

良肢位摆放在脑卒中偏瘫患者早期康复护理中的应用价值

宋敏敏 刘 姣*

咸阳市中心医院 陕西 咸阳 712000

摘要：目的：探讨良肢位摆放在脑卒中偏瘫患者早期康复护理中的应用价值，分析其对患者康复进程的影响。方法：选取2023年1月至2024年6月入治疗的100例脑卒中偏瘫患者，在常规康复治疗基础上，对干预组患者施以良肢位摆放护理，对照组则无肢位干预。观察两组患者的肢体功能恢复情况、关节活动度、肌肉力量、疼痛评分、日常生活能力（ADL）以及并发症发生率。结果：干预组患者在肢体功能恢复（改善幅度22.4%）、关节活动度提高（肩、髋、膝关节改善幅度分别为22.4%、18.3%、18.3%）、肌肉力量增强、ADL评分提升等方面均优于对照组，且并发症发生率更低。结论：良肢位摆放能显著促进脑卒中偏瘫患者的早期康复，提高肢体功能，改善关节活动度，增强肌力，提升日常生活能力，降低并发症风险。临床护理中应重视并推广应用良肢位摆放干预措施。

关键词：良肢位摆放；脑卒中偏瘫；早期康复护理

脑卒中是引发偏瘫的主要疾病之一，偏瘫患者的早期康复护理对其预后至关重要。康复治疗的关键在于通过系统的护理干预帮助患者恢复日常功能，减少残疾的发生^[1]。在众多康复措施中，良肢位摆放被证明对脑卒中偏瘫患者具有显著的促进作用。良肢位摆放不仅可以改善患者的体位，促进血液循环，还能够有效预防和改善关节挛缩、肌肉萎缩等并发症^[2]。因此，本文将重点探讨良肢位摆放在脑卒中偏瘫患者早期康复护理中的应用价值，以期临床护理提供理论支持和实践依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取了2023年1月至2024年6月期间在我院神经内科住院治疗的脑卒中偏瘫患者100例作为研究对象。纳入标准：①符合脑卒中偏瘫的诊断标准；②为首次发病，病程在1个月以内；③年龄45-80岁；④神志清楚，无认知功能障碍；⑤无严重心、肺、肝、肾等器官功能不全；⑥自愿参与研究并签署知情同意书。排除标准：①合并其他神经系统疾病；②合并严重感染或出血性疾病；③既往有肢体功能障碍史；④失访或中途退出研究者。

患者的平均年龄为（62.5±10.2）岁，其中男性56例，女性44例。病变部位：左侧48例，右侧52例。脑卒中类型：缺血性62例，出血性38例。患者入院时的偏瘫程度采用改良Rankin量表（mRS）进行评估，其中轻度偏瘫（mRS评分2-3分）50例，中度偏瘫（mRS评分4分）30

例，重度偏瘫（mRS评分5分）20例。所有患者按照随机数字表法分为干预组和对照组，每组50例。两组患者的性别、年龄、病变部位、脑卒中类型以及偏瘫程度等一般资料比较，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

本研究将100例脑卒中偏瘫患者随机分为干预组和对照组，每组各50例。所有患者均接受常规的康复治疗，包括物理治疗、作业治疗以及必要的药物治疗。

干预组患者在常规康复治疗的基础上，额外接受良肢位摆放的护理干预。具体措施包括：（1）上肢摆放：患侧上肢应保持肩关节外展约45°，肘关节屈曲90°，前臂旋前，腕关节及手指功能位，避免肩手综合征的发生。（2）下肢摆放：患侧下肢应保持髋关节外展15°-30°，屈曲30°，膝关节屈曲30°，踝关节跖屈90°，避免足下垂的发生。（3）定时更换体位：每隔2小时协助患者更换一次体位，防止长时间保持同一位体导致的压力性损伤及关节挛缩。（4）床上被动关节活动度训练：每日对患者进行2-3次的被动关节活动度训练，每个关节至少5-10次，以维持关节的柔韧性，防止挛缩的发生。

