

神经内科护理中对脑卒中康复护理的临床研究

周秀雯

乌海市中医蒙医医院 内蒙古 乌海 016000

摘要:目的: 分析神经内科护理中对脑卒中康复护理的应用效果。方法: 选取2023年4月-2024年4月本院84例脑卒中患者开展研究, 用随机数字表法平均分为对照组42例, 行常规护理, 观察组42例, 行康复护理, 比较两组护理效果。结果: 观察组的SF-36、手指、平衡、下肢、上肢和Barthel指数均明显高于对照组, NIHSS评分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 给予脑卒中患者康复护理能显著改善运动能力、神经功能, 提升生活质量, 具有推广价值。

关键词: 神经内科; 脑卒中; 康复护理; 神经功能; 运动能力

脑卒中发生率高, 患病后, 患者运动、神经等均会受到影响, 出现功能障碍。受诸多因素影响, 引发脑血管损伤, 导致脑组织损伤, 或为整体性, 或为局灶性。相关研究提出, 发病7d内脑卒中患者出现偏瘫率为73%-86%, 行动困难占比71%-77%, 无法独坐占比47%, 劳动能力受损或丧失者约占75%, 日常生活中要有人配合, 患者精神压力大, 无论社会, 还是家庭, 均有沉重负担^[1]。患者发病后, 多采取临床抢救, 为改善各项功能, 后续要实施康复护理, 以不会对临床抢救产生干扰为基础, 主张尽早进行。对于生命体征平稳、意识清晰者, 建议时间为发病48h。常规护理局限大, 未结合患者需求, 制定适宜、个性化方案, 采用康复护理, 能防范继发损害, 减少并发症, 促进主动运动恢复^[2]。本研究以脑卒中患者为对象, 分析康复护理应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年4月-2024年4月本院84例脑卒中患者开展研究, 用随机数字表法平均分为对照组42例, 男23例, 女19例, 年龄为40-76岁, 平均年龄 (58.22±4.39) 岁; 观察组42例, 男24例, 女18例, 年龄为41-77岁, 平均年龄 (58.31±4.28) 岁。两组一般资料 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: 符合脑卒中诊断标准; GCS评估结果未超过8分; 有完整资料; 知情同意本次研究。

排除标准: 既往存在脑血管病并引发功能障碍; 存在精神疾病; 四肢瘫痪; 无法正常沟通; 重度内科疾病; 存在痴呆病史。

1.2 方法

对照组行常规护理, 主动和患者交流, 讲解疾病知识、医院有关信息、治疗方法等, 减轻负面情绪, 加强信心。拉近护患距离, 及时清洁病房卫生, 保证环境

整洁, 定时通风。监测导尿管、呼吸道等, 关注生命体征, 帮助其翻身, 预防并发症等。观察组以对照组为基础, 行康复护理:

1.2.1 体位护理

早期选取适当体位, 协助患者更换, 结合病情适当更改体位, 防范相应并发症, 例如压疮, 出现肢体挛缩等。

1.2.2 吞咽康复训练

开展咀嚼/颊/舌肌训练: 提醒患者鼓腮, 然后屏气, 引导其张口, 将舌部探向左右, 开展伸缩锻炼等, 尽量外伸舌部, 抵达软硬腭部、左右两侧口角, 完成上述动作后, 将舌部伸回, 令其闭口, 上下碰撞牙齿, 进行咀嚼训练、磨牙训练等, 保证患者未感到疲惫, 训练时间为三餐前0.5h。进行感官刺激训练, 采取冰棒轻轻触碰患者咽后壁部位、软腭部位及舌根部位, 产生咽反射, 提醒其开展空吞咽, 提升吞咽技能。也可采取手指、棉签, 或用压舌板, 对舌部、口唇及面颊等, 进行刺激, 以增加相应部位敏感度。鼓励患者开展发声练习, 例如“a”“o”等, 作用于咽缩肌, 推动其开放。

