

基于Brunnstrom分期的延续性康复护理在脑卒中后偏瘫病人中的应用

陈凤玲 杜浩慧

石嘴山市第一人民医院 宁夏 石嘴山 753200

摘要：目的：分析基于Brunnstrom分期的延续性康复护理在CVA后偏瘫患者中的应用效果。方法：选取2023年11月-2024年11月本院76例CVA偏瘫患者开展研究，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，基于Brunnstrom分期，行延续性康复护理，比较两组护理效果。结果：观察组的MBI、上下肢FMA评分和前中后CBFV均明显高于对照组，NIHSS和PSQI评分均明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：治疗CVA偏瘫时，基于Brunnstrom分期，行延续性康复护理，能改善各项功能和脑循环，值得推广。

关键词：Brunnstrom分期；延续性康复护理；脑卒中；偏瘫

CVA属于常见病，CVA容易致残，死亡率高，有较多并发症，对于老年人致残，CVA为首要原因，对于老年人死亡，其为第三病因。CVA会引发功能障碍，程度最重、最多发的为运动功能障碍，病因为椎体系统受损，患者一侧肢体或无力或瘫痪，引发偏瘫，如干预不当，会致残^[1]。怎样提升CVA生活质量，改善各项功能，为临床研究重点。AGS提出延续性护理，即将护理从病房延伸至家庭，渗透不同照顾场所，从制定出院计划开始，直至转诊，待患者回归社会、家庭后，提供指导^[2]。Brunnstrom将CVA偏瘫后恢复过程分成6个时期，以此为依据，进行护理，针对性强，但相关研究不多。本研究以CVA偏瘫患者为对象，分析引入Brunnstrom分期，实施延续性康复护理作用。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年11月-2024年11月本院76例CVA偏瘫患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组38例，男19例，女19例，年龄为51-78岁，平均年龄（ 61.25 ± 5.26 ）岁；观察组38例，男20例，女18例，年龄为52-79岁，平均年龄（ 61.42 ± 5.37 ）岁。两组一般资料（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：符合CVA诊断标准；生命体征稳定；视听功能、认知均正常；意识清晰；知情同意本研究。

排除标准：精神疾病；重要脏器障碍；CVA次数不低于3次；凝血功能异常；免疫系统病变；颅内占位性

病变。

1.2 方法

对照组行常规护理，执行基础措施，监测病情变化，健康饮食，控制盐、脂肪摄入，观察负面心理，予以疏导。观察组基于Brunnstrom分期，行延续性康复护理：

1.2.1 创建护理小组

创建护理小组，包括康复治疗师1名，主治医师1名，为临床护理提供指导，评估患者各项功能，例如日常生活能力、运动能力等；责任护士3名，执行护理方案，借助微信、电话等，进行随访；责任组长1名，其为组长，整合患者资料，做好记录，对护理过程进行监督。

1.2.2 Brunnstrom I、II期

①选择良肢位：采取患侧卧位，将软枕放在头部下，外展患臂，进行旋后、前伸，尽量前伸患侧肩部，防止后缩、受压，旋后患者上臂，引导其伸直腕部、肘部，手背朝下；对于患侧下肢，令其呈轻度屈曲状态，对于健腿，呈屈膝、屈髋状态，下方放置长枕，引导患者放松健侧上肢，在躯干上放好。采取健侧卧位，同样取一软枕放在头部下，对于患侧上肢，令其伸展，下方放置软枕，尽量外伸患侧肩胛骨，将前臂旋前，自然伸展手指，手背在上；对于患侧下肢，令患者屈髋、屈膝，借助枕头支持。选择仰卧位，将枕头放在头下，选取两个长枕，一个放在上肢下，一个放在患侧肩胛下，旋后上臂，伸直腕部、肘部，手背在下，自然伸展五指，用枕头支持上肢；将软枕垫在患肢下，将毛巾卷起，放在膝下。选取床上坐位，将枕头放在背后，令脊柱自然伸展，处于直立坐位，屈曲髋关节，处于约90°。

