

脑梗塞患者护理中偏瘫肢体康复训练护理的效果观察

王燕

(江西省南昌市南昌大学第二附属医院 江西南昌 330000)

【摘要】目的:探讨将偏瘫肢体康复训练应用于脑梗塞患者中的效果。方法:以我院于2020年7月至2022年6月收治的88例脑梗塞偏瘫患者为研究对象,以随机数字表法分组。对照组(n=44)给予常规护理,观察组(n=44)在对照组的基础上给予偏瘫肢体康复训练。对比两组的运动功能评分量表(FMA)评分、康复有效率、生活质量综合评定问卷(GQOLI-74)评分、并发症总发生率。结果:观察组上肢、下肢及GQOLI-74评分均高于对照组($p<0.05$)。观察组康复有效率高于对照组($p<0.05$)。与对照组相比,观察组并发症总发生率较低($p<0.05$)。结论:将偏瘫肢体康复训练应用于脑梗塞患者中,可以改善肢体功能和康复效果,减少并发症,提高生活质量。

Effect of hemiplegia rehabilitation training in patients with cerebral infarction

Wang Yan

(Second Affiliated Hospital of Nanchang University, Nanchang, Jiangxi Nanchang, Jiangxi 330000)

[Abstract] Objective: To investigate the effect of hemiplegia rehabilitation training in patients with cerebral infarction. Methods: 88 patients with cerebral infarction hemiplegia admitted from July 2020 to June 2022. The control group (n=44) was given routine care, and the observation group (n=44) was given hemiplegia limb rehabilitation training on the basis of the control group. The motor function score scale (FMA) score, recovery performance rate, quality of life comprehensive assessment questionnaire (GQOLI-74) score, and the overall incidence of complications were compared. Results: The upper, lower, and GQOLI-74 scores in the observation group were higher than the control group ($p<0.05$). The recovery response rate of the observation group was higher than that of the control group ($p<0.05$). The overall incidence of complications was lower in the observation group compared with the control group ($p<0.05$). Conclusion: The application of hemiplegia limb rehabilitation training to patients with cerebral infarction can improve the limb function and rehabilitation effect, reduce complications, and improve the quality of life.

脑梗塞是一种突发性脑功能障碍综合征,多由急性脑循环障碍引发。脑梗塞好发于中老年人群,其发病较急,数分钟即可表现为完全性卒中,甚至会引发严重脑水肿。并且即使病情稳定、好转后,仍会发生突然加重或出血现象。据了解,超过70%的脑梗塞患者会发生功能障碍,其中最常见类型是偏瘫,并且对患者的生活影响最大^[1-2]。因此,对脑梗塞患者的护理目标以改善肢体运动功能为主。康复训练则可以对各关节、肢体进行训练,使患者从被动活动转换为主动活动,并且利于患者神经系统恢复,肢体运动功能显著好转^[3]。本研究对我院收治的88例脑梗塞偏瘫患者进行分组护理,探讨偏瘫肢体康复训练的应用效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院于2020年7月至2022年6月收治的脑梗塞偏瘫患者88例,采用随机数字表法分成两组。对照组(n=44)男性24例,女性20例;年龄56~77岁,平均年龄(66.58±5.67)岁。观察组(n=44)男性25例,女性19例;年龄58~79岁,平均年龄(67.04±5.61)岁。两组对比($p>0.05$)。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:经CT、MRI检查,临床确诊为脑梗塞^[4];首次发病;伴有单侧肢体瘫痪;年龄≤80岁;患者及家属知情同意。

排除标准:重要器官严重功能性障碍;神经或精神性疾

病。

1.3 方法

对照组:实施常规护理。严密监测患者生命体征,遵医嘱对患者控制血压、颅内压、改善微循环、止血、抗凝等药物治疗。根据患者个人情况,进行风险评估,并及时远离危险因素。向患者及家属科普脑梗塞偏瘫相关知识,及时给予心理疏导。指导家属为患者进行变换体位和肢体按摩。关注患者病情变化和身体状况,及早进行常规康复训练。

观察组:在对照组基础上实施偏瘫肢体康复训练。

①组建康复小组,小组成员包括1名护士长、8名责任护士,组长由护士长担任。对小组成员进行岗前培训,内容包括脑梗塞瘫痪相关知识和偏瘫肢体康复训练的理论、操作。之后进行考核,成绩合格者方能上岗。

②小组成员收集患者的临床资料,根据患者的病情、生理和心理状态等个人情况,结合临床实践经验和文献资料,制订个性化的偏瘫肢体康复训练方案。

③体位。患者取仰卧位,在其肩下放置软枕,注意头部不可过度屈伸。上肢外展,下肢股外侧下垫软枕。指导家属每2h更换仰卧位、健侧卧位,注意使肢体处在功能位。

④按摩。指导家属早晚各按摩1次患者肢体,力度适宜,时长约为20~30min。嘱咐家属关注患者皮肤情况并做好清洁。

⑤关节活动。早期进行被动训练,协助患者对各关节(腕关节、肩关节、髋关节、膝关节、踝关节等)进行屈曲、伸展、内外旋、外展等训练,力度、频率、活动范围等根据患者肌力、耐受性等情况进行调节。对近端关节进行固定,每