1.2.3 肢体康复训练

前期按摩患肢, 维持良肢位, 开展康复护理, 待病情恢复稳定后, 转换为坐位, 先抬高床头, 处于30-40°, 定期提高角度, 标准为10°/2-3d。观察康复情况, 待其恢复后于床上更换体位, 进行站立平衡锻炼, 采取坐位训练时, 可同时活动, 开展翻身训练, 做搭桥运动, 做移动、起坐等练习。疾病早期处于良肢位, 适当变换体位, 针对四肢关节, 先做被动训练, 后转换为主动运动, 保证循序渐进。

1.2.4 语言功能锻炼

大多数患者均存在言语功能障碍, 引导其开展言语障碍锻炼, 从言语构音开始, 过渡到词语表达, 然后进行语句表达, 展开阅读理解训练, 最后做书写训练等。

进行语言康复时应做到：选取适当训练内容，保证能吸引患者视线，转移其兴趣；合理控制训练难度，保证循序渐进，提升康复信心，激发患者兴致。

1.2.5 皮肤护理

受肢体瘫痪、长时间卧床等影响，可能形成褥疮，临床要注意预防，多翻身，多按摩，多检查，及时清洁等。定时翻身，频率为1次/h，观察骨骼隆起部位，采取温热毛巾，对其进行按摩或擦洗，定时进行，2次/d。注意整理、清洁床铺，选择宽松、柔软的衣服。针对骨骼隆突处，可选择软枕、海绵垫等，将其放置好，避免受压。每次搬动患者或者变换体位时，要保证动作精准、轻柔，减轻皮肤损伤。

1.2.6 饮食护理

日常饮食应低盐、低脂，控制热量，同时注意补充维生素及蛋白质，适当提供微量元素，提供纤维素。针对吞咽障碍者，应先调节食物形态，合理改变姿势，

待其可以咽下食物后才能做摄食锻炼。动态监测吞咽功能，依据评估结果，确定食物形态，选择适宜体位，明确口内位置等。

1.3 观察项目和指标

评价神经功能和日常生活能力：前者用NIHSS量表^[3]，0-42分，后者用Barthel量，0-100分。评价运动功能：采用Fugl- Meyer量表^[4]，包括手指、平衡、下肢和上肢，分数和运动能力成正比。评价生活质量：选择SF-36量表^[5]，纳入MH、RE、SF、BP和RP，均为0-100分。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据， $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量，行 t 检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组神经功能和日常生活能力比较

观察组的Barthel指数明显高于对照组，NIHSS评分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组神经功能和日常生活能力比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	Barthel (分)		NIHSS (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	42	46.47±4.41	82.46±4.61 ^a	22.58±3.45	8.84±1.12 ^a
对照组	42	46.52±4.37	72.28±3.97 ^a	22.61±3.39	14.33±1.25 ^a
t	/	0.052	10.844	0.040	21.199
P	/	0.959	0.000	0.968	0.000

注：与本组干预前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组运动功能比较

对比手指、平衡、下肢和上肢评分，观察组均更高

($P < 0.05$)。详见表2。

表2 两组运动功能比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	手指 (分)		平衡 (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	42	8.84±1.18	17.34±1.25 ^a	9.11±1.25	14.64±1.35 ^a
对照组	42	8.91±1.13	13.58±1.19 ^a	9.13±1.20	11.43±1.28 ^a
t	/	0.278	14.119	0.075	11.182
P	/	0.782	0.000	0.941	0.000

续表2 两组运动功能比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	下肢 (分)		上肢 (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	42	9.80±1.73	18.35±1.42 ^a	8.08±1.28	18.00±1.47 ^a
对照组	42	9.78±1.70	15.25±1.16 ^a	8.10±1.24	12.25±1.53 ^a
t	/	0.053	10.957	0.073	17.563
P	/	0.958	0.000	0.942	0.000

注：与本组干预前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组生活质量比较

对比MH、RE、SF、BP和RP评分，观察组均更高

($P < 0.05$)。详见表3。

表3 两组生活质量比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	MH (分)		RE (分)		SF (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	42	20.82±4.08	25.18±3.13 ^a	4.84±1.20	5.82±0.55 ^a	7.11±1.46	9.55±1.16 ^a
对照组	42	21.25±3.97	23.51±2.80 ^a	4.86±1.17	5.20±0.53 ^a	7.15±1.40	8.25±1.28 ^a
<i>t</i>	/	0.490	2.577	0.077	5.261	0.128	4.877
<i>P</i>	/	0.626	0.012	0.939	0.000	0.898	0.000