②对于上肢，进行自主被动训练，开展Bobath握手训练，

课题：宁夏医科大学科学研究资助目：XM2023176

项目名称：Brunnstrom分期下的延续性康复护理在脑卒中后偏瘫中的应用效果

每次10-15min, 2次/d。③进行双侧桥式运动, 选择仰卧位, 将上肢在体侧放好, 同时屈曲双腿, 令足部踏床, 结合患者病情, 为患者辅助, 令其屈曲, 自主抬起臀部, 令骨盆处于水平状态, 持续10s, 将其慢慢放下, 然后放松, 约10s, 进行20次, 每次7-10min, 2次/d。

1.2.3 BrunnstromⅢ、Ⅳ期

①卧位抗痉挛锻炼: 令患者Bobath握手, 将双膝抱好, 抬起头部, 进行前后摆动, 逐渐屈曲下肢, 持续10s, 然后放松10s, 共计20次, 每次7-10min, 2次/d。②抗上肢痉挛: 于床上采取坐位, 向后侧放置手掌, 起到支撑作用, 令掌根和创面紧贴, 自然伸展肘部, 同时身体倾斜, 持续10s, 随后放松10s, 共计20次, 每次7-10min, 2次/d。③对抗下肢痉挛: 选择仰卧位, 将上肢在体侧放好, 令患足处于背屈状, 同时将足底放在床面, 扶住患侧膝关节, 保证其处于内收位, 患足始终贴在床面上, 然后转移至头端, 令款膝关节屈曲, 持续10s, 然后慢慢放松, 停留10s, 共计20次, 每次7-10min, 2次/d。

1.2.4 BrunnstromV、Ⅵ期

①起立锻炼: 选择坐位, 进行Bobath握手, 前伸上肢, 保证双腿持重均匀, 慢慢站起来, 将躯干挺直, 持

续10s, 然后坐下, 放松10s, 共计20次, 每次7-10min, 2次/d。②迈步训练: 患者自然站立, 确保患侧下肢处于负重状态, 足底紧贴地面, 迈出下侧健肢, 对于患侧膝关节, 处于屈曲状态, 令足跟离地, 同时足前部贴紧地面, 进行10s, 然后恢复站立位, 共计20次, 每次7-10min, 2次/d。然后再后退, 方法同上。

1.3 观察指标

评价日常生活能力/运动功能: 前者用MBI量表, 0-100分^[3]; 后者用FMA量表, 0-100分, 上下肢分别为66分和34分^[4]。评价神经功能和睡眠质量: 前者用NIHSS量表, 0-42分^[5]; 后者用PSQI量表, 0-21分^[6]。评价脑循环: 进行经颅超声检查, 测量前中后CBFV, 检查3次, 计算出平均值^[7]。

1.4 统计学方法

SPSS28.0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 两组日常生活能力/运动功能比较

干预后观察组的MBI、上下肢FMA评分均明显高于对照组 ($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组日常生活能力/运动功能比较[$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	MBI (分)		上肢FMA (分)		下肢FMA (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	37.24±4.61	58.94±4.68 ^a	8.57±1.08	18.44±1.78 ^a	12.31±1.72	24.54±3.65 ^a
对照组	38	37.33±4.57	51.36±5.50 ^a	8.61±1.02	12.32±1.50 ^a	12.44±1.69	20.55±3.58 ^a
t	/	0.085	6.470	0.166	16.207	0.332	4.811
P	/	0.932	0.000	0.869	0.000	0.741	0.000

注: 与本组干预前比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组神经功能和睡眠质量比较

组 ($P < 0.05$)。详见表2。

干预后观察组的NIHSS和PSQI评分均明显低于对照

表2 两组神经功能和睡眠质量比较[$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	NIHSS (分)		PSQI (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	14.37±2.29	9.34±1.23 ^a	14.83±2.35	6.12±1.21 ^a
对照组	38	14.46±2.22	11.13±1.22 ^a	14.72±2.44	10.38±1.28 ^a
t	/	0.174	6.369	0.200	14.909
P	/	0.862	0.000	0.842	0.000

