

# 老年脑梗死患者康复护理方案的构建及应用

杨丹

西安交通大学第一附属医院 陕西 西安 710000

**摘要：**目的：分析老年脑梗死患者康复护理方案和效果。方法：选取2023年3月-2024年3月本院76例老年脑梗死患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组38例，行常规护理，观察组38例，行康复护理，比较两组护理效果。结果：观察组的BMI、FMA、SF-36、护患沟通、心理疏导、健康教育和态度评分均明显高于对照组，NIHSS评分明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：给予老年脑梗死患者康复护理能改善各项功能，提升生活质量和护理质量，具有推广价值。

**关键词：**老年人；脑梗死；康复护理；生活质量

脑梗死较为常见，其属于心脑血管病，老年人最常见，脑组织缺氧、缺血，损害神经功能，疾病发作后会威胁生命<sup>[1]</sup>。该病诱发因素多，例如饮食结构改变，日常饮食摄入较多蛋白、脂肪，基因因素，缺乏运动，肥胖等，另外部分基础疾病也会诱发该病，涵盖血脂异常、高血压等。即使提供规范治疗，包括卒中单元、溶栓疗法等，也会诱发并发症，例如吞咽功能、偏瘫等，出现感觉障碍，引发共济失调<sup>[2]</sup>。影响疾病恢复，丧失日常生活能力。为此应加强护理。常规护理更关注病情，缺乏系统性、科学性，难以改善各项功能。实施康复护理，结合病情程度，同时依据年龄，制定综合、差异化护理方案，能提升康复效果，改善预后。本研究以老年脑梗死患者为对象，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3月-2024年3月本院76例老年脑梗死患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组38例，男21例，女17例，年龄为60-88岁，平均年龄（ $72.64 \pm 6.26$ ）岁；观察组38例，男22例，女16例，年龄为61-89岁，平均年龄（ $72.71 \pm 6.19$ ）岁。两组一般资料（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

**纳入标准：**符合脑梗死诊断标准； $\geq 60$ 岁；资料完整；知情同意本次研究。排除标准：脑出血；无症状性脑梗死；脑外伤；短暂性脑缺血发作；伴有神经变性疾病；脑部肿瘤；心脏疾病；房颤；重要脏器功能异常。

### 1.2 方法

对照组行常规护理，对于入院患者，评估病情，了解用药史。对于不能更改体位者，定时协助其翻身，1次/2h，同时将翻身时间记录下来。采取按摩手法，包括手部、肩部，定时擦浴，1次/d，疏导负面心理，健康饮

食等。观察组以对照组为基础，行康复护理：

#### 1.2.1 心理干预

确诊脑梗死后，会产生心理压力，加重精神负担，害怕威胁生命安全，进而出现焦虑、不安等心理，特别是经济收入低者，害怕加重家庭负担。护理人员要了解患者病情，掌握各项信息，综合评估其个性特征、社会背景等，知晓文化层次，提供心理指导。讲解疾病现状，提醒防范方法，介绍治疗过程，加深疾病认知，缓解负面情绪。保证费用透明，降低心理压力，减轻负面情绪。

#### 1.2.2 评估功能

开展康复锻炼前，先借助BMI量表，预测生活能力，如果分值低于50，应提供鼓励，细心协助，锻炼生活自理能力；处于50-70分者，进行主动锻炼，加强自理技能，予以协助，于床上自主翻身，借助器具进行分离运动，开展上肢控制训练，循序渐进；超过70分者，引导其独立训练，结合其喜好，创建日常活动表，做好监督工作。

#### 1.2.3 肢体康复锻炼

处于卧床期，引导患者开展关节锻炼，防范关节变形，每次0.5h，每天2-3次，适当提高运动量，防范颅内压增高。①卧位平衡：采取卧位，角度为 $15^\circ$ - $30^\circ$ ，逐渐提高角度，每次10min，定时增加角度，每次 $15^\circ$ ，1次/2-3d，进行直角坐起训练，每天5次。②坐姿训练：由护士从旁协助，令其于床边坐起，尽可能采取独立位。③锻炼平衡：增强坐位平衡能力，可引导其向前看，做捡东西动作，抬头看天花板等，转换为站立平衡，可以拍球或者扔球等，借助平行杠，开展屈头训练，屈颈训练，屈躯干训练等，进行站立训练，进行爬台阶练习、跨步练习、跨门槛练习等，每次5-10min，每天3次。④认知锻炼：进行心理计算，引导其辨识图形，加强词语记忆，鼓励其做基本日常活动，结合训练情况，锻炼其日