续表3 两组生活质量比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	BP (分)		RP (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	42	10.46±1.32	12.78±1.35 ^a	4.22±0.25	7.74±0.32 ^a
对照组	42	10.52±1.28	11.15±1.41 ^a	4.24±0.21	6.82±0.41 ^a
<i>t</i>	/	0.211	5.411	0.397	11.464
<i>P</i>	/	0.833	0.000	0.692	0.000

注：与本组干预前比较，^a $P < 0.05$ 。

3 讨论

脑卒中新增例数逐年增加，受栓塞等干扰，患者大脑缺氧、缺血^[6]，影响诸多功能，例如吞咽、语言等，生活质量下降^[7]。患有脑卒中要进行抢救，同时结合适当、科学护理，能改善预后^[8]。

康复理念越发完善，实施康复护理，能刺激其肌肉，影响神经，能激活休眠细胞，促进患者康复^[9]。经由系统、科学训练，能改善神经元功能，加快机体恢复速度，减少并发症。结合患者病情，制定个体化、全面化康复训练，开展语言锻炼、肢体锻炼等，便于改善预后。评估患者有无吞咽功能障碍，如有开展饮水试验，明确分级，制定康复护理措施，采用棉棒，用少量水浸湿，轻轻碰触患者的软腭处、舌根处和咽后壁等。采取适当体位，进行被/主动训练等，改善肢体功能。经由一系列措施，能纠正神经功能，加快肌力恢复时间。研究结果显示和对照组比，观察组的Barthel指数更高，NIHSS评分更低 ($P < 0.05$)，表明康复护理能改善神经功能，提高日常生活能力。观察组的手指、平衡、下肢和上肢评分均更高 ($P < 0.05$)，代表康复护理可加强肢体功能。观察组的MH、RE、SF、BP和RP评分均更高 ($P < 0.05$)，表示康复护理可提升生活质量。说明应用康复护理可以提升脑卒中康复效果。

综上所述，给予脑卒中患者康复护理能显著改善运动能力、神经功能，提升生活质量，具有推广价值。

参考文献

[1] 李晓虹, 彭彩义, 许娟, 韦晓媚, 樊金花. 多元化护

理宣教对脑卒中偏瘫患者康复的影响[J]. 护理实践与研究, 2024, 21(4): 497-502.

[2] 陈聪颖, 戴燕铃, 杨紫琳, 徐丽萍, 杨艳霞. 五音疗法对卒中后相关功能障碍的康复护理研究进展[J]. 中国民族民间医药, 2024, 33(9): 57-62.

[3] 夏劝劝, 白晓方. 基于Barthel指数及运动功能的一体化护理在老年脑卒中患者中的应用[J]. 临床医学工程, 2024, 31(5): 627-628.

[4] 朱妍, 李玉群, 毛静. 多点贯序加压联合绑扎训练对脑卒中病人下肢深静脉血栓的影响[J]. 循证护理, 2024, 10(9): 1708-1710.

[5] 游佳, 张文娟, 刘晶晶, 吴雪. 舌压抗阻反馈训练联合中医康复护理在脑卒中吞咽功能障碍患者中的应用效果[J]. 中华养生保健, 2024, 42(9): 147-150.

[6] 汪芳, 程玲, 王宝梅. 个性化自我康复护理对脑卒中恢复期患者康复效果的影响[J]. 基层医学论坛, 2024, 28(12): 76-78.

[7] 李玉群, 欧小萍. 护联体模式下一体化护理管理在老年脑卒中病人健康促进中的应用[J]. 循证护理, 2024, 10(8): 1479-1483.

[8] 李卫卫, 孙国珍, 沈建英, 卢倩, 何川, 陆美艳. 基于国际功能、残疾和健康分类的脑卒中患者康复护理方案的构建[J]. 实用临床医药杂志, 2024, 28(8): 138-141+148.

[9] 赵媛媛, 官建美, 贾影. 抗痉挛体位摆放结合品管圈管理在脑卒中偏瘫患者早期康复护理中的应用[J]. 中国临床研究, 2024, 37(4): 648-652.