设备, 比如床头灯、小夜灯。注意防病人跌倒事件的发生, 比如地面干燥无水渍、有床栏, 定期检查床栏的稳固性和照明设备的正常使用[5]。b) 要做到为患者勤翻身(每 2 小时一次)、勤观察(观察皮肤颜色、温度、完整性等)、勤按摩(受压部位)、勤记录(记录皮肤情况和翻身时间)预防发生褥疮[5]。c) 对病室环境要定时消毒杀菌(每天空气消毒 2 次, 每次 1 小时)、开窗通风(每天 3 次, 每次 30 分钟)、指导有效咳嗽、促进有效排痰、手术要遵循无菌技术要求、护理操作要规范, 防止交叉感染[5]。

3) 归属需求: 做好病人家属的健康教育工作, 引导家属给与病人情感的支持, 同时加强病友之间的正能量交流, 每周组织 1~2 次病友交流会, 提高病人对治疗和后期康复的自信心。

4) 自尊和尊重需求: 护士要学会耐心聆听患者的心声, 耐心回答患者的问题, 尽力解决患者的各种需求, 在这个过程中要及时给与患者肯定和鼓励, 让患者保持良好的个人形象, 个人习惯得到满足。此外, 还可以帮助患者进行功能性锻炼以恢复自尊。当患者从长期卧床休息中醒来时, 应按摩其下肢肌肉; 他们的腿部肌肉应该从下到上, 从内到外以打圈的方式按摩; 足部的被动活动, 如踝关节内旋、外旋、屈曲、足背伸展等, 应予以引导和缓解; 膝盖弯曲, 使脚后跟尽可能靠近臀部。应指导患者进行肌肉力量对抗训练以恢复其肌肉张力。如果医护人员用力向下按压患者的肢体, 他们会向上用力以训练肌肉张力。肌肉张力恢复后, 可以训练患者独立行走和爬楼梯, 具体训练强度和频率根据患者的身体状况制定个性化方案[5]。

5) 自我价值需求: 通过科学合理的康复训练计划, 最大可能得提高患者的语言功能、认知共功能、心理健康的康复, 增强自理能力, 尽早恢复正常的工作和生活, 乐观面对一切。干预应在入院第一天开始, 训练有素的护理人员应在整个过程中进行干预, 直到患者出院。出院期间, 应指导和培训患者家属, 定期通过电话或互联网对患者进行随访, 每月至少随访 2 次, 随时解答患者家属的任何疑问[5]。

2.3.3. IMB 模型组应遵循的护理方法如下

1) 成立护理干预团队: 团队成员有科护士长、主管医师、6 名护理人员。科护士长负责向团队成员讲解 IMB 理论, 指导制定护理干预实施方案, 并监督和督促方案进度, 团队其他成员通过查资料、实地考察、头脑风暴制定护理干预方案的具体细节[6]。2) 信息干预: 团队成员对患者进行面对面访谈, 获悉患者的实际需求, 及时讨论制定相对应的护理干预措施并给予实施。在整个研究过程中, 有计划的对病人开展四次信息干预, 每次需要 30~40 分钟, 待病人病情趋于稳定(一般在术后 3~5 天)后, 收集患者的详细资料, 建立完善的个人档案, 开始进行实施康复锻炼, 康复锻炼每周 3~4 次, 每次 45 分钟, 信息干预内容包括疾病知识、康复方法、自我护理技巧等方面[6]。3) 动机干预: 患者在就诊时团队成员要主动关心病人, 鼓励患者参与到治疗和护理的全过程中, 积极表达自己的想法。团队成员可以通过各种形式的宣传手段(如播放康复案例视频、发放宣传手册等)向患者介绍治疗和康复比较成功的案例, 增强患者康复的信心和配合康复锻炼的积极性, 提高患者的自理能力。在干预的第一阶段, 动机性访谈的关键点是患者形成互信。在干预的第二阶段, 关键点是形成健康的生活方式和康复锻炼习惯, 增强自信心。在干预的第三个阶段, 关键点是提高患者对治疗和康复护理干预的依从性, 并鼓励患者及时反馈对干预的观点和建议[6]。4) 行为技能干预: 在整个护理干预期间鼓励患者互帮互助, 成立互助小组, 每周开展 1 次小组会议, 经常开展小组会议, 患者一起分享心得体会, 并由团队成员为患者提供自我护理管理、用药指导、健康饮食、合理运动、预防并发症和治疗技巧方面的指导[6]。

