

脑卒中患者康复护理的临床效果分析

王永艳 邢竹君 康乐

石河子市人民医院 新疆 石河子 832000

【摘要】：目的：分析神经内科脑卒中患者实施针对性康复护理的临床效果。方法：时间跨度：2022年8月-2025年7月，选取本院神经内科收治的86例脑卒中患者，采用随机抽签法分为对照组与观察组，各43例。对照组实施常规护理干预，观察组在常规护理基础上实施针对性康复护理。对比两组干预效果及并发症发生情况。结果：干预8周，观察组神经功能评分低于对照组，肢体运动功能评分、日常生活活动能力评分高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组并发症发生率低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：对神经内科脑卒中患者实施针对性康复护理，可有效改善患者神经功能及肢体运动功能，提升日常生活活动能力，降低并发症发生风险。

【关键词】：脑卒中；神经内科；康复护理；神经功能；肢体运动功能

DOI:10.12417/2705-098X.26.08.069

脑卒中是神经内科常见的急性脑血管疾病，主要因脑部血管突然破裂或阻塞导致血液无法流入脑组织，引发脑组织缺血缺氧性损伤^[1]。该病发病急、进展快，常遗留神经功能缺损、肢体瘫痪、语言障碍等后遗症，严重影响患者日常生活活动能力，加重家庭及社会负担。目前，临床治疗以挽救患者生命、减轻脑组织损伤为核心，常规护理多侧重于病情监测、基础生活照料及用药指导，虽能保障患者基础治疗需求，但在促进神经功能修复、肢体功能恢复方面存在局限性。康复护理作为脑卒中患者综合治疗的重要组成部分，通过早期针对性干预可有效改善患者预后。近年来，康复护理在脑卒中患者中的应用逐渐受到重视，但不同康复护理方案的临床效果存在差异^[2]。本研究选取本院神经内科收治的脑卒中患者为研究对象，分析针对性康复护理的应用效果，为优化脑卒中患者护理方案提供临床依据。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

时间跨度：2022年8月-2025年7月，研究对象为86例在本院神经内科住院治疗的脑卒中病例。采用随机抽签法对其进行分组，各43例。对照组男24例，女19例；年龄42-78岁，平均（ 62.35 ± 7.48 ）岁；包括：缺血性脑卒中28例，出血性脑卒中15例。观察组男25例，女18例；年龄43-79岁，平均（ 63.12 ± 7.56 ）岁；包括：缺血性脑卒中29例，出血性脑卒中14例。两组患者一般资料对比，具有可比性（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：①确诊脑卒中；②发病时间 ≤ 12 h，生命体征平稳；③意识清楚，配合度好；④患者及家属签署知情同意书。

排除标准：①患有严重的脏器功能衰竭疾病；②因认知、精神异常而难以配合研究；③合并恶性肿瘤、凝血功能障碍；④既往有肢体功能障碍病史；⑤病情危重，预计生存期 < 3 个月。

1.2 方法

对照组实施常规护理干预。密切监测患者生命体征及意识状态，每2h测量一次，观察瞳孔变化；保持呼吸道通畅，定时翻身叩背，预防肺部感染；维持静脉通路通畅，严格遵医嘱给予脱水、改善循环、营养神经等药物治疗；做好皮肤护理，保持床单位整洁干燥，预防压疮；给予基础饮食指导，根据患者病情提供低盐、低脂、易消化饮食；告知患者及家属疾病相关知识及注意事项。根据患者瘫痪肢体情况，采取仰卧位、侧卧位交替摆放，避免关节畸形及肌肉萎缩；指导患者做一些简单的床上坐起、关节主动、被动活动等训练。逐步增加训练的难度。

观察组在对照组常规护理基础上实施针对性康复护理：①早期康复评估：患者入院后48h内，由康复治疗师与责任护士共同组成康复护理小组，结合患者病情、影像学检查结果、神经功能缺损程度及肢体运动功能情况，制定个性化康复护理计划。②肢体康复护理：急性期（发病1-2周）以良肢位摆放为主，根据患者瘫痪肢体情况，采取仰卧位、侧卧位交替摆放，避免关节畸形及肌肉萎缩；指导患者进行被动关节活动，从近端关节到远端关节，每个关节活动5-10次，每日2次，活动幅度以患者无明显疼痛为宜。恢复期（发病3-8周）逐渐过渡到主动运动训练，指导患者进行床上翻身、坐起训练，待患者可平稳坐起后，开展站立平衡训练，从借助辅助器具站立逐渐过渡到独立站立；同时进行肢体肌力训练，针对瘫痪肢体进行抗阻力训练，如握力器训练、沙袋辅助训练等，每日2-3次，每次30-40min。③神经功能康复护理：针对存在语言功能障碍的患者，开展语言康复训练，从简单发音、单字、词语逐渐过渡到句子表达，每日2次，每次20-30min；对于存在认知功能障碍的患者，通过数字记忆、图片识别、物品分类等方式进行认知训练，每日1次，每次30min。④吞咽功能护理：评估患者吞咽功能，对于存在吞咽困难的患者，给予吞咽训练，如空咽训练、冰刺激训练、口腔肌肉训练等；指导患者进食半流质或