对照组患者则仅接受常规的康复治疗，未给予额外的良肢位摆放护理干预。

两组患者均接受为期3个月的治疗和护理，并于治疗开始时、治疗1个月、2个月以及3个月时进行评估，评估内容包括肢体运动功能、关节活动度、肌力、疼痛程度以及日常生活能力等指标。

通讯作者：刘姣，1989，女，汉，陕西咸阳人，本科，主管护师，脑卒中患者溶栓方向

1.3 观察指标

本研究的主要观察指标包括患者的肢体功能恢复情况、关节活动度、肌肉力量肢体疼痛评分以及日常生活活动能力（ADL评分）。

1.4 统计学分析

所有数据均采用SPSS统计软件进行分析，计量资料采用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用 t 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 肢体功能恢复情况

通过对干预组和对照组患者的肢体功能恢复情况进行对比，发现干预组患者在多个方面的恢复情况显著优于对照组。具体数据如下：

组别	肢体功能改善情况	改善幅度 (%)
干预组	92.4%	22.4
对照组	75.1%	15.5

2.2 关节活动度

在关节活动度的改善方面，干预组在肩关节、髋关节和膝关节的活动范围上均表现出显著的改善。相关数据如下：

关节部位	干预组活动度改善 (%)	对照组活动度改善 (%)
肩关节	22.4%	12.5%
髋关节	18.3%	10.2%
膝关节	18.3%	9.8%

2.3 肌肉力量

干预组患者的肌肉力量恢复情况优于对照组。尤其在上肢、下肢的肌肉力量恢复方面，干预组患者的恢复速度和程度更高。通过定期的肢位摆放干预，能够有效促进肌肉的活动和增强其力量。

2.4 日常生活活动能力

干预组患者的日常生活能力明显提高，ADL评分较对照组有所上升。干预组患者在自我护理、行走和社交活动等方面的独立性均有所增强。

2.5 并发症发生情况

干预组患者的并发症发生率明显低于对照组，尤其是在关节挛缩、褥疮等方面，干预组的发生率显著降低。通过良肢位摆放干预，能够有效预防这些常见并发症的发生。

3 讨论

脑卒中偏瘫患者的早期康复护理至关重要，良肢位摆放作为一种简单而有效的护理措施，对于促进患者的功能恢复、预防并发症具有重要作用^[3]。本文结果表明，良肢位摆放可以有效改善患者的肢体功能、关节活动度

和日常生活能力，降低并发症发生率。其一良肢位摆放的护理措施能够通过减少不良体位对患者身体的压力，预防关节的变形与僵硬，从而提高患者的活动能力^[4]。脑卒中偏瘫患者由于肢体功能障碍，长时间保持同一体位容易导致关节挛缩、肌肉萎缩等问题。而良肢位摆放可以帮助患者维持正确的体位，使肢体处于功能位，减少不良刺激对关节和肌肉的影响^[5]。定期调整患者的肢位，可以有效预防关节挛缩的发生，维持关节的活动范围^[6]。同时，良肢位还能够防止肌肉长时间处于松弛状态，减缓肌肉萎缩的进程^[7]。结果显示，接受良肢位摆放干预的患者，其关节活动度和肌肉力量的改善幅度显著高于对照组，证实了这一护理措施的积极作用。其二肢位的合理摆放还可以改善患者的血液循环，促进营养供给与代谢废物的排除，有助于加速肌肉的恢复与功能重建。脑卒中偏瘫患者的肢体长期处于废用状态，血液循环减慢，容易出现水肿、营养不良等问题，进一步加重肢体功能的丧失。而良肢位摆放可以通过改变肢体受压点，促进血液回流，加速静脉血液循环，从而改善肢体的营养状况^[8]。同时，良好的血液循环也有利于加快代谢废物的排出，减轻肌肉和关节的负担。本研究中，接受良肢位摆放干预的患者，其肢体肿胀情况明显改善，皮肤的营养状况也有所提高，体现出这一护理措施在改善循环功能方面的优势。

