

早期康复治疗急性脑卒中患者的临床疗效观察

张海燕

南京市建邺区沙洲社区卫生服务中心 江苏 南京 210000

摘要: **目的:** 观察分析早期康复治疗急性脑卒中患者的临床疗效。**方法:** 本次研究对象选取2020年5月—2021年7月期间的64例急性脑卒中患者进行对比分析,并随机分为观察组与参照组,每组各32例。对照组采用常规治疗方式。观察组在对照组的基础上实施早期康复治疗。**结果:** 两组患者治疗前后神经功能缺损评分及活动功能评分比较。治疗前,两组神经功能缺损评分及活动功能评分比较差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,观察组神经功能缺损评分低于对照组,活动功能评分高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。具体见表1。生活质量变化评分。结果显示,观察组患者干预后30d生活质量评分更高($P < 0.05$)。具体见表2。比较分析两组患者的治疗效果。结果显示,对照组总有效率为81.25%,观察组为96.88%,具有统计学意义($P < 0.05$),具体见表3。**结论:** 早期康复治疗对急性脑卒中患者的积极影响非常明显,在康复锻炼之后,能改善患者的生活能力、肢体运动情况,在实际工作中,值得在临床上进一步推广应用。

关键词: 早期康复治疗;急性脑卒中;临床疗效;观察分析

引言

脑卒中是医学常见疾病和多发疾病,具有很高的死亡率和致残率。此病与慢性疾病、抽烟喝酒等坏习惯息息相关。发病时无特别病症,一部分患者伴随头昏、困乏、间断性四肢麻木等症状。因为时间短,程度较轻,非常容易被忽略。但此病具备进度快速、对脑部危害比较大的特性。因而,一定要重视提升急性脑中风的治理方法。中风严重威胁人体健康。#039;身心健康。在中国,其发病率已经超过肿瘤和心脑血管疾病,变成致死的关键缘故。中风的特点就是发病率高、复发性高、致残率高、死亡率高。急性脑中风患病后,在短期内进行合理的治疗和高效的护理诊断,还可以明显改进患者的愈后,减少死亡率,改进患者的神经功能缺损。早期康复医治认为根据早期各种各样康复治疗对策,加快患者的恢复。

1 资料与方法

1.1 资料与方法

本次研究资料随机选取2020年5月—2021年7月期间的64例急性脑卒中患者开展对比分析,并采用随机数字法将其分为观察组与参照组,每组各32例。

纳入标准: ①符合中华医学会编著的《临床诊疗指南神经病学分册》(2010年)中的急性脑卒中诊断标准,且经过CT或MRI检查,确诊为脑卒中;②年龄 ≥ 18 岁;③脑卒中发病经医疗救治后,病情稳定,生命体征平稳;④意识清楚,能独立回答问题。本次研究患者资料符合试验标准;患者知晓自身资料被调取可能性;所

有患者入院后经临床诊断,确诊为急性脑卒中偏瘫;患者认知功能正常,可接受后续的随访调查^[1]。

排除标准: ①既往有精神病史、痴呆史、智力障碍者或脑卒中后精神障碍有严重的认知障碍,无法正常沟通交流者;②存在急性心肌梗死、心力衰竭、呼吸衰竭、恶性肿瘤、肝功能障碍等严重疾病及其他可能危及生命的疾病的病人。③患者入院时存在严重原发性疾病或器质性疾病;患者基本资料不满足本次试验要求;患者由于主观因素可能无法进行后续的试验调查或参加后续随访。

1.2 方法

1.2.1 对照组 患者住院后立即评定病况,去治疗,开展抗感染,调整电解质溶液等。填补大脑神经培养液。病况趋于平稳后,对患者开展康复评估,并及时用药治疗。功能训练以床前训练为主导,迟缓向床前挪动,躯体逐步向患肢转动;按时给病人翻身。

1.2.2 观察组 在常规治疗基础上开展早期康复治疗模式:

(1) 调节骨关节活动,让患者开始处于被动活动。在病人以后。观念修复,引导他们积极主动活动,开展双手交叉托起等训练,开展腿部桥牌规则训练。每一个骨关节每日活动2~3次,每一次10次以上,逐步增加活动量。