糊状食物，避免呛咳，进食时采取半卧位，进食后保持该体位30min以上，预防吸入性肺炎。⑤心理康复护理：心理师介入到康复护理中，制定心理康复计划。定期与患者沟通，评估其心理状态，针对存在焦虑、抑郁情绪的患者，给予心理疏导，讲解康复成功案例，鼓励患者积极参与康复训练；同时加强与家属的沟通，指导家属给予患者情感支持，营造良好的康复氛围。⑦中医康复护理：针灸治疗由专业中医医师操作，急性期（发病1-2周）待生命体征平稳后开始，辨证取穴，以醒脑开窍、疏通经络为主，主穴取百会、风府、风池、曲池、合谷、足三里、阳陵泉、三阴交，肢体瘫痪侧穴位为主，根据患者症状加减，如语言障碍加廉泉、通里，吞咽困难加天突、膻中。采用平补平泻法，留针20-30min，每日1次，每周治疗6次，休息1天。同时配合中药熏洗，选取当归、川芎、红花、桃仁、桂枝、鸡血藤等活血化瘀、通络止痛药物，煎制后对瘫痪肢体进行熏洗，温度控制在38-42℃，每日1次，每次20min，促进肢体血液循环，缓解肌肉痉挛。⑥出院康复指导：出院前为患者及家属制定出院后康复训练计划，告知患者定期复查时间，通过电话随访或线上平台随访，每周1次。

1.3 观察指标

(1) 评估干预效果：分别于干预前及干预8周，评估以下指标：①神经功能评估：本次研究选取美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)为评估工具，此量表中，通过对患者意识、凝视、视野等11项情况的评估，观察神经功能缺损情况。总分42分，评分与神经功能成反比。②肢体运动功能评估：本次研究选取Fugl-Meyer运动功能评分量表(FMA)为评估工具，对患者上肢、下肢运动功能进行评估，总分100分，评分与肢体运动功能成正比。③日常生活活动能力评估：采用Barthel指数(BI)为评估依据，对患者进行进食、穿衣、洗漱等能力评估，总分100分，评分与日常生活活动能力成正比。

(2) 评估并发症发生情况：统计两组患者干预期间肺部感染、压疮、深静脉血栓、肩手综合征等并发症发生情况。

1.4 统计学分析

以SPSS 26.0软件处理数据。通过 $(\bar{x} \pm s)$ 及t检验处理计量数据；以[n(%)]及 X^2 检验处理计数数据。 $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预效果对比

干预前，两组患者NIHSS评分、FMA评分、BI评分差异较小($P > 0.05$)；干预8周，观察组NIHSS评分低于对照组，FMA评分、BI评分高于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组干预效果对比($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	观察组	对照组	t	P
----	-----	-----	---	---

	例数	43	43		
NIHSS 评分	干预前	23.45 ± 4.62	23.62 ± 4.58	0.171	0.864
	干预后	12.36 ± 3.15	18.74 ± 4.26	7.896	0.000
FMA 评分	干预前	42.36 ± 7.58	42.18 ± 7.65	0.110	0.913
	干预后	68.45 ± 8.32	56.23 ± 7.85	7.005	0.000
BI 评分	干预前	38.64 ± 8.25	38.42 ± 8.36	0.123	0.903
	干预后	72.56 ± 9.14	60.18 ± 8.76	6.412	0.000

2.2 两组并发症发生情况对比

观察组患者并发症发生率为4.65%，低于对照组的18.60% ($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组并发症发生情况对比[n(%)]

组别	观察组	对照组	X^2	P
例数	43	43	-	-
肺部感染	1(2.33)	3(6.98)	-	-
压疮	0(0.00)	2(4.65)	-	-
深静脉血栓	1(2.33)	1(2.33)	-	-
肩手综合征	0(0.00)	2(4.65)	-	-
总发生率	2(4.65)	8(18.60)	4.074	0.044

3 讨论

脑卒中作为脑血管疾病的严重类型，其病理机制主要与脑部血管缺血或出血导致脑组织灌注不足、神经细胞损伤坏死相关^[3]。神经细胞的不可再生性使得脑卒中患者易遗留多种后遗症，不仅降低患者生活质量，还增加家庭照护负担。临床研究表明^[4]，脑卒中患者的预后不仅与治疗及时性相关，还与康复干预的时机及方案密切相关。

