

脑出血患者早期肢体功能康复的护理干预进展

唐 慧

潜江市中心医院神经外科 湖北 潜江 433100

【摘要】：目的：总结脑出血（包括自发性脑出血与创伤性脑出血）患者早期肢体功能康复的护理干预进展，分析循证实践支持下的有效措施与发展趋势。方法：通过系统检索近年来国内外指南、Cochrane 综述及临床研究，从时机选择、功能评估、干预策略、中医护理及多学科协作等方面进行归纳梳理。结果：早期启动以功能训练、并发症预防、心理支持与家庭参与为核心的康复护理可改善肢体功能恢复及生活质量，结合中医技术与智能化设备的综合模式发展迅速。结论：护理人员应基于循证证据，制定个体化、整合化康复方案，并推动多学科协作、延续性护理与新技术应用，实现脑出血患者早期康复护理质效双提。

【关键词】：脑出血；早期康复；肢体功能；护理干预；中医护理

DOI:10.12417/2705-098X.26.03.068

脑出血是卒中与脑外伤中常见的致残性疾病，分为自发性脑出血（sICH）和创伤性脑出血（tICH）。其中 sICH 作为严重卒中亚型，无外伤等继发病因，占中国卒中发病的 23.4%，以发病急、进展快、致死致残率高为特点；tICH 由外力导致脑组织和血管破裂，涵盖脑挫裂伤、各类血肿及弥漫性轴索损伤等。二者虽病因不同，均会引发脑组织破坏、颅内压升高及继发性损伤，导致神经功能、肢体运动障碍和日常生活能力丧失，住院致残率达 60%~70%，一年后独立行走比例不足一半。早期肢体功能康复护理可预防并发症、促进神经可塑性，改善生活能力与质量，是功能恢复关键手段。近年来，国内外指南、Cochrane 综述及实证研究关注两类患者个体化康复策略，强调循证多学科综合护理模式，为护理干预提供科学依据。

1 早期康复的循证基础

脑出血患者的早期康复干预需以循证依据为基础，兼顾安全性与个体化原则，通过多元技术融合与标准化评估实现功能恢复最大化。

在康复启动时机与原则方面，国际国内权威指南已形成明确共识。AHA/ASA（2022）、NICE（2023）及《中国脑卒中重症康复指南》均指出，自发性脑出血（sICH）患者在病情稳定后，可于发病 24~72 小时内启动早期康复，干预前需严格评估出血量、颅内压、意识状态及神经功能缺损程度，开展被动活动、床上主动运动等低强度训练，以利用神经可塑性改善远期预后。而创伤性脑出血（tICH）患者因病情复杂，指南未设定统一时间窗口，强调结合创伤类型、术后恢复特点制定方案，需综合考量颅骨骨折、脑挫裂伤、手术伤口、意识障碍及颅内压监测参数等，遵循“安全优先”原则，使康复与伤口保护、意识唤醒及颅内压管理并行。整体而言，早期康复需践行“循证为本、安全优先、个体适配”原则，依据动态评估制定阶段性计划，实现“稳定即启动”目标。

运动功能训练作为核心干预手段，其方式选择需平衡功能恢复与安全。Langhorne 等（2018）的 Cochrane 综述显示，发病 24 小时内的极早期活动虽可能缩短住院时间，但功能预后改善不显著且存在安全隐患，提示需强化个体化评估与风险管理。随着技术发展，功能性电刺激（FES）被证实可有效改善偏瘫患者肌力与运动能力，尤其在早期联合训练中对提升日常生活活动能力（ADL）作用显著；经皮电针刺激（TEAS）作为非侵入性技术，能提升卒中后上肢 Fugl-Meyer 评分、降低肌张力并改善 ADL。训练方法上，Todhunter-Brown 等（2025）的最新综述表明，功能性任务导向训练（FTT）在提升运动功能、步速及 ADL 能力方面优于传统神经生理学方法，为多模式融合干预提供了证据支持。

