

关于神经内科护理中脑卒中康复护理的临床效果评价

张丽雲 张国梅 王雅莉

西宁市第一人民医院 青海 西宁 810000

摘要：本研究旨在探讨神经内科脑卒中康复护理的临床效果。选取2022年1月至2024年6月间的120名脑卒中患者，随机分为对照组和观察组，分别接受常规护理和系统化康复护理。通过NIHSS评分、Barthel指数、HAMA和HAMD量表评估干预前后的神经功能、生活能力和心理状态变化，同时记录并发症发生率和护理满意度。结果显示，观察组NIHSS评分显著降低，Barthel指数提升，HAMA和HAMD评分改善更明显，且并发症发生率低，护理满意度高，差异均有统计学意义。因此，系统化康复护理对脑卒中患者的神经功能恢复、生活自理能力提升、负面情绪缓解及并发症防控均有积极作用，值得临床推广。

关键词：神经内科；脑卒中；康复护理；临床效果；评价

引言：脑卒中作为全球范围内致残率最高的疾病之一，其高发病率、高致残率及高复发率已成为严重的公共卫生问题。据《中国脑卒中防治报告（2022）》数据显示，我国40岁以上人群脑卒中患病率达2.6%，每年新发病例约340万，且呈年轻化趋势。近年来，以“早期康复、全面护理”为核心的康复护理模式逐渐成为临床研究热点。本研究通过对比常规护理与系统化康复护理的临床效果，旨在为脑卒中患者护理方案的优化提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年1月至2024年6月于我院神经内科收治的脑卒中患者120例，纳入标准：①符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》诊断标准；②经头颅CT或MRI确诊为首次发病；③病程≤14天；④意识清醒，生命体征平稳；⑤签署知情同意书。排除标准：①合并严重心、肝、肾功能不全；②存在精神疾病或认知障碍；③合并恶性肿瘤或严重感染性疾病。将患者随机分为对照组（ $n=60$ ）和观察组（ $n=60$ ）。观察组中男34例，女26例；年龄45~78岁，平均（ 62.3 ± 8.5 ）岁；缺血性脑卒中42例，出血性脑卒中18例。对照组中男32例，女28例；年龄43~76岁，平均（ 61.7 ± 9.1 ）岁；缺血性脑卒中40例，出血性脑卒中20例。两组基线资料比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性^[1]。

1.2 护理方法

在针对脑卒中患者的护理实践中，我们采取了两种不同的护理模式：常规护理与系统化康复护理干预，以观察其对患者康复进程的影响。

1.2.1 对照组

对照组的患者接受了神经内科的常规护理。这一模式侧重于对患者生命体征的密切监测，确保患者的血压、心率、呼吸等关键指标保持在正常范围内。护理人员严格遵循医生的医嘱，为患者提供药物治疗，并实施基础护理，如定期更换敷料、协助患者翻身等，以防止压疮等并发症的发生。在患者病情稳定后，护理人员会开始指导患者进行简单的肢体活动，如手指屈伸、关节活动等，以促进血液循环和肌肉力量的恢复，护理人员还会提供基础的心理支持，通过倾听患者的诉说、给予安慰和鼓励，帮助患者缓解紧张、焦虑的情绪，树立战胜疾病的信心。

1.2.2 观察组

观察组的患者在常规护理的基础上，接受了更为全面的系统化康复护理干预。这一模式旨在通过一系列科学、系统的康复措施，促进患者身体功能的全面恢复。首先，在患者入院后的24小时内，会对其进行全面的早期康复评估。评估工具包括Brunnstrom分期、Fugl-Meyer运动功能评定量表及Berg平衡量表等，这些量表能够准确反映患者的运动功能、平衡能力和日常生活活动能力。根据评估结果，会为患者制定个体化的康复计划，确保康复措施的针对性和有效性；在肢体功能训练方面，根据患者的具体情况，制定个性化的训练方案。发病后的24~48小时内，由专业的康复治疗师对患者进行关节活动度训练，每日进行2次，每次持续20分钟。随着患者病情的稳定，会逐渐指导患者进行主动运动，如床上翻身、坐起、桥式运动等，并逐步过渡到站立、步行训练等更高级别的运动。这些训练旨在促进患者的肌肉力量恢复和肢体协调性提升。另外，还会采用物理因子治疗方法，如低频脉冲电刺激和经颅磁刺激（TMS），

