

高龄脑梗死后遗症患者一体化康复护理的临床应用

刘建娴 谢艳礼 李华敏 周新艳

东莞松山湖东华医院神经内科 广东 东莞 523820

【摘要】目的：探讨一体化康复护理在高龄脑梗死后遗症患者中的临床应用效果，为基层临床同类个案的康复护理提供可复制方案。方法：采用个案研究设计，对1例87岁脑梗死后遗症患者实施“过渡期—恢复期—居家期”全周期分阶段康复护理，融合奥瑞姆自护理论、罗伊适应模式与赋能理论，以改良 Barthel 指数、Brunnstrom 分期、洼田饮水试验等工具量化评价效果。结果：干预4周后，患者 MBI 指数从25分升至50分，肢体、吞咽、言语功能显著改善，康复训练依从率95%，家属核心照护技能掌握率100%，无并发症发生（本研究为个案，未行统计学检验）。结论：三理论融合一体化康复护理可有效改善高龄脑梗死后遗症患者功能状态，强化家庭照护赋能，减轻家庭照护负担，该护理模式的实操流程与干预策略可为基层医院及社区护理同类个案提供参考。

【关键词】脑梗死后遗症；高龄患者；一体化康复护理；奥瑞姆自护理论；罗伊适应模式；赋能理论；个案研究

DOI:10.12417/2705-098X.26.14.051

1 前言

据脑血管病流行病学研究，脑梗死后遗症致残率高达50%—70%，高龄患者因生理机能衰退、并发症多，康复难度更大，家庭照护压力突出^[1]。传统护理多侧重单一症状干预，缺乏连续性与实用性，难以满足患者从医院到居家的全周期康复需求^[2]。本研究以奥瑞姆自护理论、罗伊适应模式与赋能理论为基础，融合三大护理理论核心内涵，构建“医院—社区—家庭”联动的分阶段一体化康复护理模式，对1例87岁高龄脑梗死后遗症患者实施精准干预，现报告如下。

2 病例资料

2.1 基本信息

患者女性，87岁，已婚已育，社保参保人，家庭经济条件良好，无高血压、糖尿病病史。

2.2 病史摘要

患者2024年4月12日因脑梗死行左侧大脑中动脉抽吸+支架取栓术，术后并发脑出血、肺炎、低蛋白血症、右下肢静脉血栓等，遗留右侧肢体无力、言语不能，此后患者辗转各医院接受阶段性康复治疗。2025年6月18日因“右侧肢体无力伴言语不能1年余”再次收治我院，予药物治疗，联合PT、OT、ST及针灸等康复干预，7月23日好转出院。

2.3 入院评估

（1）神经功能：无言语表达，反应迟钝，听理解差，高级神经功能不能配合；右上肢肌力0级、右下肢3-级。

（2）功能状态：坐位平衡3级，立位不能；Brunnstrom分期右上肢I期、右下肢III期；MBI指数25分（重度依赖）。

（3）风险评估：Braden评分16分（轻度压疮风险），营养风险筛查≥3分（高风险），Padua评分4分（深静脉血栓高风险），跌倒风险95分（高风险）；洼田饮水试验III级（异常）。

（4）辅助检查：颅脑平扫+SWI示左侧额颞顶岛叶、基底节区出血后遗改变；右肩关节MRI示退行性病变及肩袖损伤。

3 护理方法

3.1 护理评估

（1）功能与风险评估：系统评估患者肢体活动、吞咽、言语等功能缺陷，结合风险评估量表等标准化工具明确并发症风险等级。

（2）家庭照护评估：评估家属对康复训练、并发症预防的知识掌握程度，以及居家环境的适配性（如有无扶手、地面是否防滑）。

（3）康复意愿与耐受度评估：通过观察患者配合度、家属反馈，评估患者康复主动性及心理状态；采用Borg疲劳量表评估患者康复训练耐受能力，为制定训练方案提供依据。

3.2 护理诊断

（1）有误吸的危险：与吞咽功能障碍、咳嗽反射减弱相关。

（2）躯体移动障碍：与右侧肢体肌力下降、神经系统控制功能减退相关。

（3）语言沟通障碍：与脑梗死病灶累及语言中枢、言语运动功能受损相关。

（4）有皮肤完整性受损的危险：与肢体活动障碍、长期卧床、皮肤感觉减退相关。

(5) 有深静脉血栓形成的危险：与右下肢静脉血栓病史、肢体活动受限相关。

(6) 知识缺乏（患者及家属）：与对脑梗死后遗症居家康复、并发症预防知识及技能掌握不足相关。

(7) 焦虑（家属）：与担心患者康复效果、照护压力过大相关。

3.3 护理目标

(1) 近期目标（住院2周）：辅助下完成坐卧转移；可说出姓名；MBI指数 ≥ 35 分，右下肢肌力达3级；吞咽功能改善至洼田饮水试验II级；无并发症发生。

(2) 远期目标（住院4周）：辅助下完成坐站转移，1人扶持下站立；可复述常用词语；MBI指数 ≥ 45 分；家属掌握核心照护技能；患者情绪稳定、家属焦虑程度缓解。

