

早期系统康复治疗对ICU颅脑外伤患者的应用研究

杨文会

北京北亚骨科医院 北京 102445

摘要: **目的:** 探讨早期康复护理在颅脑外伤患者中的应用效果。**方法:** 选取我院收治的60例颅脑外伤患者, 将其随机分为对照组和观察组两组, 各30例。给予对照组常规护理, 观察组采取早期康复护理干预, 干预2个月后, 对比分析两组干预前后的神经功能缺损程度评分(NIHSS) Fugl-Meyer (FMA)运动功能量表评分及日常生活能力量表(Barthel指数)。**结果:** 干预后, 相比于对照组, 观察组的NIHSS评分明显较低($P < 0.05$); 观察组的FMA运动评分及Barthel指数均显著较高, 且差并均具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 有效实施早期康复护理干预, 有助于改善患者的神经功能缺损程度, 提升其肢体运动能力和日常生活能力, 值得进一步推广。

关键词: 早期康复护理; 颅脑损伤; 神经功能; 日常生活能力

颅脑外伤临床常见的有脑挫裂伤、脑干损伤、颅骨骨折、颅内血肿、头部软组织损伤和脑损伤等, 国内的发生率约为240/10万人。颅脑外伤是创伤中常见的一种损伤, 颅脑外伤分为闭合性和开放性损伤两大类, 临床上颅脑外伤是闭合性损伤多见。颅脑外伤患者伤后常常出现许多功能障碍等综合征, 并产生抑郁、焦虑、睡眠不良等心理因素, 原因是外力撞击脑部、交通事故、高空处坠落和失足跌倒等造成意外伤害所致, 对脑外伤有着一定的影响。我国对颅脑外伤的救治取得了较大的进步, 病死率明显下降, 所以早期康复护理具有十分重要的意义。我科收治的60例患者, 经治疗和康复护理取得了良好效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院ICU病房2020年8月~2021年8月颅脑损伤术后患者60例, 按患者住院顺序随机分为治疗组和对照组各30例。治疗组男15例, 女15例, 年龄34~65(43.32+9.34)岁, 病程1~10(4.91+ 3.76)天, GCS 4~13(5.65+1.42)分; 脑外伤16例、脑出血14例, 接受手术者16例、呼吸机辅助呼吸者14例。对照组男16例, 女14例, 年龄33~65(42.12+9.25)岁, 病程1~11(4.26+3.89)天, GCS4~13(5.28+1.29)分; 脑外伤14例、脑出血16例, 接受手术者14例、呼吸机辅助呼吸者16例。两组性别、年龄、病程等一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准经影像学检查确诊为颅脑损伤: 收缩压 ≥ 9 或 ≤ 160 mmHg或舒张压 ≤ 120 mmHg; 平均动脉压 ≥ 70 或 ≤ 120 mmHg; 心率 > 50 次/分或 < 130 次/分; 机械通气吸入氧浓度 $\leq 65\%$, 血氧饱和度 $\geq 90\%$ 、呼吸

频率 ≤ 35 次/分。

排除标准本次发病合并严重骨折、脊髓损伤患者; 明确诊断为恶性肿瘤晚期或者正在接受放疗、化疗患者; 因神经肌肉病变需要长期住院卧床机械通气患者; 所需长期机械通气的患者; 心率 < 50 次/分或 > 130 次/分; 血氧饱和度 $< 85\%$; 患者及家属知情不配合康复治疗者。

1.2 方法

对照组患者给予病情观察, 根据患者实际需求进行护理等常规护理, 观察组患者在常规护理的基础上进行早期康复护理, 具体如下。

1.2.1 心理护理

所有重型脑外伤患者均进行脱水、抗感染、激素治疗等常规治疗, 在病情稳定之后进行高压氧治疗^[1]。重型脑外伤患者由于在ICU室进行治疗, 对于清醒的患者需要承受着较大的心理压力回。此外, 重型脑外伤患者在身体上也需要承受病痛折磨。因此护理人员要加强与清醒患者的沟通, 使患者的情绪得到平复, 分散患者对疾病痛苦的注意力。对于一些消极的患者, 由于对疾病的恐惧产生不良的心理, 严重影响了患者的顺利治疗, 因此护理人员应该加强患者的治疗依从性, 帮助排解患者的不良心理, 根据患者的疼痛给予镇痛剂等。对重型颅脑外伤患者进行早期康复护理, 针对ICU患者的心理特征进行针对性的护理, 经过医护人员与患者的耐心沟通, 减轻了患者的不良情绪, 通过舒适护理以及环境护理为患者创造一个舒适的环境, 从而使患者的心情更加愉悦, 而患者保持良好的心情对于患者病情的康复是非常有利的。

