

脑中风患者早期康复护理的护理效果观察

陈倩

(河南省郑州市中医院康复科 郑州 450007)

摘要:目的:脑中风患者早期康复护理的护理效果观察。方法:选择 68 例脑中风患者实施临床试验,患者按照护理模式不同分成两组,对照组($n=34$)进行常规护理,观察组($n=34$)在此基础上实施早期康复护理。对两组患者护理前后的临床肢体运动功能、日常生活能力及生活质量进行比较。结果:护理前,两组 Fugl-Meyer 运动功能评分、日常生活能力评分比较,数据无显著差异($P>0.05$);护理后,观察组 Fugl-Meyer 运动功能评分、日常生活能力评分均高于对照组($P<0.05$)。护理后,观察组 SF-36 评分为(90.3 ± 3.5)分,明显高于对照组的(78.6 ± 3.8)分,数据差异显著($P<0.05$)。结论:对脑中风患者实施早期康复护理,对其肢体功能、日常生活能力提升都有较好的促进作用,在脑中风的临床治疗中应用价值较高。

关键词:脑中风;早期康复;效果

中图分类号:R473.74

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.089

脑中风是患者脑部血液循环突然发生障碍的神经系统疾病,临床表现是患者神经功能的病灶性损伤,患者有时还会合并意识障碍,发病时间一般会在 24 h 以上^[1]。由于脑中风造成的致残率及病死率都很高,大于 75% 的患者都会在发病后出现劳动能力不同程度的丧失,进而给患者的社会生活及家庭产生严重负担。文献显示,由于脑中风患者发病过急、病势迅猛、会使患者出现失语或偏瘫等诸多后遗症^[2-3]。因此,通过有效的护理干预,帮助患者降低脑中风后的致残率,对患者预后效果进行改善十分必要。本研究对脑中风患者的早期康复护理进行分析,并将研究结果总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 6 月~2017 年 6 月医院接收的 68 例患者作为临床研究对象,参见《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014》^[4],所有患者均确诊为脑中风。患者对本次研究知情,并签订知情同意书。排除患者中合并严重并发症,如神经退行性疾病、恶性肿瘤、严重失明或失聪;排除患者中存在认知功能障碍,无法对本次研究内容进行配合理解者。患者按照护理模式不同分为两组,观察组 34 例,男性 19 例,女性 15 例;年龄 46~77 岁,平均年龄(56.8 ± 2.3)岁;病程 1~4 d,平均病程(2.3 ± 0.5) d;患者中有 14 例脑出血,20 例脑梗死。对照组 34 例,男性 18 例,女性 16 例;年龄 44~79 岁,平均年龄(57.4 ± 2.6)岁;病程 0.8~4 d,平均病程(2.2 ± 0.6) d;患者中有 11 例脑出血,23 例脑梗死。临床资料数据组间比较,差异均无显著性($P>0.05$)。

1.2 护理方法 两组患者均实施中西医结合的常规疗法,对照组患者进行常规护理,保证患者生命体征已经渐趋平稳。主要内容包含:(1)环境护理:使病房湿度保持在 50%~60%;温度控制在 19~23 ℃。

(2)饮食护理。患者应多摄入高维生素、低脂及低蛋白食物,并尽量少食多餐。(3)安全防范。可以通过专人陪护、床栏等保证患者的安全性。(4)肠道护理。可以食用蜂蜜、香蕉等食物避免患者便秘,同时可多摄入粗纤维食物,促进患者胃肠蠕动。观察组在此基础上采用康复护理方案,主要内容有:(1)心理护理。由于脑中风患者的心理因素具有防治性与致病性两种特点,因此对于在治疗中有消极心理的患者,可以通过对其心理状态的调整,使患者增强治疗信心。治疗过程中可以通过案例示范、采用有效措施等,使患者日常生活中的基本功能得到恢复,并使患者具有良好的情绪调节能力。以免由于患者在情绪恐惧、紧张、激动等状态下时心脏负担增加。(2)吞咽训练。患者的吞咽障碍是其早期治疗中的主要并发症,患者在吞咽障碍的情况下,会加大进食难度。并会增加误吸的可能性,严重情况下还会使患者出现吸入性肺炎,进而造成患者窒息,甚至对生命安全产生严重威胁。因此,在患者发病后可以锻炼患者发“a、wu”。并使患者练习缩唇,发“f”音。患者练习时可锻炼喉部与下颌运动,每次保证 3 次发音,连续 10 次。(3)Bobath 握手。这种锻炼方式能够促进患者神经发育,并对其进行反射抑制性运动的训练。可以对患者上肢的功能有较好的锻炼康复价值,以免造成患者双臂出现畸形。患者若是感觉到多处有知觉障碍,也可采用这种方式对其进行锻炼。(4)肢体按摩。患者每次活动前需要对其展开 30 min 的按摩,每日至少两次,并保证按摩方法的多样性。按摩可以从患者的肢体近端向远端开始,并逐渐加重力度,保证速度适中。也可用两手交叉十指握拳的手法进行按摩。(5)站立与坐起训练。患者在完成起床、坐起等动作时一定要注意循序渐进,慢慢完成。首先可以半卧或半坐位,并注意是否出现头晕等不良情况。并在坐位时避

免腰部靠垫过高,造成颈部张力受到损伤。在患者四肢已经完全舒展后,才可以在他人协助下完成站立。站立过程需要使双脚全部踩地,缓缓伸直膝关节。患者初次不应站立过久,并逐步增加站立时间。(6)步行训练。患者在逐步适应长时间站立后,方可开始步行训练。首先可以练习原地站立,并注意对患侧膝关节的支撑及保护。患者可以在拐杖的帮助下,迈动患肢,使身体重心向身侧偏移,之后再迈动健肢。在逐次进行步行练习后才可独自步行。