个关节训练 5~6 次, 持续时间 3~5s, 每天 2 组。

⑥分离运动及控制能力训练^[5]。患者保持仰卧位, 撑起患侧上肢前屈至 90°。要求患者将肩部抬起, 手指向上, 保持不动, 时间尽可能长。协助并引导患者移动患侧上肢, 用患侧手触碰对侧肩部。

⑦翻身训练。协助患者向患侧、健侧翻身, 并嘱咐患者反复练习, 直至可完全自主翻身。

⑧坐站训练。逐渐抬高病床床头, 患者可维持坐位 30min 后, 协助患者利用健侧带动由卧位转换为坐位, 患者熟练掌握后, 协助进行床旁站立训练, 直至可无助力站立。训练全程护理人员注意做好患者防护措施, 避免跌床、摔倒。每次训练时长 20~30min, 每天 3 组。

⑨步行训练。患者下肢能够担负身体一半重量时, 引导并协助患者练习向前迈步。注意行走重心稳定、步态规范。每次 10~15 步, 每天 3 组。直至患者可自主行走后, 协助患者进行上、下楼梯训练, 练习至患者感到不适, 每天 2 次。

两组护理时长均为 2 个月。

1.4 观察指标

1.4.1 肢体功能指标

采用运动功能评分量表 (FMA) 评估患者肢体功能。FMA 分为 2 个部分: 上肢、下肢。上肢部分有 33 条项目, 总分 66 分。下肢部分有 17 条项目, 总分 34 分。得分越高, 肢体功能越好。

1.4.2 康复效果

观察并统计患者的康复有效率。采用美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 评估神经功能缺损程度。NIHSS 包括意识、感觉、语言等方面, 总分 42 分。得分越高, 神经缺损越严重。治愈: 患者 NIHSS 评分降低 $\geq 90\%$, 且肢体运动功能完全恢复。显效: 患者 NIHSS 评分降低 $< 90\%$ 但 $\geq 50\%$,

肢体运动功能明显恢复。有效: 患者 NIHSS 评分降低 $< 50\%$ 但 $\geq 20\%$, 肢体运动功能轻微改善。无效: 患者 NIHSS 评分降低 $< 20\%$, 肢体运动功能无改善。有效率 = $1 - \text{无效例数} / \text{总例数} \times 100\%$ 。

1.4.3 生活质量

采用生活质量综合评定问卷 (GQOLI-74) 评估患者的生活质量。GQOLI-74 包括 4 个方面: 物质生活、躯体功能、社会功能、心理功能。其中, 物质生活总分 16~80 分, 其它部分 20~100 分。得分越高, 生活质量越高。

1.4.4 并发症情况

1.5 统计学分析

应用软件 SPSS23.0 分析, 计数资料 [n (%)] 用 χ^2 检验; 计量资料 ($\bar{x} \pm s$) 用 t 检验。P < 0.05, 则说明对比差异显著。

2 结果

2.1 两组肢体功能指标对比

干预前, 两组对比 (p > 0.05); 干预后, 相比如对照组, 观察组上肢、下肢评分均较高 (p < 0.05)。见表 1。

2.2 两组康复效果对比

相比如对照组, 观察组康复有效率较高 (p < 0.05)。见表 2。

2.3 两组生活质量对比

干预前, 两组对比无差异 (p > 0.05); 干预后, 相比如对照组, 观察组 GQOLI-74 评分均较高 (p < 0.05)。见表 3。

2.4 两组并发症情况对比

相比如对照组, 观察组并发症总发生率较低 (p < 0.05)。见表 4。

表 1 两组肢体功能指标对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	上肢		下肢	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	44	27.24 ± 3.51	44.22 ± 4.81*	16.93 ± 2.02	25.89 ± 3.15*
对照组	44	27.35 ± 3.57	37.49 ± 3.95*	16.95 ± 2.01	20.96 ± 2.74*
t		0.146	7.172	0.047	7.833
p		0.884	0.000	0.963	0.000

注: 与干预前相比, *p < 0.05。

表 2 两组康复效果对比 [n (%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	有效率
观察组	44	5 (11.36)	9 (20.45)	28 (63.64)	2 (4.55)	42 (95.45)
对照组	44	2 (4.55)	7 (15.91)	26 (59.09)	9 (20.45)	35 (79.55)
χ						5.091
p						0.024

表 3 两组生活质量对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	物质生活		躯体功能	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	44	32.33 ± 4.56	45.66 ± 5.21*	34.18 ± 5.10	47.11 ± 5.09*
对照组	44	32.48 ± 4.48	41.72 ± 4.27*	34.21 ± 5.18	42.87 ± 4.98*
t		0.156	3.880	0.027	3.950
p		0.877	0.000	0.978	0.000