1.2.2 肢体按摩

在重型颅脑外伤患者的早期治疗过程中, 大多数的

重型颅脑外伤都是要静卧的,导致患者无法自主活动,不仅患者容易感到不舒适,甚至还会使患者的肌肉僵硬和麻木回。为了消除患者的不适感,护理人员应该对患者进行肢体按摩,对患者患肢手、肩以及下肢进行按摩,改善血液循环,消除肿胀,防止患者的肌肉萎缩。按摩时应该轻柔缓慢,对于瘫痪的肌肉进行按摩揉捏,对于拮抗肌进行安抚性按摩。对患者进行有效的按摩,减少患者肌肉的萎缩和糜烂。此外,通过肢体功能康复和肢体按摩,不仅可以减少患者术后并发症的发生,还可以使患者快速恢复肢体功能以及生活能力,从而提高患者的生存质量,提高治疗效果。

1.2.3 早期康复护理

早期康复护理最佳时机,要选择病情稳定,生命体征平稳(伤后或术后48~72小时),无神经系统进一步损伤的征象,且骨及骨关节无受损,即可开始。制定早期康复护理计划,与患者和家属进行沟通,全面掌握患者的整体情况,制定详细、具体、个性化康复护理计划,在实施计划过程中及时修改,向家属及患者介绍颅脑外伤疾病的知识、愈后情况及早期康复护理的意义,以取得患者和家属的配合。患者在术后恢复意识之后就要进行神经功能训练,使患者的肢体得到适量的活动。例如让患者在床上进行翻身、抬腿等^[2];此外,还应加强患者的记忆力训练和注意力训练,让患者回忆熟悉的人和事,让患者重复护理人员报出的数。对于已经昏迷的患者,护理人员应该保护患者的肢体功能位和关节功能位,对于清醒的患者,护理人员应该指导其保护正确的卧床姿势,踝关节背伸90°,肘关节屈曲约90°,腕关节背屈约40°,伸至髋关节,根据患者的实际情况进行功能运动。关节活动度训练应该按照被动运动、借力运动和主动运动的原则进行运动。同时进行坐立训练。

1.2.4 体位护理

体位护理,每隔2h变换体位一次,保持关节正确的良肢位摆放,近年来国内外康复医学发展证明尽量多用患侧卧位,减少仰卧位,并提倡早期由卧位至坐位过渡,以正确的姿势预防褥疮和肢体痉挛。不同体位护理的具体要求为:①健侧卧位是健侧肢体处于下方的侧卧位。病人的头侧放在枕头上,躯干与床面保持近垂直。患侧上肢用枕头垫起不使上肢处于内收位,肩关节前伸角度最好稍大于90度,上肢尽可能伸直,手指伸展开。同时用软枕垫起处于上方的患侧下肢,保持在屈髋、屈膝位,足部最好也垫在枕头上,不能悬于软枕的边缘。病人自己难以摆放健侧卧位时,也可以由家属帮助完成。②患侧卧位的正确姿势,患侧卧位时病人的患侧肢

体处于下方,这样会有助于刺激、牵拉患侧,减轻肢体的痉挛。病人头稍前屈,躯干后倾,用枕头或被子稳固支撑后背,患侧肩向前方伸展开、肘伸直、手心向上、手指伸展开。健侧上肢则自然放于体侧。患侧下肢髋关节伸展、微屈膝。健侧髋、膝关节屈曲,可放在长软枕上,这会有助于患侧髋关节伸展。患侧卧位有助于患肢伸展,可抑制痉挛,健侧肢体可自由使用。③仰卧位的正确姿势,病人头枕于枕头上,脸处于正中位,躯干平展,在患侧肩胛骨下方放一个枕头,使肩部上抬,并使肘部伸直、腕关节背伸、手指伸开。同时在患侧的臀部至大腿下方垫放一个长软枕,目的在防止患侧髋关节外旋,髋关节长期外旋或向外固定后易导致在以后的步行中形成外旋步态。患侧下肢伸展,可在膝下放一小枕头,形成膝关节屈曲。

1.2.5 认知康复训练

对患者目前的认知能力做具体、详细的分析,并据此制定出针对性的康复护理方案,找出功能缺陷的主要认知成分,对障碍环节采用反复的学习、询问和训练,达到以点带面全面进行康复护理干预,从而使记忆、学习、解决问题等整体认知水平得到提高。娱乐疗法在认知康复中有相当的应用,对改善患者精神和情绪,提高患者康复治疗的依从性和主动性,潜在改善患者的认知能力具有辅助作用。日常生活能力(ADL)训练:针对患者具体情况制定切实可行的训练计划。训练内容包括进食、饮水、穿脱衣裤、个人卫生、控制大小便、用厕等。训练时强化动作技巧且动作应轻柔、缓慢,防止坠床、跌倒。训练内容贯穿于患者日常生活中,且与患者的需要相结合,增加患者主动参与的积极性,提高生活自理能力。