每日为患者提供1次治疗，每次持续15分钟。这些方法能够刺激患者的神经肌肉系统，促进神经功能的恢复和肌肉力量的增强^[2]。对于存在吞咽障碍的患者，采用冰刺激、舌肌训练及门德尔松手法等方法进行吞咽功能训练。这些训练方法每日进行3次，每次持续10分钟，旨在帮助患者恢复吞咽功能，减少误吸和呛咳等风险。

1.3 评估标准体系

(1) 神经功能恢复情况：利用美国国立卫生研究院设计的卒中评估量表（NIHSS）进行量化评价，得分降低意味着神经功能改善更为显著。

(2) 日常生活自理水平：依据Barthel指数进行综合评分，满分为100，得分60及以上标志着患者基本具备生活自理能力。

(3) 心理状态衡量：通过汉密尔顿焦虑量表（HAMA）及抑郁量表（HAMD）进行心理状态评估，分数上升反映焦虑或抑郁情绪加剧。

(4) 并发症出现频率：统计包括肺部感染、深静脉

血栓、压疮等并发症的发生状况，以频率作为评价指标。

(5) 护理服务满意度：采用自行设计的问卷进行满意度调查，分为四个等级：非常满意、满意、一般、不满意，满意度计算方式为（非常满意+满意）数量除以总调查人数再乘以100%。

1.4 数据统计与分析手段

采用SPSS 26.0统计软件处理收集的数据。连续性变量用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间差异通过 t 检验分析；分类变量以百分比（%）表示，组间比较采用卡方（ χ^2 ）检验。设定 P 值小于0.05为统计学上具有显著差异的标准。

2 结果

2.1 两组干预前后NIHSS及Barthel指数比较

干预前，两组NIHSS评分及Barthel指数差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；干预后，观察组NIHSS评分显著低于对照组（ $t = 4.236, P < 0.001$ ），Barthel指数显著高于对照组（ $t = 5.128, P < 0.001$ ）。见表1。

表1 两组干预前后NIHSS及Barthel指数比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	NIHSS评分（干预前）	NIHSS评分（干预后）	Barthel指数（干预前）	Barthel指数（干预后）
观察组	60	12.3±2.1	6.5±1.8	45.2±8.7	78.6±9.2
对照组	60	12.1±2.3	9.2±2.0	44.8±9.1	65.4±10.1

2.2 两组心理状态评分比较

干预后，观察组HAMA评分（8.3±2.1）和HAMD评分（9.6±2.4）均显著低于对照组（HAMA：12.5±3.0，HAMD：14.2±3.5），差异具有统计学意义（ $P < 0.01$ ）。

2.3 两组并发症发生率及护理满意度比较

观察组并发症发生率（8.33%）显著低于对照组（23.33%），护理满意度（95.00%）显著高于对照组（81.67%），差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表2。

表2 两组并发症发生率及护理满意度比较（ $n, \%$ ）

组别	例数	并发症（肺部感染/深静脉血栓/压疮）	并发症发生率	护理满意度（非常满意/满意/一般/不满意）	护理满意度
观察组	60	37622	0.0833	28/29/2/1	0.95
对照组	60	39510	0.2333	20/29/8/3	0.8167

3 讨论

3.1 康复护理对神经功能恢复的影响

本研究结果显示，系统化康复护理可显著降低NIHSS评分，提示其能有效促进神经功能恢复。这一结果与神经可塑性理论及临床实践相符。早期康复训练通过多感官刺激（如肢体被动运动、平衡训练）可激活大脑皮层重组机制，促进病灶周围神经元突触再生及侧支循环建立，从而部分代偿受损神经功能。物理因子治疗（如经颅磁刺激TMS）通过调节大脑皮层兴奋性，可增强病灶区神经递质释放，加速突触传递功能重建^[4]。另外，康复护理中的主动运动训练（如站立、步行）可促进本体感

觉反馈通路恢复，进一步强化神经-肌肉功能耦合。值得注意的是，观察组患者在发病后24~48小时即开始被动运动，这一超早期干预策略可能通过减少肌肉废用性萎缩及关节僵硬，为神经功能恢复创造了更有利的生理环境。

3.2 日常生活能力改善

观察组Barthel指数显著提高，表明系统化康复护理能有效提升患者自理能力。这一改善可能源于以下机制：①个性化康复计划通过Brunnstrom分期及Fugl-Meyer量表评估，精准识别患者运动功能缺损类型，针对性设计训练方案（如桥式运动改善核心肌群力量，坐-站转移训练提升平衡能力），从而直接促进ADL能力提升；②