康复评估路径依赖标准化工具保障科学性与精准性。

《National Clinical Guideline for Stroke 2023》强调需持续量化监测功能状态与康复进程。常用工具包括：Barthel 指数（BI）评估 ADL 能力；Fugl-Meyer 运动功能评估（FMA）量化偏瘫肢体运动功能；改良 Rankin 量表（mRS）判断残疾程度与自理能力；国家卒中量表（NIHSS）评估急性期神经功能缺损。通过组合应用这些工具，护理人员可明确康复起点、识别功能障碍重点，依据周期性评估结果调整干预强度与频次，优化资源配置，提升干预效益。

2 护理干预措施及最新进展

脑出血患者的早期康复护理以功能恢复与风险防控为核心，涵盖体位管理、运动康复及并发症预防三大关键领域，且均以循证医学为支撑。

体位管理需遵循个体化原则。对于自发性脑出血（sICH）患者，抗痉挛摆位是基础，如患侧卧位时保持肩关节前伸、肘关节伸展等，可预防肌张力异常与肩关节半脱位。国内研究证实，超早期良肢位管理结合自制充气抗痉挛手套及 Brunnstrom

分期训练,能显著改善运动功能与生活质量,降低肌肉痉挛等并发症。针对创伤性脑出血(tICH)患者,NICE指南强调体位管理需结合损伤类型与恢复阶段,通过个体化摆放、翻身及支具支持预防关节挛缩等问题,同时需特别保护手术伤口,避免颅内压波动。

运动功能康复需依托循证路径与多技术融合。被动运动可维持关节活动度,主动-辅助运动、PNF技术等能激活患侧肌肉群。2024年Chen等人的Meta分析显示,神经肌肉电刺激(NMES)在改善步频、步幅、踝关节活动度及平衡方面优势显著。《中国脑卒中早期康复治疗指南》建议病情稳定后尽早介入FES、电针等物理疗法,查晓静等研究证实康复路径联合中频电刺激可提升运动与自理能力,张敏等则发现低频电刺激结合穴位电针能缓解肩手综合征症状。此外,运动结合认知训练成效显著,可提升FMA评分与MBI指数,缩短住院时间并提高锻炼依从性。

并发症预防是康复安全的保障,重点防控压疮与深静脉血栓(DVT)。AHA/ASA及NICE指南均将二者列为高风险事件,需动态评估并干预。压疮预防需每2小时翻身,配合压力分散型床垫,同时注重皮肤清洁与营养支持;DVT预防采用下肢按摩、抬高患肢、间歇性气压装置等物理手段,必要时联用低分子肝素。系统实施预防策略可降低并发症发生率,减少二次风险,护理人员需结合患者卧床时间、活动能力制定个体化计划,并通过家属教育强化执行效果。

3 中医与多学科综合护理

近年来,循证护理理念推动中医护理技术在脑出血患者早期康复中广泛应用。多项研究提供了科学支持,黄奕敏等通过系统评价提炼出涵盖坐式太极、八段锦、艾灸、推拿等28条中医康复护理最佳证据,为临床路径奠定基础。王身芳等的随机对照研究显示,中药热敷、穴位推拿等中医特色护理可显著提高患者运动评分和生活质量;廖晓琴等的Meta分析证实火针治疗对改善脑卒中后痉挛性偏瘫效果显著,体现中医护理的现代化价值。

同时,多学科协作是脑出血患者康复的关键保障。AHA/ASA和NICE指南均强调康复需医护康团队共同参与。自发性脑出血患者由神经内科、康复科医师与护士制定分阶段康复计划;创伤性脑出血患者因病情复杂,需神经外科、重症医学等多学科专家协同处理术后监护、颅内压管理等问题。

护士在其中扮演多重角色,除基础护理和康复训练执行

外,还承担功能评估协助、跨科室沟通、健康教育、心理支持等任务。具备多学科意识的专业护士能提高康复依从性,减少延误,是优质康复路径建设的关键力量。

4 心理与社会支持护理

心理与社会支持护理是脑出血患者早期康复的关键组成部分。研究表明,情绪障碍、应激反应及家庭支持缺失等因素会显著影响康复效果,而早期康复与系统心理干预结合可有效改善患者运动功能、情绪状态及生活质量。