1.3 观察指标

神经功能:依据神经功能缺损程度评分量表(NIHSS),评估两组患者的神经功能缺损情况。患者的神经功能随着评分的升高而逐渐减弱,当评分>16分时,预示其伤残较为严重,极易导致死亡;评分<6分,表示预后情况良好。肢体运动功能:干预后,针对患者的肢体运动能力,可采取Fugl-Meyer运动功能量表评分方式进行评估。总分100分,分数越高,肢体运动能力越好,<50分,表明运动功能具有较大障碍。日常生活能力:干预后,采取Barthel指数评定量表,判定患者的日常生活能力。总分100分,分数越高,其生活能力就越好。

1.4 统计学分析

采用SPSS12.0统计学软件对对照组和观察组患者的临床治疗效果的数据进行处理,采用t检验进行统计学分析, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

实施早期康复护理前,两组患者的NIHSS评分、FMA评分及BI指数评分均无明显差异($P > 0.05$);干预2个月后,

与对照组相比,观察组的NIHSS评分明显降低($P < 0.05$);观察组的FMA评分及BI指数评分均显著高于对照组,以上差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。如表1所示。

表1 NIHSS、FMA、BI指数评分对比

组名	例数	NIHSS		FMA		BI指数	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	30	34.62 ± 3.32	12.81 ± 1.25	61.52 ± 3.42	85.42 ± 4.55	45.62 ± 3.32	78.96 ± 4.26
对照组	30	34.61 ± 3.31	19.62 ± 1.28	61.54 ± 3.62	74.92 ± 4.35	45.61 ± 3.02	64.75 ± 4.13
<i>t</i>	-	0.012	20.848	0.022	9.136	0.012	13.118
<i>P</i>	-	0.05	< 0.05	0.05	< 0.05	0.05	< 0.05

3 讨论

颅脑外伤是临床常见创伤类型的一种,其发病机制主要为患者头部受到外界暴力的直接作用或间接损害所致。当前,高处坠落、各种交通事故的综合作用,极大地提升了颅脑外伤疾病的发病率。此外,颅脑外伤还具有较高的致残率和致死率等,会在很大程度上,影响患者的生活质量。颅脑外伤主要包含颅部位损伤及脑部损伤等,具体为头部的头盖骨、头皮、脑组织及脑脊液等方面的损伤。当前,临床上大都采取手术方式治疗颅脑外伤,但手术过程中存在着较多缺陷和不足之处,为了极大地提高治疗效果,需给予患者一定的早期康复护理干预。患者在完成颅脑外伤手术治疗后,常常会导致其出现运动功能障碍,并损伤其神经功能,为了加快患者恢复。需给予其相应的护理干预措施。逐渐恢复和改善患者的神经元功能。

目前开展重症康复会面临各种障碍与困难。ICU病房患者病情复杂,多数患者均处在镇静状态。重症康复治疗需要多学科、团队合作下完成,目前由于医疗人员沟通协调不充分,治疗理念不同等等客观原因导致重症康复很难全面开展。开展ICU系统康复治疗,组成ICU康复团队,重症康复治疗师人员配备不足是目前开展重症康复的另一大难题^[3]。目前国内能成熟开展重症康复的医院均为三甲医院。具有康复治疗师专业技术人员需经过系统学习培训后方具备专科康复治疗的能力和技术。目前重症康复治疗师、重症康复护理专业技术人员严重不

足。ICU患者的心脏和呼吸等情况不稳定,随时加重或发生死亡,这也是重症康复全面开展的另一难题。目前虽拟定相关治疗指南指导开展康复治疗,但严重神经功能损伤、昏迷、严重认知功能障碍等原因也会导致康复治疗效果不佳等现象。

本次研究得出,在颅脑外伤患者的早期治疗阶段,开展康复护理干预,相比于对照组,观察组患者的NIHSS评分较低,差异对比具有统计学意义($P < 0.05$);与对照组相比,观察组的FMA评分及BI指数评分明显较高,差异经对比具有统计学意义($P < 0.05$)。这与吕品等人的研究结论具有较大的相似性。

结束语:综上所述,针对颅脑外伤患者,采取早期康复护理方式干预,具有显著作用,可极大地改善患者的神经功能缺损情况,促使其在肢体运动方面具有较大的协调性和灵活性,不断提高患者运动功能,改善其日常生活能力,具有较大的研究和推广价值。

参考文献:

- [1] 邹婷. 早期系统康复治疗对ICU颅脑外伤患30者的应用效果分析[J]. 特别健康,2021(24):267.
- [2] 贾惠芬,徐炎. 现实定向训练在中重度颅脑外伤患者早期康复治疗中的应用疗效[J]. 当代护士(下旬刊),2017(12):53-56.
- [3] 王春艳. 早期康复治疗对ICU重型颅脑外伤患者并发症及预后的影响[J]. 大健康,2020(33):77-78.