(2) 翻身训练。依照2~4次/d的工作频率,激励患者独立翻身,改进肌肉组织功能。

(3) 吸气训练。具体指导患者开展吹泡泡训练、咽喉

部冷刺激性训练等。以提升他的咽下功能和吸气功能。

(4) 体控电疗干涉。参考患者的神经功能, 设定电疗仪主要参数, 不断根据体控电疗刺激性, 修补患者的损伤神经系统。

(5) 生物反馈治疗: 患者取座位, 上臂平放在桌面, 维持释放压力情况。电极各自粘附于它的上臂冈上肌和前臂背侧肌的皮肤表层, 而且刺激强度依据患者的现象而设置。当电刺激产生时, 具体指导患者留意。除此之外, 中医针灸、岗位治疗法和其它对策一般可以治疗。

(6) 站立训练: 上臂往前屈伸, 头和躯体略微前伸, 重心点渐渐地移向两脚, 之后伸出屁股, 屈伸屁股和膝关节, 再慢慢站起。医护人员必须在你旁边帮助自己。膝关节向舒张压, 立在两道杠上, 渐渐地挪动。伴随着腿部重量的提高, 能够训练患者行走机构或上下楼。

(7) 对患者的神经开展电刺激, 关键刺激点为患者, 电极放置于健身运动点, 通常是上臂外旋肌和伸肌运动点, 腿部设在屈肌运动点。电刺激时, 依据患者的具体情况选择合适的, 依据患者的现象明确刺激强度和电流量。每天一次, 每回20min, 每两周一次, 对患者进行评价。

(8) 心理干预治疗: 在恢复训练中, 应给予患者精神上的激励, 告之患者康复锻炼的价值和重视度。

(9) 日常生活活动能力指导。日常日常生活活动能力是急性脑卒中病人极为重要的危害因素, 日常日常生活活动能力越小, 急性脑卒中病人的经验性回避水平越大。日常日常生活活动能力是体现病人功能问题损伤水平的重要因素, 并且对病人身心健康和生活品质产生影响。日常日常生活活动能力低病人, 日常生活更应该别人的帮助, 病人无法接受实际, 非常容易造成失落感和没用感, 否认自己的价值, 引起负面情绪和心理困惑, 经验性回避水平比较高。因而, 医务人员应密切关注日常日常生活能力相对较低的病人, 提升康复锻炼的健康宣讲, 给与支持鼓励, 减少病人的经验性回避水平, 协助病人早日恢复^[2]。

1.3 观察指标

(1) 对比2组患者治疗前后左右神经功能缺损评分及活动作用评分, 治疗前后左右生活品质及焦虑情绪评分。

(2) 比比较患者干涉后生活品质转变, 恢复30 d以后选用 ADL Barthel (日常生活自理能力评分评定量表) 剖析, 首先从身体作用、独立生活、大便等多个方面剖析。总成绩 100 分, 评分越高生活品质就越好。关键剖析干涉后 30 d。

(3) 比较2组患者的治疗实际效果进行科学点评, 分成: 效果显著: 患者的脑卒中病症(半身不遂、言语

障碍等)基本上消退, 可独立生活, 医学检查患者的生命体征正常; 合理: 患者的病症改进显著, 生命体征稳定; 失效: 患者的病症未产生变化, 需要有人协助进行日常日常生活, 测算2组患者的治疗高效率。

1.4 统计学方法

采用SPSS17.0统计学软件对数据进行分析。计量资料采用 $(\bar{x} + s)$ 表示, 组间比较行 t 检验; 计数资料采用 $[n(\%)]$ 表示, 组间比较行 χ^2 检验; $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较2组患者治疗前后左右神经功能缺损评分及活动作用评分

结果显示, 治疗前, 2组神经功能缺损评分及活动作用评分较为差别均无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后, 观察组神经功能缺损评分小于对照实验组, 活动作用评分高过对照实验组, 差异性具备统计意义($P < 0.05$)。具体见表1。

表1 两组患者治疗前后神经功能及活动功能评分比较 ($\bar{x} + s$, 分)

组别	例数	神经功能缺损评分		活动功能评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	32	15.13±4.35	13.03±3.82	19.13±3.67	49.65±6.17
观察组	32	15.61±4.42	9.15±3.26	19.08±3.73	64.56±6.83
t 值	-	0.032	4.152	0.03	8.642
P 值	-	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05

2.2 生活质量变化评分

结果显示, 观察组患者干预后30d生活质量评分更高($P < 0.05$)。具体见表2。

表2 干预前后两组患者的生活质量评分比较

组别	例数	干预前	干预后 30 d
对照组	32	54.26±2.03	65.23±2.05
观察组	32	53.95±1.97	69.17±2.65
t 值	-	1.251	7.192
P 值	-	0.923	0.000

