

早期康复护理联合认知训练对中风后认知障碍患者的效果

何叶¹ 李海平¹ 周才²

1.咸宁市中医医院 湖北 咸宁 437000

2.赤壁市爱尔眼科医院 湖北 咸宁 437000

【摘要】目的：探讨早期康复护理联合认知训练在中风后轻中度认知障碍患者中的应用效果，为临床护理干预提供科学依据。方法：选取2024年4月至2025年12月我院收治的120例中风后轻中度认知障碍患者作为研究对象，采用随机数字表法分为对照组和观察组，每组各60例。对照组实施常规护理干预，观察组在对照组基础上实施早期康复护理联合认知训练，干预周期为8周。比较两组患者干预前后认知功能（采用简易智力状态检查量表MMSE）、日常生活活动能力（采用Barthel指数BI）、护理满意度、并发症发生率。结果：干预前，两组患者MMSE评分、BI评分比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预8周后，观察组MMSE评分、BI评分均显著高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组护理满意度为96.67%，显著高于对照组的81.67%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组并发症发生率为3.33%，显著低于对照组的15.00%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：对中风后轻中度认知障碍患者实施早期康复护理联合认知训练，可有效改善患者认知功能和日常生活活动能力，提高护理满意度，降低并发症发生率，临床应用价值较高，值得推广。

【关键词】：早期康复护理；认知训练；中风；轻中度认知障碍

DOI:10.12417/2705-098X.26.11.038

认知功能的恢复是中风后康复治疗的核心目标之一，传统护理多以病情监测、基础护理为主，缺乏针对性的康复干预和认知训练，难以满足患者的康复需求。早期康复护理遵循“早干预、早训练”的原则，通过科学的肢体、体位、吞咽等多方面训练，促进患者神经功能重组，为认知功能恢复奠定基础；认知训练则针对患者认知障碍的核心症状，通过分阶段、针对性的注意力、记忆力、执行力训练，改善患者认知功能，帮助患者恢复生活自理能力^[1]。本研究聚焦中风后轻中度认知障碍患者，细化早期康复护理和认知训练的具体方案，增加护理满意度、并发症发生率等观察指标，进一步探讨该联合干预模式的应用效果，为临床护理工作提供更具针对性的参考，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象为我院在2024年4月至2025年12月期间收治的120例中风后轻中度认知障碍患者。

纳入标准：符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南（2023年版）》的诊断标准，经头颅CT或MRI检查确诊；MMSE评分为10-26分，发病时间 ≤ 14 天且病情稳定；患者及家属已签署知情同意书；无严重脏器功能障碍、精神疾病及训练禁忌证。

排除标准：重度认知障碍（MMSE < 10 分）、因严重肢体残疾无法配合研究、合并恶性肿瘤以及中途退出者。

运用随机数字表法将这120例患者分成对照组和观察组，每组各60例。

对照组中男性32例、女性28例，年龄在55-78岁之间，

平均年龄为（ 66.52 ± 5.83 ）岁，中风类型包括42例缺血性中风和18例出血性中风，发病时间为3-14天，平均发病时间为（ 8.25 ± 2.31 ）天，MMSE评分在10-26分，平均评分为（ 18.36 ± 3.52 ）分，BI评分在20-60分，平均评分为（ 40.25 ± 8.63 ）分。

观察组中男性33例、女性27例，年龄在56-79岁之间，平均年龄为（ 67.13 ± 5.91 ）岁，中风类型包括43例缺血性中风和17例出血性中风，发病时间为3-13天，平均发病时间为（ 7.98 ± 2.25 ）天，MMSE评分在11-26分，平均评分为（ 18.72 ± 3.48 ）分，BI评分在22-60分，平均评分为（ 41.03 ± 8.57 ）分。

对两组患者的性别、年龄、中风类型、发病时间、MMSE评分、BI评分等一般资料进行比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），说明两组具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组

实施常规护理，包括密切监测生命体征、瞳孔及血压血糖血脂；做好口腔、皮肤等基础护理，预防并发症；遵医嘱用药并指导用药注意事项；向患者及家属开展健康宣教与心理支持指导。干预周期8周。