3.4 护理干预措施

3.4.1 分阶段康复护理（三理论融合核心应用）

本研究以三大护理理论为支撑构建闭环体系^[9]，区别于传统单一理论护理模式，全程遵循循序渐进、耐受优先原则。

(1) 过渡期（1-2周，医院主导）：以生命支持与基础功能启动为核心，重点践行奥瑞姆自护理论中的完全补偿性护理，同时结合罗伊适应模式，帮助患者适应肢体无力、言语不能的身心状态，缓解负面情绪，为后续自护能力培养奠定基础。所有康复训练均在患者生命体征平稳下开展，训练前评估患者耐受度为可配合（Borg疲劳量表基线评分0分），训练后评估为轻度疲劳（Borg疲劳量表评分3—4分），无头晕、心慌、肢体疼痛等不适，符合患者耐受标准。①体位与皮肤护理：良肢位摆放^[7]，每4小时协助翻身1次，使用减压水垫，动态Braden量表评分，重点观察骶尾部、足跟皮肤状态。②吞咽护理：选择微稠状食物一口量5ml，采用“低头吞咽”姿势^[6]，进食后清洁口腔。③肢体被动训练：每日2次（上午10点、下午3点），协助患者进行肩、肘、髋、膝等关节被动活动，每个关节屈伸5次，单次训练时长15分钟。④排痰护理：每日2次电动震颤排痰（每次20分钟），指导陪护人员叩背（每次5分钟），促进痰液排出。⑤基础言语训练：每日2次（每次15分钟），播放患者熟悉的歌曲、亲属呼唤声强化听觉刺激；指导患者进行张口、伸舌、鼓腮训练，辅助按压喉部诱导“a、o、e”发音。

(2) 恢复期（3-4周，医院—社区联动）：强化功能恢复，践行奥瑞姆自护理论中的部分补偿性护理，引导患者主动参与康复训练；结合罗伊适应模式，针对患者言语、肢体功能改善过程中的身心变化，及时调整护理策略，帮助其适应康复进程；同步融入赋能理论，通过家属培训、正向激励，赋能家属参与照护，激发患者康复主动性。①肢体主动训练：每日30分钟偏瘫肢体综合训练^[10]，20分钟平衡训练；指导患者借助自助具

（如改良餐具、穿衣辅助器）练习进食、穿衣，每日1次。②言语康复训练：每日2次（每次20分钟），用家人照片、日常用品图卡开展命名训练，选取“吃饭、喝水、起床”等常用词进行复述训练；通过“抬手、闭眼”等简单指令训练听理解能力。③呼吸功能训练：指导患者进行腹式呼吸，每日2次，每次10分钟。④家庭照护培训：每周开展1次家属实操培训，内容为10项核心照护技能（良肢位摆放、肢体被动训练、压疮预防、排痰护理、吞咽护理、基础言语训练、跌倒预防、深静脉血栓预防、居家康复训练指导、应急处理），现场考核确保掌握。

(3) 居家期（出院后，家庭—社区—医院联动）：践行奥瑞姆自护理论中的支持教育性护理，指导患者及家属掌握居家自护技能；结合罗伊适应模式，帮助患者及家属适应居家康复的生活节奏与照护模式；深化赋能理论应用，通过随访指导、技能考核，进一步赋能家属，让家属从“被动配合”转变为“主动照护”，让患者从“被动接受康复”转变为“主动参与康复”，确保康复护理的连续性与有效性。①居家环境改造：指导家属在床边、卫生间安装扶手，地面铺防滑垫，将常用物品（水杯、遥控器）放在患者易取处。②居家康复计划：制定每日30分钟训练方案（分3次完成，每次10分钟），包括肢体主动活动、言语复述、平衡训练，家属协助记录训练情况及患者耐受度。③生活与并发症预防指导：保持室内每日通风2次（每次30分钟），预防感冒；指导患者每日饮水1500—2000ml，避免久坐，每2小时协助活动下肢；选择透气棉质床品，避免皮肤受压。

3.4.2 并发症预防专项措施

(1) 压疮预防：除体位护理，每日使用站立床训练30分钟；皮肤发红时用减压贴保护^[4]，避免持续受压。

(2) 深静脉血栓预防：每日观察患者双下肢肿胀情况及皮温，动态监测凝血功能；指导踝泵运动（每日2次，每次5分钟）；遵医嘱气压治疗（每日1次，每次20分钟）。

(3) 肺部感染预防：落实口腔护理，动态监测生命体征；鼓励患者自主咳嗽排痰，避免受凉。

(4) 关节僵硬预防：规律关节活动，避免长期制动。

3.4.3 延续护理

(1) 出院指导：出院前3天完成一对一培训，内容包括用药指导、康复训练规范、并发症应急处理（海姆立克法）。

(2) 随访计划：出院后第1周、1个月、3个月电话随访，了解患者居家康复情况、并发症发生情况，及时调整康复方案；联动社区医院每月1次康复指导训练并复评患者自护能力。