续表 3

组别	例数	社会功能		心理功能	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	44	36.18 ± 5.49	50.12 ± 5.78 [*]	35.37 ± 5.61	47.85 ± 6.13 [*]
对照组	44	36.22 ± 5.42	43.54 ± 4.17 [*]	35.44 ± 5.58	41.55 ± 6.24 [*]
t		0.034	6.124	0.059	4.777
p		0.973	0.000	0.953	0.000

注：与干预前相比，^{*}p<0.05。

表 4 两组并发症情况对比[n (%)]

组别	例数	压疮	下肢深静脉血栓	肩关节脱位	髋关节外旋	总发生率
观察组	44	1 (2.27)	1 (2.27)	0 (0.00)	1 (2.27)	3 (6.82)
对照组	44	3 (6.82)	2 (4.55)	1 (2.27)	4 (9.09)	10 (22.73)
χ						4.423
p						0.035

3 讨论

脑梗塞是一种常见的脑血管疾病,其发病机制为脑部血管狭窄或堵塞,导致脑组织缺血、缺氧从而引发脑神经损伤或组织坏死。脑梗塞的致残率和死亡率均较高,对患者的生命安全造成了严重威胁^[6]。脑梗塞患者会发生感知觉、运动功能障碍,最常见的是偏瘫。偏瘫会使患者患侧肌力下降,严重影响患者日常生活,并为家庭和社会带来了巨大负担^[7]。实践证明,肢体康复训练应用于脑梗塞偏瘫患者中的效果较好。

观察组上肢、下肢功能评分相比对照组均较高(p<0.05)。说明偏瘫肢体康复训练能够有效改善患者肢体功能。合理的体位,可以使肢体处于功能位,避免肢体畸形。对患者肢体按摩,可以避免肌肉萎缩。尽早对关节进行被动训练,能够避免肌肉痉挛,为之后主动训练奠定基础。控制能力训练,可以提高患者控制力,从而促进肢体功能恢复。翻身、坐、站、行走等训练,可以锻炼肢体各个部位肌肉力量、活动度,改善患者平衡能力和肢体控制力,从而使肢体功能获得极大改善。

观察组康复有效率相比对照组较高(p<0.05)。说明偏瘫肢体康复训练可以促进脑梗塞患者康复。早期康复训练可以快速建立脑侧支循环,助于脑功能重塑,从而改善患者神经功能。有效的肢体康复训练可以有效改善患者肢体功能,使得康复效果理想。

观察组 GQOLI-74 评分相比对照组均较高(p<0.05)。翻身、坐、站、行走等训练,可以提高患者自理能力。控制能力训练可以提高患者协调性,为洗澡、进食、入厕等日常生活锻炼奠定条件,提升患者生活自理能力,使其积极、快速融入社会角色,从而使患者生理、心理等层面得到满足,提高了患者的生活质量。

观察组并发症总发生率相比对照组较低(p<0.05)。定期变换体位和按摩能够改善患者局部血液循环,加速患者下床活动可以避免长期卧床,减少压疮和下肢深静脉血栓的发生风险。肩下和股外侧垫软枕,可以对肩关节、髋关节起固定作用,避免关节脱位。

综上所述,对脑梗塞偏瘫患者实施偏瘫肢体康复训练,可以改善肢体功能和康复效果,提高其生活质量,减少并发症。

参考文献:

- [1]KOLOMINSKY-RABAS P L, WEBER M, GEFELLER O, et al. Epidemiology of ischemic stroke subtypes according to TOAST criteria: incidence, recurrence, and long-term survival in ischemic stroke subtypes: a population-based study[J]. Stroke, 2001, 32 (12): 2735-2740.
- [2]KESSNER S S, SCHLEMM E, CHENG B, et al. Somatosensory Deficits After Ischemic Stroke: Time Course and Association With Infarct Location[J]. Stroke, 2019, 50 (5): 1116-1123.
- [3]秦龙江, 徐乐义, 王孝义. 针灸联合偏瘫肢体康复训练对老年脑梗死后偏瘫患者肢体功能、神经功能和生活质量的影响[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42 (5): 1071-1074.
- [4]各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, (6): 60-61.
- [5]PARK J. Effects of task-oriented training on upper extremity function and performance of daily activities in chronic stroke patients with impaired cognition[J]. J Phys Ther Sci, 2016, 28 (1): 316-318.
- [6]康宾宾, 张晓雨. 阳性团体心理指导联合康复训练对脑梗死后偏瘫患者心理负担的影响[J]. 中国健康心理学杂志, 2021, 29 (7): 1001-1005.
- [7]陈健, 童明月, 陈洁, 等. 刺络推拿结合四肢联动康复训练器治疗脑梗死后偏瘫 54 例[J]. 环球中医药, 2022, 15 (8): 1445-1448.