常生活技能,包括穿衣技能、如厕技能等。⑤锻炼语言功能:开始时训练音节,从单字开始,到词语,最后为语句,进行锻炼时,可联用肢体交流,锻炼读写技能。⑥吞咽功能训练:出现吞咽障碍后,鼓励患者开展空吞练习,采取棉球,用凉水浸透,对咽喉产生刺激,促使其出现空吞反应。经治疗后,先给予流食,然后转换为半流食。⑦日常生活能力锻炼:制定健康、适当生活作息表,完善饮食计划表,若身体情况良好,开展体育锻炼,健康、规律的生活习性,可维护血压水平,防范其异常波动,减少并发症。锻炼时提供安全指导,保证休养环境安全,进行训练时,预防受跌倒影响,出现骨折,地面应始终干燥、平坦,对于厕所及浴室,应将扶手架放好,提供软底鞋,保证合脚、轻便,同时防滑。

#### 1.2.4 饮食干预

开展饮食指导时,秉持以下7种原则:计算总热量;控制摄入脂肪量;多摄取蛋白质;控制含糖量,例如含糖饮料、糖果及点心等;控盐,一般为3g/d,能于烹调后,添加适量盐,然后搅拌均匀;选择食物时,保证容易消化;增加饮水量,促进血液稀释,预防血栓。

#### 1.2.5 预防并发症

对于偏瘫患者,其长时间卧床,每个身体部位可能持

续受压,尤其是腰背部及下背部,给软组织、皮肤带来压迫,影响血液循环。患者缺乏抵抗力,同时营养状态差,局部皮肤可能出现溃疡、破溃等,产生褥疮,应定时翻身,适当调换姿势。注意保暖,避免感冒,防范肺部感染。

#### 1.2.6 出院指导

待患者病情稳定,医生许可后,可令其出院。制定健康指南,将其发放给患者,提供1VS1干预,进行教育,讲解疾病先兆,督促其遵医用药,告诉其复查时间。

#### 1.3 观察项目和指标

评价各项功能恢复情况:采取BMI量表<sup>[3]</sup>,对应日常生活能力,用FMA量表<sup>[4]</sup>,对应运动能力,用NIHSS量表<sup>[5]</sup>,对应神经功能。评价生活质量:采用SF-36量表<sup>[6]</sup>,纳入4个维度,行百分制。评价护理质量:用问卷调查,包括护患沟通、心理疏导、健康教育和态度。

#### 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 两组各项功能恢复情况比较

观察组的BMI和FMA评分均明显高于对照组, NIHSS评分明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )。详见表1。

表1 两组各项功能恢复情况比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	BMI (分)		FMA (分)		NIHSS (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	42.65±4.15	65.25±4.16 <sup>a</sup>	58.75±3.17	74.36±3.41 <sup>a</sup>	14.25±1.32	8.25±1.16 <sup>a</sup>
对照组	38	42.72±3.69	58.36±3.61 <sup>a</sup>	58.86±3.09	66.62±4.19 <sup>a</sup>	14.31±1.28	10.25±1.36 <sup>a</sup>
$t$	/	0.078	7.711	0.153	8.832	0.201	6.897
$P$	/	0.938	0.000	0.879	0.000	0.841	0.000

注:与本组干预前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组生活质量比较

对比各维度SF-36评分,观察组均更高 ( $P < 0.05$ )。

详见表2。

表2 两组生活质量比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	思维/记忆 (分)		躯体功能 (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	62.25±4.16	82.40±4.43 <sup>a</sup>	61.25±3.19	83.13±4.35 <sup>a</sup>
对照组	38	62.34±4.07	75.16±4.80 <sup>a</sup>	61.31±3.05	73.28±3.64 <sup>a</sup>
$t$	/	0.095	6.833	0.084	10.705
$P$	/	0.924	0.000	0.933	0.000

续表2 两组生活质量比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	社会功能 (分)		日常生活能力 (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	61.34±4.18	82.35±3.73 <sup>a</sup>	63.26±2.85	86.16±4.23 <sup>a</sup>