常规护理在脑卒中患者护理中主要以保障基础治疗为目标，难以满足患者神经功能及肢体功能恢复的需求。针对性康复护理基于患者个体病情制定个性化干预方案，强调早期介入、循序渐进，通过多维度康复训练促进患者功能恢复，中医康复护理的加入进一步丰富了干预体系，突破了单纯西医康复的局限性，更符合脑卒中患者的康复需求。同时，通过建立康复护理小组，实现了康复治疗师与护士的协同配合，保障了康复护理措施的专业性与规范性，为患者提供全方位的康复支持^[5]。

本研究结果显示，干预8周，观察组NIHSS评分低于对照组，FMA评分、BI评分高于对照组，提示针对性康复护理可有效改善患者神经功能、肢体运动功能及日常生活活动能力。分析其原因主要包括以下几点：一是早期康复评估与个性

化计划的制定,结合中医辨证分型,使得康复护理措施更贴合患者个体情况,避免了盲目训练,提升了康复干预的有效性。脑卒中患者的病情、神经功能缺损程度及肢体瘫痪情况存在个体差异,中西医结合的评估模式可兼顾病理机制与中医证型,为每位患者制定专属康复计划,确保了康复训练的针对性与科学性^[6]。二是肢体康复护理的阶段性干预,符合脑卒中患者的康复生理规律。而中医针灸与中药熏洗的协同作用进一步强化了肢体功能恢复效果。急性期良肢位摆放可有效预防关节挛缩、肌肉萎缩等继发性损伤,为后续康复训练奠定基础;恢复期主动运动训练与抗阻力训练可逐步增强肢体肌力,改善肢体运动功能。针灸治疗通过刺激百会、风府等醒脑开窍穴位,可改善脑部血液循环,促进神经细胞代谢与功能重塑,刺激曲池、足三里等经络穴位则能疏通肢体经络,缓解肌肉痉挛,提升肢体运动能力;中药熏洗通过皮肤渗透作用,使活血化瘀药物直达病所,促进瘫痪肢体血液循环,减轻肿胀与僵硬,为肢体功能训练提供良好条件。三是神经功能康复护理的针对性实施,结合针灸穴位加减,有效改善了患者语言及认知功能。语言训练通过循序渐进的发音、表达练习,促进语言中枢功能重塑,配合廉泉、通里等穴位针灸,可进一步疏通语言经络,加速语言功能恢复;认知训练则通过多种刺激方式激活大脑相关区

域,提升患者认知能力,进而改善患者沟通及生活自理能力。四是吞咽功能护理与心理康复护理的协同作用,进一步保障了患者康复进程。吞咽训练配合天突、膻中等穴位针灸,可调节咽喉部肌肉功能,降低吸入性肺炎的发生风险,为康复训练的顺利开展提供了身体基础;心理医师的介入,则缓解了患者负面情绪,提升了其康复训练的积极性和依从性,避免因情绪问题影响康复效果。

在并发症发生情况方面,观察组并发症发生率低于对照组,表明针对性康复护理可有效降低脑卒中患者并发症发生风险。究其原因,针灸治疗可调节机体气血运行,改善全身血液循环,减少深静脉血栓、肺部感染的发生风险;中药熏洗促进肢体局部血液循环,配合良肢位摆放、定时翻身等措施,可显著降低压疮及肩手综合征的发生率。此外,康复护理小组对患者病情、并发症风险及中医证型变化的动态监测,可及时调整干预方案,进一步降低了并发症发生率。

综上所述,对神经内科脑卒中患者实施针对性康复护理,可有效改善患者神经功能及肢体运动功能,提升日常生活活动能力,降低并发症发生风险,促进患者康复,具有重要的临床应用价值。

参考文献:

- [1] 冯丽丽.早期康复护理在神经内科脑卒中护理中的临床效果[J].中华养生保健,2023,41(5):100-103.
- [2] 李华萍,李慧,钟东文,谢桂娟.脑心健康管理师主导的医护康一体化延续护理对脑卒中介入术后康复预后的影响[J].中华灾害救援医学,2025,12(8):987-991.
- [3] 张文霞,周贺喜,高音.多学科联合护理模式对脑卒中患者肢体功能、认知功能及心理状态的影响[J].医学临床研究,2025,42(8):1436-1438.
- [4] 夏劝劝,白晓方.基于 Barthel 指数及运动功能的一体化护理在老年脑卒中患者中的应用[J].临床医学工程,2024,31(5):627-628.
- [5] 谢柠羽,李岸芳.早期康复护理在急性缺血性脑卒中患者中的应用效果分析[J].中国社区医师,2025,41(16):100-102.
- [6] 邹帆,孙融,江萍,贾彬.临床-康复-护理全周期管理模式对脑卒中后肩手综合征患者的影响[J].当代护士(中旬刊),2025,32(6):60-64.