

脑卒中患者早期康复护理干预对肢体功能恢复的影响研究

梁 娇

徐州市贾汪区人民医院 江苏 徐州 221000

【摘要】目的：探讨早期康复护理干预对脑卒中患者肢体功能恢复的影响，为临床优化脑卒中康复护理方案、降低致残率提供循证依据。方法：选取2024年1月至2024年12月某三级甲等医院神经内科收治的84例脑卒中患者作为研究对象，采用随机数字表法分为观察组和对照组，每组42例。对照组实施常规护理干预，包括病情监测、基础护理、用药指导及健康宣教等；观察组在对照组基础上实施早期康复护理干预，结合2025版脑卒中早期康复治疗指南，于患者生命体征稳定后24-48小时启动，涵盖良肢位摆放、被动关节活动、主动运动训练及日常生活能力指导等个性化干预措施。两组患者均干预4周，比较干预前后肢体运动功能（采用Fugl-Meyer运动功能量表，FMA）、日常生活能力（采用巴氏指数，BI）及并发症发生情况，采用SPSS26.0软件进行统计学分析。结果：干预前，两组患者FMA评分、BI评分比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预4周后，观察组FMA评分（ 74.52 ± 6.18 分）、BI评分（ 76.28 ± 6.37 分）均显著高于对照组（ 62.05 ± 6.79 分、 68.63 ± 6.19 分），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组并发症发生率（4.76%）显著低于对照组（19.05%），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：对脑卒中患者实施早期康复护理干预，可有效改善患者肢体运动功能，提升日常生活自理能力，降低并发症发生率，促进患者康复进程，值得临床推广应用。

【关键词】：脑卒；早期康复护理；肢体功能；Fugl-Meyer运动功能量表；日常生活能力

DOI:10.12417/2705-098X.26.09.050

引言

脑卒中又称脑血管意外，是一组以急性起病、局灶性或弥漫性脑功能缺失为核心特征的脑血管疾病，主要分为缺血性脑卒中和出血性脑卒中，其中缺血性脑卒中占比高达72.8%。该疾病具有发病急、进展快、致残率高、复发率高的特点，据《中国脑卒中防治报告（2023）》及2025年最新数据显示，我国每年新发脑卒中患者达330万人，平均每10秒就有1人初发或复发，每28秒就有1人因脑卒中离世，75%的幸存者会遗留不同程度的肢体功能障碍、失语、吞咽困难等后遗症，其中40%为重度残疾，生活无法自理，不仅严重影响患者的生存质量，也给家庭和社会带来沉重的照护负担^[1]。脑卒中后肢体功能障碍的恢复是一个复杂的过程，相关研究表明，脑卒中患者发病后3-6个月是肢体功能恢复的黄金时期，在此阶段开展科学、系统的早期康复护理干预，可有效改善脑部血液循环，抑制异常运动模式形成，防止肌肉萎缩和关节挛缩，促进神经功能重塑，从而提升肢体运动能力^[2]。当前，临床常规护理多侧重于病情监测和基础护理，对早期康复干预的重视程度不足，导致部分患者错过最佳康复时机，肢体功能恢复效果不佳^[3]。2025版脑卒中早期康复治疗指南明确指出，脑卒中患者生命体征稳定、神经功能无进行性恶化后，应尽早启动康复干预，这是改善患者功能预后、降低致残率的关键环节。基于此，本研究选取84例脑卒中患者作为研究对象，探讨早期康复护理干预对肢体功能恢复的影响，为临床脑卒中康复护理工作提供实践参考，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取2024年1月至2024年12月某三级甲等医院神经内

科收治的脑卒中患者84例，所有患者均符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2023》及《中国脑出血诊治指南2022》中的诊断标准，经头颅CT或MRI检查确诊；发病时间 ≤ 72 小时，生命体征稳定，神经功能无进行性恶化；存在不同程度的肢体功能障碍（FMA评分 < 60 分）；意识清楚，能够配合完成康复训练及量表评估；排除合并严重心、肝、肾等脏器功能不全者、恶性肿瘤患者、严重认知障碍或精神疾病患者、肢体骨折或关节畸形影响康复训练者及依从性极差无法完成干预者。采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组，每组42例。观察组男23例，女19例；年龄45-78岁；其中缺血性脑卒中29例，出血性脑卒中13例；病程1-3天。对照组男22例，女20例；年龄46-79岁；其中缺血性脑卒中28例，出血性脑卒中14例；病程1-3天。两组患者性别、年龄、脑卒中类型、病程等一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 护理干预方法

