

早期康复治疗急性脑卒中患者的临床疗效观察

张广明

榆阳区人民医院 陕西 榆林 719000

摘要:目的: 本次研究主要针对早期康复治疗对急性脑卒中患者的临床治疗效果进行分析。方法: 挑选本院2020年1月至2021年8月接诊的64例急性脑中风患者开展本次研究, 依据随机分组的方式将其分成观察组与对照组, 每组个各32名患者, 对照组患者开展常规的康复治疗模式, 观察组的32名患者在对照组治疗模式的根本上开展早期康复治疗模式, 最后对比不一样治疗模式的临床实际效果。结论: 针对急性脑卒中患者来讲, 早期康复应依据患者的具体情况, 挑选有效的形式、提高康复的高效率, 加速患者康复速率, 非常值得临床医学营销推广。

关键词: 急性脑卒中; 早期康复; 日常生活能力; 肢体运动

引言: 急性脑卒中主要是脑血管病, 这是因为脑组织损伤病症忽然裂开所引起的患者脑血管堵塞, 阻拦血液进入到人的大脑。患者临床症状为侧脸部、四肢无力、中风面瘫、中风偏瘫等不适。医学上都是多发疾病, 病死率和致死率高, 严重危害患者生命健康。现阶段此病通常采用药物手术医治, 但是由于医治时间长, 修复迟缓, 效果欠佳。有学者表明, 对该病的早期康复医治可以有效反转严重的病情, 提高治疗干效果, 听说一起合理降低临床医学的并发症。基于此, 现以本院64例急性脑卒中患者为本次的研究对象, 比较常规医治与康复治疗模式的效果^[1]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

挑选本院2020年1月至2021年8月接诊的64例急性脑中风患者开展本次研究, 依据随机分组的方式将其分成观察组与对照组, 每组个各32名患者。对照组32名患者当中有17名男性患者, 15名女性患者, 年纪区间在43~72周岁, 平均年纪在(52.3±3.4)周岁; 观察组32名患者当中有18名男性患者, 14名女性患者, 年纪区间在42~74周岁, 平均年纪在(52.2±3.6)周岁。根据比较, 两组患者基本资料, 并没有统计学意义($P > 0.05$), 但是具有可比性。纳入指标: 参加此次实验的患者合乎急性脑卒中诊断标准, 以往无脑中风或轻微病症, 无半身不遂; 患者和家属知道这次实验研究, 因此可以开展。排除指标: 有某些疾病回绝参加此次实验研究, 有精神病史, 依从性差的患者。

1.2 方法

对照组患者住院后立即评估、医治、抗炎、电解质调整等。协助大脑神经补充营养液。在患者病情趋于平稳后, 对其进行恢复评估, 及时用药治疗。主要以训练

以床旁训练为主导, 迟缓向床前挪动, 躯体逐步向患肢转动。按时帮助患者进行翻身^[2]。

观察组的患者在对照组治疗模式的根本上开展早期康复治疗模式, 具体做法如下所示: ①卧床静养期。变化姿势时, 针对颅高压患者, 为了避免脑水肿, 不可以伸展头颈。侧卧睡觉时, 最好是同时旋转脖子和躯体, 支撑住头顶。偏瘫的身体不可以过多屈伸。合适的姿势能够防止骨关节和四肢变形。仰卧、健侧卧或侧卧位时患肢垫枕^[3]。处于被动骨关节活动能够防止痉挛, 加快血液循环。操作过程中请适当用力量, 以防骨关节脱位。②坐位期。期间患者神志清醒, 全身基本上平稳, 患肢肌力达2级。健侧用以推动患侧, 康复师选用Bobath技术协助患者走动或跪位。其中座位平衡训练在恢复医生指导下, 单独开展座位向站位的变换。③离床期。患者能承受静座最少30分钟, 肌力做到3级时, 开展站位平衡训练, 对患侧腿部开始负重训练, 坚持练习伸髓下和膝关节背屈, 直到能够独立站起^[4]。④步行期。能独立站起最少30min, 有活动水平时, 健侧足在患侧强的净重影响下略微前后左右活动。弯曲膝盖或弯折脚裸, 跟随路面走。依据急性脑卒中患者病况和功能问题特性, 坚持循序渐进原则, 防止患者劳累过度, 防止速率太快、能量太大、练习时间太长。练习全过程核心率120次/min, 若出现心梗或心律失常, 暂时停止练习。

