

偏瘫肢体康复训练在脑梗死患者护理中的应用

蔡颖

(定兴县医院)

【摘要】目的：探究对脑梗死患者实施偏瘫肢体康复训练的效果。方法：纳入时间：2023年6月-2024年6月，脑梗死患者60例，随机数字表法均分为观察组与对照组，对照组予以常规护理，观察组在此基础上联合偏瘫肢体康复训练，分析组间异同。结果：NIHSS评分、上肢FAM评分及下肢FAM评分分析，干预前组间无异， $P > 0.05$ ，干预后，观察组NIHSS评分较对照组低，上肢及下肢FAM评分较对照组高， $P < 0.05$ 。结论：偏瘫肢体康复训练能够积极改善脑梗死患者的神经功能与肢体功能，效果理想，值得临床推广。

【关键词】脑梗死；偏瘫；肢体康复训练

Application of rehabilitation training of hemiplegic limbs in nursing of cerebral infarction patients

Cai Ying

(Dingxing County Hospital)

[Abstract] Objective: To explore the effect of rehabilitation training for hemiplegic limbs in patients with cerebral infarction. Methods: Time: 2023.6-2024.6, 60 patients with cerebral infarction were divided into two groups by random number table method. Control group was given routine nursing, Observation group was combined with rehabilitation training of hemiplegic limbs. Results: After intervention, NIHSS score of observation group was lower than control group, and FAM scores of upper limb and lower limb were higher than control group, $P < 0.05$. Conclusion: Hemiplegic limb rehabilitation training can improve the nerve function and limb function of patients, worthy of clinical promotion.

[Key words] cerebral infarction; Hemiplegia; Physical rehabilitation training

脑梗死为临床高发的脑血管疾病，患病率、致残率、致死率均较高。现阶段，社会人口老龄化程度的加深导致该病的患病人数越来越多，推动了临床不断探寻可行、有效、安全的治疗、护理方式。现代医疗技术水平的进步确保了脑梗死临床救治的及时性，但依然无法规避语言障碍、肢体瘫痪等后遗症的发生，导致患者出现肢体功能障碍，加重其焦虑、恐惧、抑郁、烦躁等负面情绪，加重疾病危害^[1]。对此，需要临床加强干预，否则患者的治疗依从性会受到情绪的影响，导致康复训练无法顺利进行，康复效果大打折扣。据资料显示^[2]，对脑梗死患者进行偏瘫康复训练，能够促进患者运动功能与生活质量的提升。偏瘫康复训练主要针对患者的肢体功能障碍，分析患者的情况，从各个方面入手，积极改善其肌力、运动力、协调力，保证康复效果。根据以上描述，本文纳入60例脑梗死病例，以对照研究的方式展开分析，以此探究对脑梗死患者实施偏瘫肢体康复训练的效果，详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

择选2023年6月-2024年6月时间段内于我院入诊的60例脑梗死患者，随机数字表法均分为观察组与对照组；对照组：30例，男18例，女12例，年龄范围45-75岁，均值 (60.33 ± 2.47) 岁；观察组：30例，男17例，女13例，年龄范围47-75岁，均值 (61.46 ± 2.88) 岁。两组基线资料可比， $P > 0.05$ ，且均对研究知情。

纳入标准：经临床影像学技术确诊；意识清晰可正常沟通；基线资料完整；研究依从性良好。

排除标准：并发严重性基础疾病；并发恶性肿瘤；凝血、免疫机制异常；精神障碍者。

1.2 方法

对照组：常规护理。严格遵从医嘱指导患者用药，出血性卒中患者应第一时间止血，缺血性卒中患者应及时予以抗

血栓治疗。期间,紧密监测患者的基本生命体征,定时按摩,更换体位以预防压力性损伤。

观察组:在此基础上联合偏瘫肢体康复训练。

(1)体位摆放。卒中偏瘫患者早期应进行功能位摆放干预。患者仰卧时不可将头部过度屈伸,在患侧肩部垫软枕以避免后缩,略微外展上肢,拇指向外侧,在下肢股外侧垫软枕避免外旋。

(2)体位变换。保持仰卧位以加强伸肌,保持健侧卧位以加强屈肌,体位每2h更换1次,可在家属或护理人员的协助下进行。每次更换体位后需确保肢体处于功能位,避免其屈曲或足下垂外翻。