注: 与本组干预前比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组脑循环比较

< 0.05)。详见表3。

干预后观察组的前中后CBFV均明显高于对照组 (P

表3 两组脑循环比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	前CBFV (cm/s)		中CBFV (cm/s)		后CBFV (cm/s)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	44.36±4.62	52.13±5.56 ^a	65.32±5.67	75.55±6.39 ^a	34.25±3.58	41.42±4.42 ^a
对照组	38	45.25±4.44	48.58±4.54 ^a	65.42±5.58	70.58±6.56 ^a	34.41±3.50	38.35±4.31 ^a
<i>t</i>	/	0.856	3.049	0.077	3.345	0.197	3.065
<i>P</i>	/	0.395	0.003	0.938	0.001	0.844	0.003

注：与本组干预前比较，^a*P* < 0.05。

3 讨论

近些年，CVA高危筛查越发完善，急救措施不断优化，CVA死亡率减少，但相关研究提出，CVA残疾率居高不下，占比约为75%。CVA偏瘫恢复时间长，为改善各项功能，加快恢复进程，要重视护理，尤其是院外，提高生活质量^[8]。

引入Brunnstrom分期，根据各个时期CVA偏瘫特征，制定延续护理方案，具有个性化、科学性等特征。采取该模式，能推动康复，可强化运动功能，促使生活技能好转。对于CVA偏瘫，患者后续恢复时间长，通过科学、差异性护理，调动患者积极性，教会其康复训练技能，培养自护能力^[9]。研究结果显示观察组的MBI、上下肢FMA评分和前中后CBFV均明显高于对照组，NIHSS和PSQI评分均明显低于对照组（*P* < 0.05），说明利用Brunnstrom分期，开展延续性护理，可以提升CVA偏瘫预后。

综上所述，治疗CVA偏瘫时，基于Brunnstrom分期，行延续性康复护理，能改善各项功能和脑循环，值得推广。

参考文献

[1]郑苏,穆敬平,代轶楠,谢谨.基于fNIRS探讨分期针刺治疗缺血性脑卒中后偏瘫的疗效及机制研究[J].针灸临床杂志,2024,40(10):11-16.

[2]周淑媛.早期康复护理联合延续性运动指导训练对

脑卒中偏瘫患者运动功能及生活质量的影响[J].反射疗法与康复医学,2022,3(09):56-59.

[3]朱彦伟,柳韶真,岳玮.低频重复经颅磁刺激联合分期针灸疗法对脑卒中后偏瘫患者表面肌电信号及康复效果的影响[J].新中医,2024,56(8):127-133.

[4]王建波,周烁.Brunnstrom分期电针治疗结合康复训练对脑卒中后偏瘫患者下肢功能的影响[J].全科医学临床与教育,2021,19(7):597-600.

[5]何丽,王海燕,王莉,陶小庆,李晓华,李姝霖,唐晨曦.基于微信平台的多学科团队协作延续护理在脑卒中偏瘫患者中的应用价值[J].护理实践与研究,2023,20(4):484-488.

[6]李卓,王培培.延续性护理措施对脑卒中偏瘫患者运动功能及自理能力的影响分析[J].西藏医药,2022,43(6):102-103.

[7]刘向力,温春娣,徐婷,潘秋河,汤海燕,官美红,邓文婷.基于Brunnstrom分期的延续性康复护理在脑卒中后偏瘫病人中的应用[J].循证护理,2021,7(15):2096-2100.

[8]梁贤会,武霞,皮旻.基于目标管理联合互联网+延续性护理在脑卒中偏瘫患者中的应用[J].当代护士(下旬刊),2022,29(8):19-21.

[9]葛芳,黄雯,王月英.基于Brunnstrom分期理论的中医康复护理方案对脑卒中后偏瘫肢体功能及生存质量的影响[J].现代实用医学,2021,33(11):1518-1519.