1.2.2 观察组

在对照组常规护理基础上，实施早期康复护理联合认知训练，干预周期为8周，分2个阶段实施（第1-4周为第一阶段，第5-8周为第二阶段），具体方案如下：

（1）早期康复护理：结合Brunnstrom六阶段理论，根据患者病情恢复情况分阶段实施，重点包括肢体被动训练、体位

管理、吞咽功能训练。

第一阶段(1~4周)重点在于预防并发症并恢复基础功能。包含以下内容:①体位管理方面,进行良肢位摆放,涵盖健侧、患侧、仰卧位,每2小时进行一次翻身操作,以此达到预防关节脱位及压疮的目的。②肢体被动训练上,协助活动四肢关节,每个关节每日进行10~15次,2~3次,从而预防关节挛缩及深静脉血栓形成。③吞咽功能训练中,开展口腔肌肉及吞咽训练,以改善吞咽功能,预防吸入性肺炎。

第二阶段(5~8周)强化功能并促进自主活动。具体如下:①体位转换训练,从被动翻身向主动翻身、坐立过渡,进而提升平衡能力。②肢体主动训练,在原有上肢抬举、下肢屈伸的基础上,增加日常活动训练内容,以提高自理能力。③进食训练,从流质饮食逐步过渡到普通饮食,同时注意避免呛咳情况的发生。

(2)认知训练:针对患者注意力、记忆力、执行力障碍,分阶段实施针对性训练。

第一阶段(1~4周)的基础认知训练包含:①以数字划消、听觉指令训练为内容的注意力训练,实现注意力的提升。②由短词汇/数字复述、实物记忆构成的记忆力训练,达成基础记忆的恢复。③涵盖简单指令执行的执行力训练,完成执行能力的提升。第二阶段(5~8周)的强化认知训练包括:①加大难度的数字划消、复杂听觉指令的注意力训练内容。②长时故事复述、联想记忆并指导记录日常琐事的记忆力训练方式,以此强化记忆。③包含日常活动规划、简单问题解决训练的执行力训练,进而提升规划与解决能力。在干预期间,护理人员会定期与患者及家属进行沟通,对训练情况与心理状态加以了解,给予心理疏导,同时指导家属参与康复训练,形成家庭支持体系,从而提升干预效果^[2]。

1.3 观察指标

(1)认知功能评估:包含5个维度、总分30分且评分越高认知功能越好的MMSE量表开展,于干预前及干预8周后各进行1次。

(2)日常生活活动能力评估:通过涵盖10个项目、总分100分且评分越高自理能力越强的BI指数实施,在相同时间段内进行2次。

(3)护理满意度评估:干预后运用我院自制的设有4个维度、20个条目且总分100分的问卷开展,依据评分划分为非常满意、满意、不满意,进而计算总满意度。

(4)并发症发生率:监测针对压疮、吸入性肺炎、深静脉血栓的发生情况进行,并计算其发生率。

1.4 统计学方法

数据分析工作通过SPSS26.0统计学软件来实施,计量资

料以(±s)的形式加以体现,组内干预前后的对比运用配对t检验方法,组间对比则采用独立样本t检验;计数资料用[n(%)]来呈现,其比较使用 χ^2 检验;把 $P<0.05$ 作为差异具有统计学意义的判断准则。

2 结果

2.1 两组患者干预前后认知功能(MMSE评分)和日常生活活动能力(BI评分)比较

干预前,两组患者MMSE评分、BI评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预8周后,两组患者MMSE评分、BI评分差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表1。

表1 两组患者干预前后MMSE评分、BI评分比较

组别	例数	时间	MMSE评分(±s,分)	BI评分(±s,分)
对照组	60	干预前	18.36±3.52	40.25±8.63
		干预后	22.15±3.67	55.38±9.21
观察组	60	干预前	18.72±3.48	41.03±8.57
		干预后	26.89±3.71	70.56±9.34
T (干预后组间)	-	-	6.892	8.257
P (干预后组间)	-	-	<0.05	<0.05