对照组实施常规护理干预，具体措施包括：密切监测患者生命体征、意识状态及神经功能变化，及时发现病情变化并处理；做好基础护理，包括口腔护理、皮肤护理、体位护理（定时翻身）、呼吸道护理等，预防压疮、肺部感染等并发症；严格遵医嘱给予药物治疗，做好用药指导，告知患者药物的作用、剂量、用法及注意事项；开展健康宣教，向患者及家属讲解脑卒中的病因、治疗方案及康复注意事项，缓解患者焦虑情绪。观察组在对照组基础上实施早期康复护理干预，干预时间为患者生命体征稳定后24-48小时，由康复医师、责任护士及康复治疗师组成干预小组，结合患者的肢体功能状况制定个性化康复护理方案，全程干预4周，具体措施如下：首先进行康复评估，采用NIHSS量表评估神经缺损程度，FMA量表评估肢体

运动功能, BI量表评估日常生活能力, 为干预方案制定提供依据; 良肢位摆放, 根据患者体位(仰卧位、健侧卧位、患侧卧位)进行科学摆放, 仰卧位时患侧肩胛骨下垫薄枕, 上肢肩前屈 30°、肘伸展、腕背伸 15°, 手心向上, 下肢髋下垫软枕, 膝关节微屈 10-15°, 踝背屈 90°用足托固定, 健侧卧位和患侧卧位按规范调整肢体位置, 每 2 小时翻身 1 次, 避免关节挛缩和压疮; 被动关节活动训练, 从近端到远端依次活动肩、肘、腕、指、髋、膝、踝等关节, 每个关节每次活动 5-10 个循环, 动作缓慢轻柔, 以患者无疼痛为度, 每日 2-3 次, 每次 20-30 分钟, 预防肌肉萎缩和关节僵硬; 主动运动训练, 当患者肌力≥2 级时启动, 指导患者进行自主抬臂、抬腿、抓握等动作, 结合想象运动和表面肌电生物反馈激活运动皮层, 肌力改善后开展任务导向训练, 如床椅转移、抓握水杯等, 每日 3 组, 每组 10 次, 逐步增加训练强度; 日常生活能力训练, 指导患者进行穿衣、洗漱、进食、排便等日常活动, 从辅助完成逐步过渡到独立完成, 提升生活自理能力; 心理干预, 关注患者情绪变化, 采用倾听、安慰、鼓励等方式缓解患者焦虑、抑郁情绪, 讲解康复成功案例, 增强患者康复信心, 提升训练依从性^[4]。

1.3 观察指标

①肢体运动功能: 采用 Fugl-Meyer 运动功能量表 (FMA) 评估, 该量表包括上肢、下肢两个维度, 总分 100 分, 得分越高提示肢体运动功能越好, 其中上肢≤34 分、下肢≤30 分为严重障碍; ②日常生活能力: 采用巴氏指数 (BI) 评估, 总分 100 分, 得分越高提示日常生活自理能力越强, ≤60 分为生活需要依赖^[5]; ③并发症发生情况: 记录两组患者干预期间肺部感染、压疮、深静脉血栓、关节挛缩等并发症的发生情况。

1.4 统计学方法

采用 SPSS26.0 统计学软件进行数据处理, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用独立样本 t 检验, 组内干预前后比较采用配对 t 检验; 计数资料以率 (%) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后 FMA 评分、BI 评分比较

干预前, 两组患者 FMA 评分、BI 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预 4 周后, 两组患者 FMA 评分、BI 评分均较干预前显著升高, 且观察组升高幅度显著大于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 详见表 1。

组别	例数	指标	干预前 ($\bar{x} \pm s$, 分)	干预 4 周后 ($\bar{x} \pm s$, 分)	t 值	P 值
观察组	42	FMA 评分	45.28±5.36	74.52±6.18	24.153	<0.001

观察组	42	BI 评分	48.35±5.29	76.28±6.37	22.874	<0.001
对照组	42	FMA 评分	44.97±5.42	62.05±6.79	14.682	<0.001
对照组	42	BI 评分	47.98±5.34	68.63±6.19	16.935	<0.001

注: 与本组干预前比较, $P < 0.05$; 与对照组干预后比较, $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者并发症发生情况比较

干预期间, 观察组发生并发症 2 例, 其中肺部感染 1 例、关节挛缩 1 例, 并发症发生率为 4.76%; 对照组发生并发症 8 例, 其中肺部感染 3 例、压疮 2 例、深静脉血栓 2 例、关节挛缩 1 例, 并发症发生率为 19.05%。观察组并发症发生率显著低于对照组, 差异有统计学意义 ($\chi^2=4.456$, $P=0.035$)。