(3)关节活动。患侧活动范围的确定根据健侧肢体,训练早期积极关注肩关节、肘关节、膝关节的活动范围,循序渐进过渡至腕关节、指关节、趾关节,每关节5-6次,2次/d。根据患者的恢复情况鼓励其自主进行健侧带动患侧的训练。

(4)坐站训练。首先,逐渐将床头抬高,坐位维持30min,随后在护理人员的辅助下由仰卧位转变为坐位,引导患者由健侧带动转变为坐位。随后酌情以健侧带动转变为床旁坐立、站立、无辅助站立,结合患者的完成情况合理调整训练强度,频次每天15-20min,每天3次。

(5)步行训练。将身体重量50%的重量置于患者下肢并进行迈步训练。训练早期合理控制训练量,避免足外翻,配合助行器或家属辅助进行练习,保持行走重心,完成正确的步态。训练10-15min/次,2-3次/d。待患者可缓慢独立行走,可在家属的陪同下上下楼梯,10-15min/次,2-3次/d。

(6)日常生活能力训练。在家属陪伴下帮助患者完成洗漱、穿衣、进食等日常行为训练,待患者可自行活动,指导其进行主动训练,20-30min/次,3次/d。此外,在训练过程中注意观察患者的情绪状态,一旦发现患者有消极情绪,

应立即予以针对性地疏导,避免患者情绪波动过大影响训练的顺利进行,坚定患者的康复训练信心。同时,嘱咐患者家属予以陪伴,在患者进行训练时多予以患者鼓励,以亲情的力量让患者能够坚持训练,保证训练效果。

(7)核心稳定训练。仰卧屈膝、仰卧提臀、跪式直背;平衡气垫训练:平衡站立,随后坐立,再跪桥单手单腿支撑,20-30min/次,4次/d。核心稳定训练可帮助患者强化肌力与平衡力,从而为高效完成康复训练动作奠定基础。

(8)按摩。评估患者的身体恢复情况与耐受度适当按摩,首先按摩头部,随后用拇指按摩患者上肢,最后用弹法按摩患者下肢。按摩期间指导患者做关节被动运动。康复训练期间全力保障患者的安全。

两组均干预28d。

1.3 观察指标

(1)神经功能(NIHSS)评分:量表:卒中量表,0-42分,分低为佳。

(2)运动功能(FAM)评分:量表:Fugl-Meyer运动功能评定量表,上肢功能共33项,满分66分,分低为佳;下肢功能共17项,满分34分,分低为佳。

1.4 统计学方法

文中数据以SPSS25.0软件进行分析,评分为计量资料,均数±标准差表示,t检验。 $P < 0.05$ 体现数值差异有统计学价值。

2 结果

如表1所示,NIHSS评分、上肢FAM评分及下肢FAM评分分析,干预前组间无异, $P > 0.05$,干预后,观察组NIHSS评分较对照组低,上肢及下肢FAM评分较对照组高, $P < 0.05$ 。

表1 两组NIHSS评分、上肢FAM评分及下肢FAM评分比较[$\bar{x} \pm s$ /分]

| 组别 | 时间 | NIHSS 评分 | 上肢 FAM 评分 | 下肢 FAM 评分 |
|---------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| 观察组 (n=30) | 干预前 | 22.36 ± 3.21 | 28.97 ± 5.41 | 18.16 ± 3.14 |
| | 干预后 | 10.45 ± 2.21 | 42.79 ± 6.22 | 26.69 ± 3.25 |
| 对照组 (n=30) | 干预前 | 22.78 ± 3.25 | 28.71 ± 5.46 | 18.66 ± 3.28 |
| | 干预后 | 18.69 ± 3.46 | 35.26 ± 4.16 | 22.31 ± 3.07 |
| | 干预前后观察组 t/P | 16.738/0.000 | 9.182/0.000 | 10.338/0.000 |
| | 干预前后对照组 t/P | 4.719/0.000 | 5.226/0.000 | 4.450/0.000 |
| | 干预后两组 t/P | 10.993/0.000 | 5.511/0.000 | 5.366/0.000 |