1.3 指标观察

根据生活自理能力评分量表对患者开展分数评估。依据肢体运动功能恢复评定量表(FMA)对患者开展评估, 总成绩100, 分数越小, 表明患者的肢体活动作用越不好。运用简单化巴氏指数值量表对患者的独立性开展评估, 分数越大, 表明患者的独立性越高, 对亲属及其医护人员依靠水平低。对两组患者的治疗进行科学点

评, 分成: 显效: 患者的脑卒中病症(半身不遂、言语障碍等)基本上消退, 生活可独立, 医学检查患者的生命体征正常的; 有效: 患者的病症改进显著, 生命体征平稳; 无效: 患者的病症未产生变化, 需要有人协助进行日常生活, 测算两组患者的治疗的有效率。

1.4 统计学处理

为确保数据的合理性, 采用SPSS21.0应用统计学软件开展数据统计分析, ($\bar{x} \pm s$)代表计量资料, 行 t 检验, 计

数资料比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者的日常生活能力评分

通过数据可以看出, 观察组患者的生活能力指标评分要比对照组患者的评分高, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 具体数据见表1。

表1 对比两组患者的日常生活能力评分[$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	仰卧及侧卧	仰卧至床边坐	坐位平衡	坐位至站立	行走
观察组	32	12.5±2.6	13.2±1.7	13.6±1.2	12.2±2.8	13.5±1.7
对照组	32	10.2±2.2	11.5±1.4	12.1±0.7	10.2±2.0	12.3±1.3
χ^2		3.820	4.367	6.108	3.288	3.172
P		0.000	0.000	0.000	0.002	0.002

2.2 对比两组患者治疗指标

通过数据可以看出, 护理进行之前, 两组患者的指标评分没有比较大的差别; 护理进行之后, 身体运动作

用及巴氏指数得分远远高于对照组患者, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 具体数据见表2。

表2 两组患者肢体运动功能以及独立性评分[$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	肢体运动功能		巴氏指数评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	32	43.5±2.8	63.5±2.2	20.1±2.3	40.1±3.9
对照组	32	43.8±2.7	57.4±1.6	20.3±2.4	36.2±3.0
t		0.436	12.685	0.340	4.484
P		0.664	0.000	0.735	0.000

2.3 对比两组患者治疗效果

通过数据可以看出, 对照组患者的总有效率在

81.25%, 观察组患者的总有效率在96.88%, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 具体数据见表3。

表3 对比两组患者治疗效果[$n(\%)$]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	32	21	10	1	31 (96.88)
对照组	32	17	9	6	26 (81.25)
χ^2					4.010
P					0.045

3 讨论

脑卒中(cerebral stroke)被称为脑中风。是心脑血管疾病的一种病症。也是最常见的急性脑血管病, 是一组因脑颅损伤意外裂开、血管闭塞而造成脑部损伤的病症。临床医学中风分成出血性中风和脑缺血中风二种。血管风险源是急性脑中风的主要原因, 急性脑中风的产生与患者的性别、年纪、种族等相关。除此之外, 抽烟、肥胖症、欠缺运动和不健康的饮食也可能引起急性中风。依据神经内科疾病的严重度和延续时间, 脑中风一般分为短暂性脑缺血发病(TIA)、可逆脑缺血神经

元损伤(RIND)、不完全性脑中风(CS)3类。近些年, 急性脑中风患病率逐年递增, 严重危害人们健康。因而, 一旦被确诊为急性脑中风, 应结合实际情况制订行之有效的治疗方式, 操纵病况, 改进愈后。现阶段, 由于诊疗技术发展, 脑中风患者的病死率明显下降。但是, 脑中风后功能问题仍是专家学者们探索的关键课题研究。因而, 脑中风后康复已造成临床医师的高度重视, 是脑血管病诊治管理体系的重要组成部分, 不可或缺。中风后修复合理, 研究发现, 康复干涉越快, 患者功能恢复与整体功效就越好。在中国, 康复工作开展广泛迟缓,