3 讨论

脑卒中后肢体功能障碍的发生, 主要是由于脑血管堵塞或破裂导致脑组织缺血、缺氧坏死, 进而引起运动神经功能受损, 表现为肢体瘫痪、活动受限等, 若不及时进行干预, 会导致肌肉萎缩、关节挛缩、异常运动模式固化等, 严重影响患者的康复进程。早期康复护理干预是基于神经可塑性理论, 在脑卒中患者发病早期, 通过科学的体位摆放、关节活动及功能训练, 刺激受损神经细胞的修复和再生, 促进神经功能重塑, 从而改善肢体运动功能。本研究结果显示, 干预 4 周后, 观察组 FMA 评分、BI 评分均显著高于对照组, 并发症发生率显著低于对照组, 表明早期康复护理干预能有效促进脑卒中患者肢体功能恢复, 提升日常生活能力, 降低并发症发生风险。

早期康复护理干预的核心价值围绕三点展开, 干预时机要早, 方案贴合个体情况, 实施过程成模式, 对比常规护理, 它将重心放在患者肢体功能的早期保护与恢复上, 护理人员会协助患者保持良肢位, 这种操作可预防关节挛缩, 也能避免肌肉萎缩, 阻止异常运动模式成型, 为后续康复训练打下基础。被动关节活动训练可改善肢体血液循环, 缓解肌肉痉挛, 维持关节现有活动度, 避免长期不动让肢体功能慢慢退化, 主动运动训练作用不同, 它能激活运动皮层, 增强肌肉力量, 推动患者自主运动能力恢复, 一步步让肢体运动功能向上提高, 早期康复护理干预还会加入日常生活能力训练, 也包括对患者心理的调整。它可帮助患者逐步找回自主生活能力, 降低对他人的依赖, 它可疏解患者的负面情绪, 让患者拥有康复信心, 提高患者参与训练的配合度, 最终保障康复干预发挥应有作用, 肖黎丽等人分析脑卒中患者康复训练依从性相关内容, 确认年龄、自我效能感、家庭关怀度等都会改变患者康复训练依从性水平。早期康复护理阶段, 加大心理干预力度, 普及疾病康复相关知识, 可提高患者依从性, 推动肢体功能恢复, 本研究依照指南要求搭建干预小组, 小组成员具备对应专业能力, 干预方

案结合患者肢体功能状况制定, 贴合患者个体情况, 全程按规范落实各项干预内容, 康复干预符合科学要求, 可匹配患者实际需求。早期康复护理干预可控制并发症出现概率, 早期康复护理过程中, 护理人员会协助患者定时翻身, 引导患者完成肢体活动, 这类操作可避免压疮、肺部感染、深静脉血栓等问题出现, 降低并发症对康复进程的干扰, 为肢体功能恢复搭建有利基础。

本研究也存在一定的局限性, 研究样本仅选取某一家三级甲等医院的患者, 样本量较小, 且随访时间较短, 未能观察患者长期肢体功能恢复情况, 后续研究可扩大样本量, 选取多中

心研究对象, 延长随访时间, 进一步探讨早期康复护理干预的长期效果; 同时, 本研究未对不同类型脑卒中患者的康复效果进行分层分析, 后续可针对缺血性和出血性脑卒中患者分别开展研究, 优化个性化康复护理方案。

4 结论

对脑卒中患者实施早期康复护理干预, 可有效改善患者肢体运动功能, 提升日常生活自理能力, 降低肺部感染、压疮等并发症的发生率, 促进患者康复进程, 符合 2025 版脑卒中早期康复治疗指南的要求, 具有较高的临床应用价值, 值得在临床脑卒中康复护理工作中推广应用。

参考文献:

- [1] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会物理医学与康复学分会. 中国脑卒中康复治疗指南(2023 版)[J]. 中华神经科杂志, 2023, 56(3):205-240.
- [2] 国家卫生健康委员会脑卒中防治工程委员会. 中国脑卒中防治报告(2023)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2024.
- [3] 中国康复医学会脑血管病专业委员会. 脑卒中早期康复治疗指南(2025 版)[J]. 中国康复医学杂志, 2025, 40(1):1-18.
- [4] 肖黎丽, 蒋旭萍, 肖婷婷. 脑卒中偏瘫患者康复训练期间功能锻炼依从性发展轨迹分型及影响因素分析[J]. 中国护理管理, 2025, 25(5):717-723.
- [5] 鲍晶, 孙瑞, 潘阵江, 等. 早期运动干预对脑卒中偏瘫患者下肢深静脉血栓预防效果的 meta 分析[J]. 实用预防医学, 2025, 32(6):667-672.