AHA/ASA和NICE指南建议,护理人员需用Hamilton焦虑量表、抑郁自评量表等工具常规评估患者情绪,通过正向激励、认知调节等方式干预。针对创伤性脑出血患者,还需融合意识唤醒、家庭陪伴等措施改善其心理反应与社会互动能力。

家庭参与在康复护理中作用重大。积极的家庭参与能增强患者康复意愿,减轻照护者负担,改善康复环境。系统家属培训可提升照护质量,减少失误。“家属亲情式陪伴护理”研究显示,家属深度参与能显著提高患者康复信心与依从性,在功能评分和生活质量评分中效果更优。因此,应将家属纳入康复团队,构建“医-护-患-家”四维联动模式,全面提升康复质量与患者满意度。

5 挑战与展望

当前脑出血患者早期康复护理在从指南到实践落地过程中面临多重障碍。一是sICH与tICH患者康复路径标准化不足,临床中康复启动时机、强度及评估流程因科室经验、监测手段和设备条件差异存在显著变异,尤其tICH患者缺乏统一安全评估标准。二是护理队伍康复专业能力参差不齐,一线护士存在关键知识缺口,且康复专业护士人力紧张、多岗兼任,影响服务连续性。三是区域医疗资源配置不均衡,基层及非康复专科医院康复设备匮乏,制约系统化训练开展。四是患者及家属康复依从性不足,tICH患者家属因认知误区影响干预效果。

为破解上述问题,未来需多维度协同推进。在制度建设上,针对两类患者制定分阶段、可操作的护理规范,结合国际指南制定适配的“早期康复路径图”。在能力提升方面,建立康复护理培训体系,推广技能认证,设立康复护理专岗。在科技融合上,引入低成本智能化设备与远程平台,缩小资源差距,延伸服务链条。在照护模式转型上,通过多元宣教方式完善患者教育,构建tICH家属四维干预框架,提升家庭支持专业性。脑出血早期康复护理正处转型关键期,需通过标准引领、能力培育等举措,构建立体化康复体系,提升康复质量与患者预后。

参考文献:

- [1] 张谦.脑出血临床管理[M].//中国卒中学会卒中管理专业委员会,中国卒中学会脑血管病指南专业委员会.中国脑血管病临床管理指南(第2版).北京:人民卫生出版社,2023:131-178.
- [2] 田静.颅脑创伤患者肢体功能早期康复护理方案的构建及应用[D].上海:中国人民解放军海军军医大学,2023.

- [3] NICE.Stroke rehabilitation in adults:NICE guideline NG128[S/OL].London:National Institute for Health and Care Excellence,2023 [2024-12-01].
- [4] LANGHORNE P,COLLINS R,RODGERS H,et al.Early mobilisation after stroke[J].Cochrane Database Syst Rev,2018,(10):CD006187.
- [5] 陈煌.脑卒中肢体功能障碍患者早期康复护理的最佳证据总结[J].解放军护理杂志,2020,37(6):5-9.
- [6] THIJS L,VOETS E,DENISSEN S,et al.Trunk training following stroke[J].Cochrane Database Syst Rev,2023,(3):CD013712.
- [7] GREENBERG S M,ZIAI W C,CORDONNIER C,et al.2022 Guideline for the management of patients with spontaneous intracerebral hemorrhage:a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association[J].Stroke,2022,53(7):e282-e361.
- [8] NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE.Stroke rehabilitation in adults:NICE guideline NG128[S/OL]. London:NICE,2023[2024-12-01].
- [9] LANGHORNE P,COLLINS R,RODGERS H,et al.Early mobilisation after stroke[J].Cochrane Database Syst Rev,2018,(10):CD006187.
- [10] TODHUNTER-BROWN A,SELLERS C E,BAER G D,et al.Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke[J].Cochrane Database Syst Rev,2025,(2):CD001920.