2.3.4. 综合组采用基于马斯洛理论联合家庭支持的 IMB 护理模型

综合组在出院前对患者进行护理教育, 并指导他们按时复查病情(出院后 1 周、1 个月、3 个月分别进行复诊), 并把与病例相关的信息移交给患者出院后所在的社区医院。社区医院的护理人员评估病人的病情进展, 并每两周进行一次家庭随访, 以检查他们的病情, 并提出进一步的居家护理计划, 家庭随访内容涵盖患者的身体状况、康复训练执行情况、心理状态等方面, 并根据评估结果及时调整护理方案[5][6]。

2.4. 数据统计分析

使用 SPSS 26 (IBM SPSS, USA)对数据进行统计分析。连续数据表示为平均值和标准差, 而计数数据表示为频率和百分比。通过进行方差分析和卡方检验来确定组间差异。使用 Bonferroni 方法进行二乘二比较, 校正 $\alpha=0.017$, 差异为 $P<0.017$, 被认为具有统计学意义。所有差异均被认为具有统计学意义, $P<0.05$ 。

3. 研究结果

1) 本研究中纳入的 488 名患者(每组 $n=122$ 名患者)的基线特征如表 1 所示, 方差分析和卡方检验结果显示, 四组患者在性别、年龄、BMI、高血压、糖尿病、高脂血症和 TOAST 分型方面的基线数据差异无统计学意义($P>0.05$)。

Table 1. Baseline data of included patients of ACI

表 1. 纳入 ACI 患者的基线数据

参数(N, %)	对照组	马斯洛理论组	IMB 模型组	综合组	F/X ²	P
性别						
男	65 (53.3)	63 (51.6)	66 (54.1)	57 (46.7)	1.600	0.659
女	57 (46.7)	59 (48.4)	56 (45.9)	65 (53.3)		
年龄(岁)	69.90 ± 6.61	70.66 ± 6.77	71.28 ± 6.80	70.66 ± 7.28	0.822	0.482
BMI (kg/m ²)	22.93 ± 2.36	22.74 ± 2.27	22.91 ± 2.59	22.48 ± 2.23	0.957	0.413
是否高血压						
是	35 (28.7)	36 (29.5)	33 (27.0)	35 (28.7)	0.191	0.979
否	87 (71.3)	86 (70.5)	89 (73.0)	87 (71.3)		
是否糖尿病						
是	27 (22.1)	31 (25.4)	31 (25.4)	30 (24.6)	0.478	0.924
否	95 (77.9)	91 (74.6)	91 (74.6)	92 (75.4)		
是否高血脂						
是	18 (14.8)	20 (16.4)	16 (13.1)	18 (14.8)	0.521	0.914
否	104 (85.2)	102 (83.6)	106 (86.9)	104 (85.2)		
是否吸烟						
是	38 (31.1)	41 (33.6)	36 (29.5)	37 (30.3)	0.535	0.911
否	84 (68.9)	81 (66.4)	86 (70.5)	85 (69.7)		

续表

是否饮酒						
是	11 (9.0)	13 (10.7)	8 (6.6)	13 (10.7)	1.640	0.650
否	111 (91.0)	109 (89.3)	114 (93.4)	109 (89.3)		
TOAST 分型						
LAA	49 (40.2)	59 (48.4)	58 (47.5)	55 (45.1)	7.654	0.812
SAO	31 (25.4)	32 (26.2)	27 (22.1)	29 (23.8)		
SUE	15 (12.3)	12 (9.8)	15 (12.3)	15 (12.3)		
SOE	12 (9.8)	7 (5.7)	9 (7.4)	15 (12.3)		
CE	15 (12.3)	12 (9.8)	13 (10.7)	8 (6.6)		
房颤病史						
是	13 (10.7)	14 (11.5)	14 (11.5)	16 (13.1)	0.377	0.945
否	109 (89.3)	108 (88.5)	108 (88.5)	106 (86.9)		
冠心病病史						
是	18 (14.8)	16 (13.1)	19 (15.6)	20 (16.4)	0.564	0.905
否	104 (85.2)	106 (86.9)	103 (84.4)	102 (83.6)		

ACI, 急性脑梗塞; IMB, 信息 - 动机 - 行为; BMI, 体重指数; TOAST, ORG 10172 在急性中风治疗中的试验; LAA: 大动脉粥样硬化; SAO, 小动脉闭塞; SOE, 其他确定病因的中风; SUE, 其他病因不明的中风; CE, 心源性栓塞。