(3) 慢病联动：推动患者纳入社区慢病管理系统，实现医-社-家信息共享。

4 护理效果

评价维度	具体指标	测量工具/标准	干预前	干预后	改善幅度	家庭照护能力	技能掌握度	能考核合格率(≥8 分为合格)	35%	100%	+65%
自护能力	日常生活自理能力	MBI 指数 (0-100 分)	25 分	50 分	+25 分	心理社会适应	情绪状态	SAS 简化版 (0-20 分,<10 分为稳定)	14 分	8 分	-6 分
运动功能	Brunnstrom 分期	肢体运动功能分期(I-VI 期)	右上肢 I 期、右下肢Ⅲ期	右上肢Ⅱ期、右下肢Ⅳ期	各提升 1 级	患者精神状态改善,可简单遵嘱完成肢体活动,能主动说出姓名、常用物品名称及简单短句复述;家属能独立完成 10 项核心照护技能操作,可自主制定居家康复训练计划,家庭照护负担明显减轻。					
	肢体肌力	肌力分级 (0-5 级)	右上肢 0 级、右下肢 3-级	右上肢 1 级、右下肢 3 级	右上肢+1 级、右下肢 +0.5 级						
	平衡功能	平衡分级 (1-3 级)	坐位 3 级、立位不能	坐位 3 级、立位维持 10s	立位功能改善						
言语功能	听理解准确率	20 个简单指令完成数/总数×100%	30%	60%	+30%	5 讨论					
	言语综合能力	西方失语症成套测验 (WAB)(0-10 0 分)	22 分(重度失语)	58 分(中度失语)	+36 分						
吞咽功能	吞咽安全程度	洼田饮水试验(I-V 级)	Ⅲ级	Ⅱ级	吞咽安全性提升	(1) 三理论融合模式的应用价值: 本研究突破单一理论局限,以奥瑞姆自护理论分层提升患者自护能力,罗伊适应模式适配身心变化,赋能理论激活家庭照护动力,三者融合解决了传统护理碎片化、被动化、连续性差的核心问题 ^[3] 。干预后患者功能、康复依从性及家属照护能力均显著提升,验证了模式在高龄个案中的有效性。					
并发症	目标并发症发生率	压疮、深静脉血栓等发生例数	0 例(高风险)	0 例	发生率 0%						
康复依从性	训练依从率	实际完成次数/计划次数×100%	65%	95%	+30%	(2) 模式的基层推广适配性: 本模式流程具象、设备简易,无需高端医疗资源,适配基层医疗现状;聚焦家庭赋能,契合我国“社区-家庭”康复发展趋势 ^[4,8] 。临床可根据患者年龄、后遗症程度、照护能力灵活调整,建立康复档案实现医-社-家联动,保障护理连续性。					
(3) 护理要点与研究局限: 高龄患者康复需严格把控训练强度,动态评估耐受度;居家期间重点强化环境安全与家属指导,降低意外风险。本研究为单一个案,样本量有限,后续可扩大样本进一步验证模式效果。											

参考文献:

- [1] 高一鹭,王文志.脑血管病流行病学研究进展[J].中华神经科杂志,2015,48(4):337-340.
- [2] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会神经康复学组.中国脑卒中早期康复治疗指南[J].中华神经科杂志,2017,50(6):405-412.
- [3] 陈丽娟,吴丽娟.高龄脑卒中患者全程康复护理模式构建与应用[J].护理学杂志,2021,36(16):82-85.
- [4] 李敏,张玲.分阶段言语康复训练在脑梗死后遗症患者中的应用[J].护理学杂志,2023,38(7):92-94.
- [5] 杨龙飞,宋冰,倪翠萍,等.2019 版《压力性损伤的预防和治疗:临床实践指南》更新解读[J].中国护理管理,2020,20(12):1849-1854.
- [6] 王艳玲,李红.脑卒中患者吞咽功能障碍的康复护理研究[J].护理学杂志,2022,37(8):89-91.
- [7] 肖倩,温绣兰,胡晓红,等.脑卒中偏瘫患者良肢位摆放的最佳证据总结[J].实用心脑血管病杂志,2023,31(10):85-90.
- [8] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会神经康复学组.中国脑卒中康复治疗指南(2021 版)[J].中华神经科杂志,2021,54(10):963-1003.
- [9] 张银萍,刘化侠.护理理论在临床实践中的应用进展[J].护理学杂志,2023,38(12):108-111.
- [10] 刘木朋,苏玮萱,方玮,等.基于 Bobath 理念的康复训练改善脑卒中偏瘫患者步态[J].中国疗养医学,2024,33(5):78-81.