3 讨论

近几年,受各方因素影响,脑梗死的临床患病率有显著增长,该病所导致的卒中后偏瘫问题成为了临床关注的重点。同时,医疗模式的改革让人们对自身健康问题逐渐关注,也对医疗服务的要求更加严格。据统计数据^[3],偏瘫在脑梗死中的发生率较高,加重病情的同时,增加了临床治疗的难度。脑梗死偏瘫患者的主要症状体征为运动感觉与能力出现程度不一的下降,日常行为及生活能力严重受损。患者生活质量降低,导致心理状态受到影响。临床针对脑梗死偏瘫患者,需要及时予以对症治疗,结合康复护理,以此积极改善预后。大部分脑梗死患者机体功能减退,抵抗力、免疫力降低^[4]。因此,康复训练的针对性与有效性非常关键,以加快患者肌力的恢复。脑梗死偏瘫康复训练的核心在于患肢活动,以此促进患者尽早恢复正常运动,逐渐恢复生活能力。结合既往研究,脑梗死偏瘫的恢复时间不定,患者的病情、情绪、配合度均会对训练效果造成影响。部分患者抵触训练,情绪波动较大,导致训练无法顺利进行。临床建议,尽早进行偏瘫康复训练,常规而言,若患者意识清晰、生命体征稳定,在治疗后 48-72h 展开康复训练^[5]。结合肢体按摩以促进血液循环,预防水肿与压力性损伤。同时,按摩能够松懈粘连,促进营养状况的改善,帮助患者恢复肢体功能。

结合本文的研究结果,护理后,观察组 NIHSS 评分较

对照组低,上肢及下肢 FAM 评分较对照组高, $P < 0.05$ 。文中,早期体位摆放与体位变化作用在于避免肢体畸形,维持良好的功能位。关节活动可缓解痉挛,牵拉肢体可避免长期卧床导致的肌肉萎缩^[6]。结合对刺激细胞进行良性刺激,协助患者进行坐立、坐站、步行与上下楼梯训练,循序渐进增加运动强度,并在反复刺激下建立全新的神经通路,重建运动模式。卒中偏瘫康复训练需要具有连续性,早期活动能够帮助大脑皮质运动区动作定型,提升其协调性^[7]。同时,日常生活训练有利于提升患者的自理能力与生活质量。结合既往研究^[8],常规康复训练仅仅针对偏瘫患者的肢体活动,对其平衡训练的重要性有所忽视。尽管康复训练改善了患者的肢体功能与肌肉力量,但其平衡力较差,因而导致康复训练效果大打折扣。稳定核心目的在于稳定人体核心、促进上下肢力量的传递并控制中心,核心的肌肉群、韧带及结缔组织均会对训练造成影响。文中,在康复训练后配合核心稳定性训练,有助于帮助患者提升核心肌群的稳定性,建立患者合理控制重心的能力,为上下肢的运动提供支点,均衡上下肢的发力习惯,从而促进患者控制力的提升。此外,按摩可帮助患者放松肌肉,缓解疲劳,促进血液循环,加强康复训练效果。

综上所述,将偏瘫肢体康复训练施于脑梗死患者,可对其神经功能与肢体功能起到积极的改善作用,推广意义深远。

参考文献:

- [1]阮海燕.脑梗死合并高血压护理中偏瘫肢体康复训练护理的应用及对患者血压水平与肢体功能的影响 [J].心血管病防治知识, 2023, 13 (33): 30-31+35.
- [2]叶云, 林华晶, 纪艳虹.脑梗死患者偏瘫肢体康复训练护理方法以及效果观察 [J].中国医药指南, 2023, 21 (27): 46-49.
- [3]林晶晶, 张肇帆, 李长君.镜像疗法联合康复训练对脑梗死偏瘫患者 FMA 评分、BBS 评分和血清 GDF-15、Fibulin-5 水平的影响 [J].分子诊断与治疗杂志, 2023, 15 (08): 1393-1396+1401.
- [4]刘淑娴, 刘莉玲, 方毓芬.良肢位摆放结合偏瘫肢体康复训练对脑梗死伴偏瘫患者康复效果的影响 [J].中西医结合护理(中英文), 2023, 9 (04): 162-164.
- [5]李娜.肢体康复训练对脑梗死偏瘫患者的效果及生活质量的影响 [J].中国现代药物应用, 2023, 17 (02): 171-173.
- [6]孙琳琳, 吴伟莉, 于维娜.脑梗塞护理中偏瘫肢体康复训练护理的应用研究 [J].智慧健康, 2022, 8 (34): 227-230+235.
- [7]冯莉, 唐开第.脑梗死患者护理中应用偏瘫肢体康复训练护理的效果分析 [J].大医生, 2022, 7 (20): 133-135.
- [8]杜娟, 徐德宏, 杜月坛.综合性康复训练结合心理护理对脑梗死偏瘫患者的影响 [J].心理月刊, 2022, 17 (16): 132-134.