家属参与护理模式通过健康宣教及技能培训,使家属掌握辅助训练方法(如正确体位摆放、进食协助技巧),既减轻了护理人员负担,又增强了患者康复信心,提高了训练依从性。另外,观察组患者在病情稳定后即开始逐步过渡至站立、步行训练,这种“功能导向”的康复策略更符合日常生活场景需求,有助于缩短功能恢复与实际应用的差距。

3.3 心理状态优化的深入剖析

观察组患者在HAMA和HAMD评分上的显著降低,充分展示了系统化康复护理在缓解焦虑抑郁情绪方面的显著效果。这一积极变化得益于多方面的精心干预措施。认知行为疗法(CBT)的运用,使得患者能够识别并纠正诸如“我永远无法自理”的灾难化思维,这种思维模式往往是焦虑和抑郁的根源。通过结合放松训练,如渐进性肌肉松弛,进一步降低了交感神经的兴奋性,从而直接改善了患者的情绪状态。家属的积极参与护理和定期的家庭会议,不仅增强了患者的情感支持网络,还有效减轻了其孤独感和病耻感。这种来自家庭和社会的支持,为患者提供了战胜疾病的信心和动力。值得一提的是,观察组所采用的心理干预模式兼具高频次和短时的特点,既确保了干预的强度,又避免了患者因长时间沉浸于负面情绪而加重心理负担。同时,康复训练本身通过逐步提升患者的功能水平,可能间接增强了其自我效能感,形成一个“功能改善-心理状态优化”的良性循环,进一步促进了患者的全面康复。

3.4 并发症与满意度的深入分析

观察组在并发症发生率上的显著降低(8.33%对比23.33%)进一步验证了系统化康复护理的优越性。这一结果的取得,离不开规范化护理流程的实施。例如,每2小时翻身及定时口腔护理等措施,有效预防了压疮及肺部感染的发生,确保了患者的安全。同时,早期肢体功能训练通过促进血液循环,减少了深静脉血栓形成的可能性,进一步降低了并发症风险。在护理满意度方面,系统化康复护理同样表现出色。个性化康复计划及家属参与模式不仅增强了患者对护理方案的认同感,还提高了其参与度和训练效果^[5]。通过发放康复手册、组织健

康讲座等方式,健康教育得到全面加强,患者疾病认知水平显著提高,医患之间的信息不对称问题得到有效缓解。这些因素共同作用,使得观察组患者的满意度大幅提升。更重要的是,并发症的减少可能间接提升患者的生活质量,进一步增强了其对护理服务的认可和满意。这一结果再次提示我们,康复护理不仅应关注患者的功能恢复,还应重视并发症的预防及患者体验的优化,以全面实现康复效益的最大化。

结束语

本研究通过对比常规护理与系统化康复护理在脑卒中患者中的应用效果,证实了系统化康复护理在促进神经功能恢复、提升日常生活能力、改善心理状态及降低并发症风险方面的显著优势。研究结果表明,系统化康复护理通过早期评估、个体化康复计划制定及多学科协作,能够更全面地满足患者康复需求,提高康复质量。因此,系统化康复护理应作为神经内科脑卒中患者护理的优先选择,值得在临床中广泛推广与应用,以推动脑卒中康复护理水平的整体提升,为患者带来更好的康复效果和生活质量。

参考文献

- [1]袁小利. 神经内科护理对脑卒中康复效果及神经功能缺损的影响分析[J]. 生命科学仪器, 2023, 21(z1):430.
- [2]孔令新. 神经内科护理对脑卒中康复效果及神经功能缺损的影响分析[J]. 生命科学仪器, 2023, 21(z1):138, 141.
- [3]周兰,张兰,陈倩倩,等. 脑卒中康复护理中应用病房延伸责任制康复护理模式的效果[J]. 国际护理学杂志, 2024,43(17):3241-3245.
- [4]马玲,叶椒,王俊玲,等. 脑卒中康复护理多学科团队协作模式的研究进展[J]. 国际护理学杂志,2024,43(3):566-572.
- [5]项丽敏,赵瑾,张振芳,张凌云.个体化改良康复护理干预对脑卒中偏瘫患者创伤后成长、康复训练依从性及日常生活能力的影响[J]. 护理实践与研究,2021,18(24):3689-3693.