初期和急性期高度重视药物治疗,不够重视康复。手术恢复期开始,手术恢复期通常延迟,给患者产生负面影响。对患者早日回归社会与家庭造成不好的干扰。初期修复比较好的关键在于中枢系统具备结构与/或作用重新组合能力,即中枢系统具备相对高度延展性,为神经内科疾病的修复给予稳定性。在初期康复中,将患者=生命体征稳定,无脑出血症状进度,与临床观察同步进行。神经外科常规治疗有利于减轻水肿症状,操纵颅压,有效控制脑部,促进血液循环,消化吸收脓肿。能够在一定程度上修复自主神经重建能力。可是,这类作用重新组合必须在初期规范化的反复运动练习前提下,根据多种形式调整神经细胞体液调节,传送恰当运动,完成自主神经重新组合。值得关注的是自主神经的复建和开支取决于学习与练习,而非全自动发展。中风患者能够主动地学习与练习一些运动作用,而往往不到位、有误,也会引起运动不够、肌萎缩和其它病发症,或者因为过多与不适度的运动而发生关节僵硬、畸型等不适。干预初期康复,立即选用Bobath技术以及运动深入学习等方式,通过相关的平台、可选择性、有针对性的康复练习,充分运用中枢系统代偿功能,重构大脑皮层作用,提高高端中枢神经系统对低等中枢神经系统的调整能力,降低出现异常肌力造成肌肉痉挛,摆脱出现异常痉挛方式,改进肌群间的彼此均衡和融洽功能,恢复患者身体健康。稳定运动方式与患者的单独生存力。

本科学研究结果显示,康复训练后,观察组患者日常生活品质、肢体运动功能得分和巴氏指数均优于对照组患者,且观察组患者医治效率高过对对照组患者,差别有显著性差异($P < 0.05$)。早期康复干预对患者在处于被动运动环节中,以小幅运动为主导,依据患者恢复实际效果逐步增加运动力度,提升患者的肢体功能。与此同时,患者能够开展翻身联系,合理防止身体不舒服

造成的不良反应。为了能提高患者高效的肢体功能,运动主要分三个步骤:坐位训练、站立训练和徒步训练。坐位训练更加注重患者的功能训练。上臂同时能够帮助患者恢复平衡力。站立运动重视协助患者腿部功能恢复,也可以有效促进神经功能恢复。最终,针对徒步训练而言,此项运动通常是全方面的恢复运动,能锻炼一部分骨关节,系统化恢复人体功能。

结束语:总的来说,作为一种比较常见的脑血管病,急性脑中风患病率逐年上升。急性脑中风的特点就是预后差,易发生病发症。患者康复管理不当可能造成吞咽功能问题、半身不遂等并发症。初期康复医治认为根据初期各种各样康复对策,加速患者康复。初期康复是一种新的见解,觉得初期康复有益于患者的康复实际效果。在急性脑中风患者的临床治疗中,初期康复指的是在患者康复后执行康复医治,病情好转24h,选用各种各样康复对策刺激性损伤神经再生,改进患者吸功能和吞咽作用。因此,针对急性脑卒中患者来讲,早期康复应依据患者的具体情况,挑选有效的形式、提高康复的高效率,加速患者康复速率,非常值得临床医学上长期推广。

参考文献:

- [1]何增义,薛锐灵,周媛,等.急性脑卒中早期康复治疗的效果评估报道[J].中外医疗,2021,35(14):115-116.
- [2]尹浩凌.优质护理在急性脑卒中早期康复护理中的临床作用与优势[J].实用临床护理学电子杂志,2020,2(7):241-243.
- [3]徐慧,曹慧.早期康复护理对急性脑卒中偏瘫患者康复的应用研究[J].双足与保健,2021,27(4):92, 94.
- [4]王淑银,王一书.急性脑卒中早期康复治疗临床疗效观察[J].重庆理工大学学报:自然科学,2021,32(8):147-150.