2) 四组脑梗死复发率比较

卡方检验结果显示, 四组患者术后脑梗死复发率差异有统计学意义($P < 0.05$); 综合组的复发率最低, 为 9.0% (表 2)。

Table 2. Comparison of recurrence rate of cerebral infarction in four groups

表 2. 四组脑梗死复发率比较

项目(N, %)	对照组	马斯洛理论组	IMB 模型组	综合组
复发	27 (22.1)	17 (13.9)	18 (14.8)	11 (9.0)
未复发	95 (77.9)	105 (86.1)	104 (85.2)	111 (91.0)
X ²			8.425	
P			0.038	

IMB, Information-motivation-behavioral 信息 - 动机 - 行为。

3) 四组实验室指标比较

四组患者治疗后 1 个月血清学指标差异显著($P < 0.05$), 表明基于马斯洛理论联合家庭支持的 IMB 护理模型显著提高了治疗效果, 降低了术后复发风险(表 3)。

4) 四组患者 3 个月后神经和运动功能的比较

方差分析结果显示, 四组患者在凝视、面部无力和四肢运动功能方面差异有统计学意义($P < 0.05$), 综合组得分显著低于对照组(表 4)。

5) 四组并发症比较

4 组患者出院 3 个月后并发症发生率差异均有统计学意义($P < 0.05$)。这些结果表明, 该模型显著改

Table 3. Comparison of laboratory indicators among the four groups**表 3.** 四组实验室指标比较

项目	手术后 1 天 Hcy ($\mu\text{mol/L}$)	手术后 10 天 Hcy ($\mu\text{mol/L}$)	手术后 1 个月 Hcy ($\mu\text{mol/L}$)	手术后 1 天 NLR	手术后 10 天 NLR	手术后 1 个月 NLR	手术后 1 天 PLR	手术后 10 天 PLR	手术后 1 个月 PLR
对照组	21.39 $\pm$ 3.01	16.73 $\pm$ 3.23	12.19 $\pm$ 3.44	4.95 $\pm$ 1.26	4.05 $\pm$ 1.24	2.82 $\pm$ 1.17	144.08 $\pm$ 25.60	136.29 $\pm$ 24.38	108.58 $\pm$ 20.97
马斯洛理论组	21.71 $\pm$ 2.93	16.54 $\pm$ 2.98	11.06 $\pm$ 2.92	4.87 $\pm$ 1.28	3.67 $\pm$ 1.19	2.45 $\pm$ 1.09	144.16 $\pm$ 26.70	129.26 $\pm$ 27.26	102.25 $\pm$ 21.40
IMB 模型组	22.13 $\pm$ 3.38	15.91 $\pm$ 2.97	10.91 $\pm$ 2.66	4.77 $\pm$ 1.24	3.61 $\pm$ 1.19	2.34 $\pm$ 1.01	144.77 $\pm$ 26.50	129.57 $\pm$ 26.04	102.85 $\pm$ 23.30
综合组	21.95 $\pm$ 3.13	15.67 $\pm$ 3.03	10.00 $\pm$ 2.25	4.82 $\pm$ 1.27	3.59 $\pm$ 1.10	2.05 $\pm$ 0.89	142.40 $\pm$ 26.76	127.39 $\pm$ 26.82	96.79 $\pm$ 20.15
F	1.300	3.326	12.195	0.433	4.164	11.124	0.180	2.710	6.139
P	0.274	0.020	0.000	0.730	0.006	0.000	0.910	0.045	0.000
	手术后 1 天 CRP (mg/L)	手术后 10 天 CRP (mg/L) in	手术后 1 个月 CRP (mg/L)	手术后 1 天 IL-6 ($\mu\text{g/L}$)	手术后 10 天 IL-6 ($\mu\text{g/L}$)	手术后 1 个月 IL-6 ($\mu\text{g/L}$)			
对照组	12.92 $\pm$ 2.28	10.35 $\pm$ 2.32	6.20 $\pm$ 2.46	12.18 $\pm$ 4.42	9.82 $\pm$ 3.31	8.19 $\pm$ 2.82			
马斯洛理论组	12.59 $\pm$ 2.15	9.99 $\pm$ 2.21	5.33 $\pm$ 2.36	12.40 $\pm$ 4.87	9.31 $\pm$ 3.27	7.37 $\pm$ 2.69			
IMB 模型组	13.26 $\pm$ 2.34	10.52 $\pm$ 2.39	5.53 $\pm$ 2.42	12.18 $\pm$ 4.66	9.50 $\pm$ 3.33	7.93 $\pm$ 2.72			
综合组	12.97 $\pm$ 2.29	9.61 $\pm$ 2.33	5.47 $\pm$ 2.33	12.32 $\pm$ 4.93	9.13 $\pm$ 3.37	7.25 $\pm$ 2.55			
F	1.740	3.682	3.222	0.067	0.975	3.366			
P	0.158	0.012	0.022	0.977	0.404	0.019			