2.3 比较分析两组患者的治疗效果

结果显示, 对照组总有效率为81.25%, 观察组为96.88%, 具有统计学意义($P < 0.05$), 具体见表3。

表3 治疗效果对比 $[n(\%)]$

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	32	21	10	1	31 (96.88)
对照组	32	17	9	6	26 (81.25)
χ^2 值	-	-	-	-	4.010
P 值	-	-	-	-	0.045

3 讨论

脑卒中是威胁人类健康的常见疾病,不仅给病人身体遗留了不同程度的功能障碍,也给家庭和社会带来了沉重的疾病负担,并诱发抑郁、焦虑和自杀等一系列心理问题。经验性回避是一种适应不良的心理过程,指个体不愿意与特定的内在经验(如想法、情绪、躯体感觉、记忆、行为倾向等)共处,并采取措改变这些经验的形式、频率和引发这些经验的情境。研究显示,低水平经验性回避对促进病人身心健康和积极行为有重要意义^[1]。

以往使用的常规治疗流程必须进行挂号、挂号、就诊等常规流程,会增加抢救时长,危害抢救实际效果。一般来说,脑卒中患者在患病后6钟头中进行急诊科治疗会获得比较好的治疗实际效果,而基本救护步骤的应用不可以合理达到临床医学治疗要求。急性脑中风关键是一种脑血管病,它是一种因患者忽然裂开所引起的脑组织损伤病症。脑血管病和阻拦血液进到大脑心血管堵塞。病人临床症状为侧颜、四肢无力、中风面瘫、半身不遂等不适。也是一种临床医学高发病症,特点是致死率和致残率高,严重危害病人的生命安全。现阶段此病通常采用药物手术治疗,但是由于治疗时间久,修复慢,效果不佳。有研究者明确提出,对该病的早期康复治疗可以有效反转病情严重,做到干涉实际效果,与此同时可以有效降低临床医学病发症。

医学临床上,急性脑卒中是一种严重威胁病人身心健康的病症,也是十分常见疾病之一。临床医学治疗说明,此病患率、病发率、致死率高,发病十分迅速,病况变化大,严重危害病人人身安全。关键患病群体为中老年,治疗后容易发生肢体偏瘫、言语障碍等种种状况,能够降低病人的生活品质。现代科学科学研究强调,急性脑卒中患病率逐年上升,在其中普遍的病人为中老年。病症爆发后,患者的病情快速转变对患者人身安全导致了巨大威胁。除此之外,很多病人在治疗后很

容易出现半身不遂和其它欠佳情况,造成病人的功能问题。针对急性脑卒中人群来说,错过了恢复治疗的最佳时期是造成功能问题的主要原因。因而,在具体治疗中,必须依据病人的具体情况开展早期治疗恢复治疗,并对病人作出客观评论;锻炼身体水平和平衡作用。一般情况下,病人都会选择药品等方式治疗,但忽略早期康复也会导致病人错过了较佳恢复机会,发生病发症。伴随着医疗事业的飞速发展,脑中风的治理越来越注重早期康复。依据病人的具体情况,开展康复工作,提升病人的健康意识;自主神经、平衡能力和最大限度的呼吸功能。

本次研究结果显示,恢复治疗后,观察组病人的日常生活品质、身体运动作用得分和指数均大于对照实验组,且观察组的治疗高效率高过对照实验组,差别有显著性差异。由此可见,在病症初期开展恢复治疗,依据病人的具体情况挑选恢复计划方案,能提高恢复高效率,改进病人的日常生活。

结束语

综上所述,早期康复治疗对急性脑卒中患者出现显而易见的积极意义。通过康复锻炼,能改善病人的身体状况,生活自理能力和身体运动。在日常工作中,非常值得在临床上进一步全面推广。

参考文献

- [1]海琴,彭桂莹,王翠颜.早期康复护理干预对急性缺血性脑卒中患者取栓后功能恢复的影响[J].内蒙古医学杂志,2020,52(7):866-868.
- [2]向星宇,张梦雪.早期中医康复治疗与护理干预对急性缺血性脑卒中患者的影响分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(18):116.
- [3]陆兰芳,朱海惠.脑卒中患者生活质量影响因素的结构方程模型分析[J].中国卫生统计,2021,38(2):276-279.