续表:

组别	例数	社会功能(分)		日常生活能力(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	38	61.36±4.11	76.40±3.60 <sup>a</sup>	63.37±2.67	74.32±5.28 <sup>a</sup>
<i>t</i>	/	0.021	7.075	0.174	10.788
<i>P</i>	/	0.983	0.000	0.863	0.000

注:与本组干预前比较,<sup>a</sup>*P*<0.05。

### 2.3 两组护理质量比较

对比护患沟通、心理疏导、健康教育和服务态度评

分,观察组均更高(*P*<0.05)。详见表3。

表3 两组护理质量比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	护患沟通(分)	心理疏导(分)	健康教育(分)	服务态度(分)
观察组	38	93.87±3.13	94.17±3.32	96.54±3.12	95.35±3.23
对照组	38	88.85±3.26	85.23±3.29	85.32±3.52	87.04±3.22
<i>t</i>	/	6.847	11.791	14.704	11.232
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000	0.000

### 3 讨论

老年人易出现脑梗死,患病后容易产生功能障碍,包括疾病导致功能障碍,主要体现在运动、感觉等方面,继发性障碍,例如足下垂、肌肉萎缩等<sup>[7]</sup>。一旦出现功能障碍,则治疗难度变大,疗程变长,生活压力变大<sup>[8]</sup>。患病后不仅要实施规范疗法,还要采取适当护理措施,尽快恢复各项功能,例如运动等,提升生活质量<sup>[9]</sup>。

采取康复护理,能促进肢体功能好转,对比单一用药,比较常规护理,其优势更加明显。患有脑梗死后,引发功能障碍,不管是经济,或者生活自理,均要有家庭协助。患者精神压力大,常伴有恐惧、不安等心理,提供心理干预,调动患者能动性,提供亲情服务。评估患者各项功能,提供适当指导,例如肢体锻炼、吞咽训练等,加强各项技能。研究结果显示和对照组比,观察组的BMI和FMA评分均更高,NIHSS评分更低(*P*<0.05),表明康复护理可改善各项技能,减轻神经受损,促进运动功能好转,尽快恢复日常生活。观察组的各维度SF-36评分均更高(*P*<0.05),代表实施康复护理后,患者生活质量显著提升。观察组的护患沟通、心理疏导、健康教育和服务态度评分均更高(*P*<0.05),表示该模式能提高护理质量。说明应用康复护理可以提升老年脑梗死疗效,改善身心状态。

综上所述,给予老年脑梗死患者康复护理能改善各项功能,提升生活质量和护理质量,具有推广价值。

### 参考文献

- [1]张宇瑾,刘晓萌.个体化抗肢体痉挛三步康复护理对老年脑梗死偏瘫患者运动功能的影响[J].西藏医药,2024,45(2):104-106.
- [2]李飞飞.延续性护理在老年脑梗死偏瘫患者中的应用[J].山东医学高等专科学校学报,2023,45(6):447-448.
- [3]宋庆,刘凯丽.早期康复护理干预在老年脑梗死吞咽障碍患者中的康复效果研究[J].中国医学文摘(耳鼻咽喉科学),2023,38(6):202-204+184.
- [4]李静敏,孙静,赵源.老年脑梗死吞咽障碍患者早期康复护理干预的效果观察[J].中国医学文摘(耳鼻咽喉科学),2023,38(5):162-165.
- [5]段芳香,刘淑琳.早期康复护理对老年脑梗死患者的疗效评价[J].微量元素与健康研究,2023,40(5):85-86.
- [6]许兰香.患者需求的康复护理对老年急性脑梗死伴高血压患者神经功能及ADL评分的价值[J].心血管病防治知识,2023,13(25):64-66+70.
- [7]田雪萍,张芳萍.早期情志护理对老年脑梗死患者负性情绪与依从性的影响[J].贵州医药,2023,47(7):1159-1160.
- [8]林文婷.优质护理在老年脑梗死护理中的临床护理效果[J].中华养生保健,2023,41(13):157-160.
- [9]郑惠兰,林娟萍,陈燕铃,谢素香.分级康复护理对老年脑梗死患者上肢功能、运动功能及神经功能的影响[J].中外医学研究,2023,21(18):88-92.