IMB, 信息 - 动机 - 行为; Hcy, 高糖苷; NLR, 中性粒细胞与淋巴细胞比值; PLR, 血小板与淋巴细胞比值; CRP, C 反应蛋白; IL-6, 白细胞介素 6。

善了患者的预后(表 5)。

4. 讨论

急性脑梗死(ACI)通常主要由于动脉粥样硬化和大脑供血的动脉血栓形成而发生。这导致管腔变窄甚至闭塞,导致局灶性急性脑供血不足[9]。一项研究[10]结果显示,多见于中老年人,冬季发病率高,死亡率约为 10%~15%。它是世界上最常见的急性脑血管疾病[11]。早期诊断和积极治疗对于改善预后尤为重要[12][13]。除了常见原因外,急性缺血性卒中可能是血液系统疾病的首发表现。一项研究[14]研究表明,血小板增多症、真性红细胞增多症、血栓性血小板减少性紫癜和 IgA lambda 骨髓瘤是血液系统疾病导致 ACI 的常见病因。ACI 的不同病因以不同的方式进行治疗和康复。一些研究表明,血管内介入,如动脉溶栓、溶栓、血管成形术等,是开放性闭塞血管(尤其是大血管)安全有效的治疗策略。然而,术后复发的风险仍然存在[15][16]。术后并发症的发生显著影响患者的预后[17][18]。因此,术后并发症的预防和护理以及疾病的随访管理很重要[19]。因此,研究基于马斯洛理论联合家庭支持的 IMB 护理模型对急性脑梗死介入手术患者的影响,这是临床护理模式的一种新实践。

Table 4. Comparison of NIHSS scores in four groups after intervention
表 4. 干预后四组 NIHSS 评分的比较

项目 (Mean ± SD)	意识水平	凝视	视野	面部无力	四肢运动功能
对照组	1.98 ± 1.51	1.03 ± 0.75	1.13 ± 1.02	1.32 ± 1.06	4.78 ± 3.31
马斯洛理论组	2.04 ± 1.30	0.84 ± 0.79	1.09 ± 1.03	1.02 ± 1.04	3.60 ± 2.55
IMB 模型组	1.96 ± 1.30	0.88 ± 0.84	1.05 ± 1.02	1.01 ± 1.03	3.55 ± 2.76
综合组	1.76 ± 1.20	0.69 ± 0.76	0.90 ± 0.97	0.83 ± 0.96	1.93 ± 1.88
F	0.994	3.933	1.195	4.844	23.395
P	0.395	0.009	0.311	0.002	0.000
	感觉缺陷	协调性 (共济失调)	语言(失语症)	言语(构音障碍)	偏侧注意力不 集中(忽视)
对照组	0.70 ± 0.78	0.81 ± 0.79	0.84 ± 1.04	0.56 ± 0.66	0.47 ± 0.67
马斯洛理论组	0.64 ± 0.73	0.75 ± 0.83	0.60 ± 0.92	0.57 ± 0.66	0.58 ± 0.70
IMB 模型组	0.66 ± 0.78	0.82 ± 0.82	0.75 ± 0.97	0.57 ± 0.69	0.56 ± 0.69
综合组	0.58 ± 0.74	0.61 ± 0.80	0.75 ± 0.97	0.40 ± 0.54	0.48 ± 0.63
F	0.565	1.673	1.339	1.948	0.832
P	0.639	0.172	0.261	0.121	0.477

IMB, 信息 - 动机 - 行为; NIHSS, 美国国立卫生研究院卒中量表。

Table 5. Comparison of complications among the four groups
表 5. 四组并发症比较

项目(N, %)	肺部感染	脑出血	心肌梗死	心力衰竭	静脉血栓形成
对照组	9 (7.4)	2 (1.6)	2 (1.6)	1 (0.8)	7 (5.7)
马斯洛理论组	1 (0.8)	1 (0.8)	0 (0.0)	1 (0.8)	2 (1.6)
IMB 模型组	2 (1.6)	1 (0.8)	1 (0.8)	0 (0.0)	2 (1.6)
综合组	1 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.8)	0 (0.0)
X ²	14.146	2.017	3.689	1.006	9.952
P	0.003	0.569	0.297	0.800	0.019