1.3 观察指标 (1) 肢体运动功能^[5]: 采用 Fugl-Meyer 运动功能量表对护理前后两组患者肢体运动功能进行评价,该量表共包括 50 个项目,分值越高表明患者肢体运动功能越好。(2) 日常生活能力评分^[6]: 采用 MBI 评分根据改良 Barthel 指数 MBI 评定表对两组患者护理前后日常生活能力进行评价,改良 Barthel 指数评定表主要包括大便、小便、修饰、如厕、吃饭、转移(床-椅)、活动(步行)、穿衣、上楼梯及洗澡等自理能力,满分为 100 分,100 分表示可以完全自理。护理后随访 6 个月,采用 SF-36(简易生活量表)对患者的生活质量进行调查,总分 100 分,得分越高表明生活质量越好。

1.4 统计学分析 采用 SPSS17.0 版本软件对组间数据差异进行检验,通过 χ^2 和 t 分别对计数资料(%)和计量资料($\bar{x} \pm s$)展开检验,若 $P < 0.05$ 则说明差异显著并存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的肢体运动功能及日常生活能力比较 护理前,两组 Fugl-Meyer 运动功能评分、日常生活能力评分比较,数据无显著差异($P > 0.05$);护理后,观察组 Fugl-Meyer 运动功能评分、日常生活能力评分均高于对照组,数据差异显著($P < 0.05$),详见表 1。

表 1 护理前后两组肢体运动功能及日常生活能力对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	Fugl-Meyer 运动功能评分		日常生活能力评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	34	17.61± 2.14	53.61± 3.25	43.28± 5.15	91.82± 6.01
对照组	34	17.59± 2.17	37.82± 3.18	43.19± 5.09	82.36± 5.98
t		0.038	20.249	0.072	6.506
P		0.970	0.000	0.942	0.000

2.2 生活质量评估 观察组 SF-36 评分为 (90.3± 3.5)分,明显高于对照组的(78.6± 3.8)分,组间数据对比差异显著($t=7.252, P=0.000$)。

3 讨论

脑中风患者一般是部分神经组织及脑部功能遭受严重损伤,且在临床康复治疗中,患者也由于缺

少必要的刺激作用,使脑部神经出现固化萎缩,对新神经元重生也造成很大影响,甚至造成患者永久性的瘫痪^[7]。因此,对患者及时进行康复护理干预,能够为患者创造较好的功能恢复环境,进而避免患者出现各种类型的并发症^[8]。患者在肢体功能的锻炼恢复中,也能够维持自身机体的锻炼能力,从而避免出现关节变形。且在长期的康复训练以及神经元刺激作用下,患者的身体机制也可以向着良性方向发展,进而使自身的日常生活能力、肌肉运动能力得到提升。

早期康复护理就是在对患者身体状态、心理水平综合分析的基础上,为其制定身体康复锻炼计划,通过患者的肢体运动锻炼使生活自理能力、肌力水平得到提高^[9]。并在患者对自身机体水平锻炼的过程中,免疫能力也得到了锻炼与提升。早期康复护理是对患者各个器官功能、身体协调度进行综合锻炼,继而达到机体主动、被动的运动功能恢复,能够使患者相关的皮质脑血流量减少,并缩小肢体畸形的出现几率^[10]。在关节不断活动的过程中,一些脑细胞被激活,有助于对大脑的中枢神经进行功能重建^[11]。所以对中风患者予以早期的康复引导,是对其日常生活能力、肢体功能进行锻炼恢复的有效途径。同对照组相比,观察组患者的康复速度更快,生活质量更好。这同观察组患者应用早期康复护理,对其肢体功能、心理状态进行调节是密不可分的。

参考文献

[1]林建忠,郑文贤,陈建乐,等.循经推拿联合康复训练对脑中风患者运动功能恢复的效果及作用机制[J].世界中医药,2017,12(4):899-902
[2]王志军,黄文柱,严文,等.康复花园对脑卒中偏瘫患者康复效果的影响[J].实用医学杂志,2016,32(13):2091-2094
[3]杨琼,王普清.中医结合康复护理对脑中风瘫痪患者运动功能恢复的影响[J].中华现代护理杂志,2016,22(7):934-937
[4]中华医学会神经病学分会.中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014 [J].中华神经科杂志,2015,48(4):246-257
[5]陈瑞全,吴建贤,沈显山.中文版 Fugl-Meyer 运动功能评定量表的最小临床意义变化值的研究[J].安徽医科大学学报,2015,50(4):519-522
[6]范天伦,童玉燕,李娇红,等.日常生活活动能力评定量表在脑卒中患者中应用的对比研究[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(79): 113-114
[7]王洪涛,陈凡.靳三针疗法结合语言康复训练治疗脑中风失语症的疗效[J].实用医学杂志,2015,31(3):482-484
[8]黄顺贵,黄艳红,陈文,等.椎针通督循经疗法对脑中风患者肢体痉挛状态的影响[J].中医学报,2016,31(11):1811-1814
[9]华东.脑卒中康复的步行训练[J].健康向导,2014,20(4):36-37
[10]陆雪琴,严斌泓.社区护士中风病中西医结合康复护理实施调查分析[J].临床检验杂志(电子版),2017,6(2):348-349
[11]梁秀莉.早期康复护理干预用于中风患者的效果及对其运动功能恢复的影响[J].实用临床医药杂志,2016,20(8):11-13