2.2 两组患者护理满意度比较

干预8周后,观察组护理满意度比对照组高,差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表2。

表2 两组患者护理满意度比较

组别	对照组	观察组	χ^2 值	P值
例数	60	60		
非常满意[n(%)]	28(46.67)	42(70.00)	-	-
满意[n(%)]	21(35.00)	16(26.67)		
不满意[n(%)]	11(18.33)	2(3.33)		
总满意度[n(%)]	49(81.67)	58(96.67)	7.225	<0.05

2.3 两组患者并发症发生率比较

干预期间,观察组并发症发生率比对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表3。

表3 两组患者并发症发生率比较

组别	对照组	观察组	χ^2 值	P值
----	-----	-----	------------	----

例数	60	60		
压疮[n(%)]	3(5.00)	1(1.67)	-	-
吸入性肺炎[n(%)]	4(6.67)	1(1.67)		
深静脉血栓[n(%)]	2(3.33)	0(0.00)		
总发生率[n(%)]	9(15.00)	2(3.33)	5.175	<0.05

注：续表 3。

3 讨论

中风后轻度认知障碍由脑血管损伤引发，与脑缺血缺氧导致的神经元损伤、神经递质异常密切相关，表现为注意力、记忆力、执行力下降，严重影响患者自理能力，加重家庭负担。早期科学的康复与认知训练，可促进神经功能重组，改善认知与生活质量，契合“三级康复体系”分阶段干预理念^[3]。

早期康复护理是中风康复的核心，病情稳定后尽早介入，分阶段实施肢体、体位、吞咽训练。第一阶段侧重并发症预防与基础功能恢复，通过良肢位摆放、被动关节活动，降低压疮、深静脉血栓发生率；第二阶段强化主动训练与日常活动指导，提升患者自理能力，为认知训练奠定身体基础。本研究结果显

示，观察组 BI 评分显著高于对照组、并发症发生率显著低于对照组^[4]。

认知训练针对性改善患者认知障碍，结合患者恢复情况分阶段开展：基础阶段通过简单训练帮助患者恢复基础认知、建立信心，强化阶段增加训练难度，改善复杂认知功能。观察组 MMSE 评分显著高于对照组，表明早期康复护理与认知训练协同作用，既能改善肢体功能，又能针对性提升认知水平，进一步优化康复效果。

护理满意度反映患者对护理服务的认可程度，观察组满意度显著高于对照组，原因在于联合干预方案个性化、针对性强，护理人员兼顾患者病情恢复与心理需求，通过心理疏导、家属指导提升护理体验，且分阶段训练贴合康复规律，患者恢复效果显著^[5]。

本研究聚焦轻度患者，细化干预方案、丰富观察指标，提升了研究针对性与结论说服力，但存在样本局限于我院、干预周期较短的不足，后续可扩大样本范围、延长干预周期，结合影像学检查明确作用机制。

综上，早期康复护理联合认知训练可有效改善患者认知与自理能力，提高满意度等，值得临床推广。

参考文献：

- [1] 戴霖.基于中医理论的认知促进综合护理方案对社区痰浊蒙窍型 PSCI 患者的构效研究[D].湖南中医药大学,2025.
- [2] 冯丽雅,梁春玲,黎娜,等.护士-配偶协同式注意力训练在中老年卒中后认知障碍康复护理中的应用[J].护理实践与研究,2020,17(18):157-159.
- [3] 陈楚娜,曹平,李志益.认知功能训练配合康复护理对脑卒中后认知障碍患者康复的影响分析[J].黑龙江中医药,2020,49(03):235-236.
- [4] 张红梅.认知功能训练配合康复护理对脑梗死后认知障碍患者康复效果的分析[J].中国医药指南,2020,18(09):255-256.
- [5] 郑新磊,程晓霞,郭红丽.认知功能训练联合康复护理对脑卒中后认知障碍患者平衡功能及认知功能的影响[J].中国民间疗法,2019,27(22):87-88.