IMB, 信息 - 动机 - 行为。

本研究结果显示, 综合组复发性脑梗死和术后并发症的发生率低于对照组。一些炎症指标, 如 NLR 和 CRP, 在综合组的恢复率高于对照组。综合组患者术后 3 个月运动和神经功能恢复情况优于对照组患者, 说明基于马斯洛理论联合家庭支持的 IMB 护理模型显著改善了患者的预后。基于这些原因, 建议 1) 使用基于马斯洛理论联合家庭支持的 IMB 护理模型。急性脑梗死患者大多为老年人, 受教育程度普遍较低, 导致其对疾病的认识不足, 缺乏护理知识和技能, 进而影响其术后康复。关于 IMB 模型的使用, 同时向患者及其家属发布信息, 让家属与患者一起了解在护理和康复过程中应采取的预防措施。通过分析患者的动机水平, 鼓励家属的支持, 并邀请家属与患者一起学习行为操作技能, 为患者提供出院后护理, 了解术后护理的重要性。关于马斯洛理论的应用, 指导家属在生理和心理健康的各个方面照顾患者(例如, 指导家属帮助患者改变姿势, 注意患者术后情绪以防止情绪不稳定等)。2) 关于各组间的差异, 综合组的

得分在某些方面高于对照组和 IMB 模型组/马斯洛理论组。与 IMB 模型组/马斯洛理论组相比, 综合组的干预加强了基于马斯洛理论/IMB 理论和家庭支持的干预, 促进了家庭对患者需求和健康状况的关注。该技术需要家人参与干预过程, 这有助于患者减轻身心负担并从康复计划中受益。此外, 持续的护理和出院后的定期随访鼓励患者寻求专业指导和教育, 这有助于避免因护理不当而引起的术后并发症的发生。

3) 干预方法: 所有内容同时提供给患者及其家属。定期与这些家庭联系, 并关注其的身心健康。4) 个体化干预计划: 制定该计划, 包括患者及其家属的意见。5) 家庭支持: 焦虑、恐惧和许多其他不良心理情绪会产生生理应激, 这可能会阻碍患者的预后[6]这种护理模式指导患者家属关注患者的身心健康。鼓励他们共同努力, 提高患者的家庭支持感; 他们在整个过程中陪伴患者并鼓励患者, 为他们提供情感支持, 这可以帮助患者快速康复。

综上所述, 基于马斯洛理论联合家庭支持的 IMB 模型不仅重视理论训练、动机和行为技能, 而且注重患者的各种需求和家庭的支持。因此, 基于马斯洛理论联合家庭支持的 IMB 模型应引入急性脑梗死患者的健康教育和术后护理的康复方案中, 因为与常规护理相比, 该模型可显著改善患者的预后。

5. 结论

对于急性脑梗死患者的术后护理干预, 基于马斯洛理论联合家庭支持的 IMB 护理模型, 可显著降低脑梗死复发率和并发症发生率。同时, 患者预后得到改善, 临床指标明显改善。这是提高家庭护理有效性的有前途的策略。

基金项目

安徽省高校科研自然科学基金重点项目(2023AH052424);