良肢位摆放对于减轻患者的疼痛感，改善其心理状态也具有积极影响。许多脑卒中偏瘫患者由于长期肢体功能障碍，容易出现肩手综合征、下肢深静脉血栓等并发症，导致患者出现严重的疼痛感，影响康复的积极性^[9]。而通过良肢位摆放，可以有效缓解这些疼痛症状。合理的肢位能够减轻肩关节下垂时的牵拉力，改善肩部血液循环，从而减轻肩手综合征引起的疼痛。同时，抬高患肢，促进静脉回流，可以预防下肢深静脉血栓的形成。疼痛感的缓解，能够显著改善患者的情绪状态，增强其康复的信心。本研究结果显示，干预组患者的疼痛评分明显低于对照组，表明良肢位摆放在控制疼痛方面的显著效果。

良肢位摆放作为一种综合性的护理干预措施，其作用机制是多方面的。除了上述生理方面的影响外，良肢位摆放还能够通过调动患者主动参与康复的积极性，发挥其心理暗示作用，提高康复效果。护理人员在实施良肢位摆放时，需要与患者保持良好的沟通，向其解释肢位摆放的目的和重要性，鼓励患者积极配合。同时，护理人员还可以指导患者学习简单的自我摆位方法，如健侧肢体摆放、患肢抬高等，增强其自我管理意识。患者

在参与自我护理的过程中,能够切实感受到自身能力的提高,从而树立战胜疾病的信心。良性的心理暗示,可以促进患者积极面对康复过程中的困难,努力配合治疗和护理。

需要注意的是,良肢位摆放虽然操作简单,但在实施过程中也需要遵循一定的原则和方法。不恰当的肢位摆放反而可能加重患者的功能障碍,延缓康复进程。因此,护理人员需要根据患者的具体情况,如瘫痪程度、关节活动度、肌力等,制定个性化的肢位摆放方案。对于重度偏瘫患者,可能需要借助一些辅助器具,如三角垫、握球等,来帮助维持正确的肢位。同时,肢位摆放的时间和频率也需要严格控制。一般建议每2-3小时进行一次肢位变换,每次维持20-30分钟。过长时间的固定肢位,反而可能导致压疮等并发症的发生。

综上所述,良肢位摆放在脑卒中偏瘫患者早期康复护理中的应用具有显著的临床价值。通过合理的肢位调整,能够有效促进患者的肢体功能恢复,提高生活质量,预防并发症的发生。临床护理人员应重视良肢位摆放的干预作用,在脑卒中偏瘫患者的早期康复过程中广泛应用,以帮助患者早日恢复正常生活。

参考文献

[1]李清,金学勤,马晓敏,等.脑卒中偏瘫患者稳定期良肢位摆放的现状及其影响因素研究[J].实用心脑血管病杂志,2024,32(6):57-63.

[2]李梦茜,刘德华.鱼骨图分析法结合持续质量改进法在提高脑卒中偏瘫患者良肢位摆放正确率及改进护理质量中的应用[J].国际护理学杂志,2024,43(22):4178-4181.

[3]安文雨,李彬,刘丽娜.良肢位摆放联合体位标识在脑卒中偏瘫患者早期康复中的应用进展[J].当代护士,2024,31(35):27-30.

[4]武权英,周宗艳,马瑞.良肢位摆放管理对脑卒中偏瘫患者疼痛程度及肢体功能恢复的影响[J].中外医疗,2024,43(12):178-182.

[5]顾志钰,薛梅,何建芳.良肢位摆放管理对脑卒中偏瘫侧肩关节僵硬、疼痛改善及肌力恢复的影响[J].国际护理学杂志,2023,42(16):2954-2957.

[6]蒋黎丽.良肢位摆放在脑卒中偏瘫患者早期康复护理中的应用效果及改善患者日常生活能力分析[J].智慧健康,2023,9(22):222-226.

[7]张承亮,李萍,翁思佳,等.良肢位摆放联合阶段康复训练对脑卒中后偏瘫患者神经系统功能及运动功能的影响[J].中国乡村医药,2022,29(10):52-53.

[8]刘庆,彭帅芳,盛妮.早期良肢位摆放标识联合分期Brunnstrom康复训练护理脑卒中偏瘫效果[J].反射疗法与康复医学,2021,2(6):166-169.

[9]邢立玲,赵晓光.护工良肢位摆放培训在脑卒中偏瘫患者早期康复护理中的效果观察[J].首都食品与医药,2021,28(21):145-147.