安徽省高等学校人文社科重大项目(2024AH0403501)。

参考文献

- [1] Tan, Z., Zhang, C. and Tian, F. (2019) Spectrum of Clinical Features and Neuroimaging Findings in Acute Cerebral Infarction Patients with Unusual Ipsilateral Motor Impairment—A Series of 22 Cases. *BMC Neurology*, **19**, Article No. 279. <https://doi.org/10.1186/s12883-019-1516-y>
- [2] Süner, H.İ., Tanburoğlu, A., Durdağ, E., Çivi, S., Güneşli Yetişken, A., Kardeş, Ö., et al. (2021) Effect of Decompressive Hemicraniectomy in Patients with Acute Middle Cerebral Artery Infarction. *Turkish Journal of Medical Sciences*, **51**, 2057-2065. <https://doi.org/10.3906/sag-2011-66>
- [3] Goldstein, L.B. and Perry, A. (1992) Early Recurrent Ischemic Stroke. a Case-Control Study. *Stroke*, **23**, 1010-1013. <https://doi.org/10.1161/01.str.23.7.1010>
- [4] Teng, L. and Meng, R. (2019) Long Non-Coding RNA MALAT1 Promotes Acute Cerebral Infarction through miRNAs-Mediated HS-CRP Regulation. *Journal of Molecular Neuroscience*, **69**, 494-504. <https://doi.org/10.1007/s12031-019-01384-y>
- [5] Li, M., Ji, Y., Yang, Z. and Xie, H. (2022) Development of Humanistic Nursing Practice Guidelines for Stroke Patients. *Frontiers in Public Health*, **10**, Article 915472. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.915472>
- [6] Li, M. and Zhu, H. (2022) Application of Intervention of Information Motivation Behavior Skill (IMB) Model in the Cardiac Rehabilitation of Patients with Coronary Heart Disease. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, **38**, 1627-1632. <https://doi.org/10.12669/pjms.38.6.5721>
- [7] Sheeran, P., Maki, A., Montanaro, E., Avishai-Yitshak, A., Bryan, A., Klein, W.M.P., et al. (2016) The Impact of Changing Attitudes, Norms, and Self-Efficacy on Health-Related Intentions and Behavior: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, **35**, 1178-1188. <https://doi.org/10.1037/hea0000387>
- [8] Nelson, L.A., Wallston, K.A., Kripalani, S., LeSturgeon, L.M., Williamson, S.E. and Mayberry, L.S. (2018) Assessing Barriers to Diabetes Medication Adherence Using the Information-Motivation-Behavioral Skills Model. *Diabetes Research and Clinical Practice*, **142**, 374-384. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.05.046>
- [9] Kwah, L.K. and Diong, J. (2014) National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). *Journal of Physiotherapy*, **60**, 61. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2013.12.012>

-
- [10] Donnan, G.A., Fisher, M., Macleod, M. and Davis, S.M. (2008) Stroke. *The Lancet*, **371**, 1612-1623. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)60694-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60694-7)
- [11] Ovbiagele, B. and Nguyen-Huynh, M.N. (2011) Stroke Epidemiology: Advancing Our Understanding of Disease Mechanism and Therapy. *Neurotherapeutics*, **8**, 319-329. <https://doi.org/10.1007/s13311-011-0053-1>
- [12] Mo, Z., Tang, C., Li, H., Lei, J., Zhu, L., Kou, L., *et al.* (2020) Eicosapentaenoic Acid Prevents Inflammation Induced by Acute Cerebral Infarction through Inhibition of NLRP3 Inflammasome Activation. *Life Sciences*, **242**, Article ID: 117133. <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2019.117133>
- [13] Qin, C., Shang, K., Xu, S., Wang, W., Zhang, Q. and Tian, D. (2018) Efficacy and Safety of Direct Aspiration versus Stent-Retriever for Recanalization in Acute Cerebral Infarction. *Medicine*, **97**, e12770. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000012770>
- [14] Arboix, A. and Besses, C. (1997) Cerebrovascular Disease as the Initial Clinical Presentation of Haematological Disorders. *European Neurology*, **37**, 207-211. <https://doi.org/10.1159/000117444>
- [15] Guo, J., Wang, J., Guo, Y., *et al.* (2020) Association of Aspirin Resistance with 4-Hydroxynonenal and Its Impact on Recurrent Cerebral Infarction in Patients with Acute Cerebral Infarction. *Brain and Behavior*, **10**, e01562.
- [16] Zhu, F. and Ye, Q. (2022) Effect of Medical Care Linkage-Continuous Management Mode in Patients with Posterior Circulation Cerebral Infarction Undergoing Endovascular Interventional Therapy. *World Journal of Clinical Cases*, **10**, 10478-10486. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i29.10478>
- [17] 张彦, 何妍, 陈淑, 等. 颅内大血管闭塞超过 24 h 所致进行性脑卒中患者血管内治疗的安全性和有效性[J]. 神经学研究 2021, 43(12): 1031-1039.
- [18] Li, C.W., Wang, C.G., Yi, Z.Q., *et al.* (2021) [Evaluation of Intravascular Therapy for Cerebral Ischemic Tandem Stenosis]. *Chinese Journal of Surgery*, **59**, 203-209.
- [19] 赵祥光, 张孝良, 程冬敏, 等. 氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性脑梗死伴脑微出血患者的临床效果及安全性探讨[J]. 中外医疗, 2018(31): 4-6.