

阶梯分层康复训练对急性脑梗死偏瘫患者肢体功能恢复的效果研究

李兰兰

吉林省神经精神病院 康复医学科 吉林 四平 136000

【摘要】：目的：以急性脑梗死偏瘫患者为观察主体，深入剖析阶梯分层康复训练的应用价值以及对肢体功能的影响。方法：研究时间节点为2025年8月~2026年6月，观察主体源自本院诊疗的急性脑梗死偏瘫（50例）患者，依据随机数字表法等量（25例）划分（观察组、对照组），研究期间予以对照组常规康复训练，观察组则落实阶梯分层康复训练，对护理效果综合评价，评价指标包含肢体功能、生活质量以及康复锻炼依从性。结果：组间肢体运动功能（FMA评分）、生活质量评分（SS-QOL评分）在执行康复训练方案前比较后确认无差异（ $P>0.05$ ）；开展相应康复训练方案后，观察组FMA评分略高于对照组（ $P<0.05$ ）。生活质量评估结果显示观察组干预后各维度数值高于对照组（ $P<0.05$ ）。康复锻炼依从性评估显示，观察组干预后的数值较对照组更高（ $P<0.05$ ）。结论：针对急性脑梗死偏瘫患者阶梯分层康复训练的应用可以有效促进肢体运动功能恢复，有利于提高生活质量以及康复锻炼依从性，具有较高借鉴价值。

【关键词】：阶梯分层康复训练；急性脑梗死偏瘫；肢体功能

DOI:10.12417/2705-098X.26.18.038

脑梗死在临床上又将其称之为缺血性脑卒中，属于临床上致残率、致死率较高的脑血管疾病，以脑供血障碍为主要致病机制，导致脑组织局部缺氧缺血^[1]。目前，针对脑梗死所采取的治疗方案越来越成熟，即便治疗成功也存在一定的后遗症，如偏瘫等，以口角歪斜、面部麻木、流涎为主要临床表现，伴有认知功能、吞咽功能障碍，还需采取有效的康复训练手段控制疾病发展进程^[2]。常规康复训练于实践阶段缺乏针对性以及个体性，所制定的康复训练计划方案无法满足患者实际需求。阶梯分层康复训练始终贯彻以患者为中心的理念，具有分阶段、渐进性特点，结合患者病情进展以及康复效果制定个体化、科学化康复训练方案，分阶段予以功能训练，更具针对性^[3]。为此，本文选取急性脑梗死偏瘫患者入组拟行随机对照试验，就阶梯分层康复训练实践价值展开多方面研究，研究详情如下。

1 资料及方法

1.1 临床资料

本次研究启动于2025年8月，在2026年6月终止，以收治于本院的急性脑梗死偏瘫患者为研究主体，50例样本以随机数字表法为分组策略，设定组别为对照组、观察组，各有25例，为分析研究是否均衡可比，汇总资料如下。对照组年龄跨度为44~79（ 61.63 ± 4.25 ）岁；男：女=19:6；发病至入院时间短则2h，长则18h，平均（ 10.65 ± 2.24 ）h。观察组女、男分别有8、17例；年龄区间是47~78（ 62.44 ± 4.36 ）岁；发病至入院时间介于4~17h，均值（ 10.81 ± 1.98 ）h。年龄、性别构成比以及病程等临床资料经统计学软件分析后结果为 $P>0.05$ ，证实了研究可比性。

纳入标准：入组者均首次患病，经CT、MRI等影像学技术确诊；疾病诊断标准参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南（2018）》；采取治疗措施后发生单侧肢体功能障碍；意识清

醒，于康复训练期间积极配合。

排除标准：患有多发性硬化、帕金森等其他神经系统疾病者；表现为重要脏器功能病变者；患有影响康复训练疾病者，如骨折未愈合、严重关节炎；偏侧忽略、倾斜综合征者；恶性肿瘤患者；伴精神障碍、心境障碍疾病；合并躯体残疾者；资料缺损或者中途脱落者。

1.2 方法

对照组：采取常规康复训练措施，首先协助患者采取良肢位摆放，避免发生肢体受压、关节挛缩，每间隔2~3h帮助患者翻身1次，采取减压垫、气垫床等保护性措施，注意加强口腔、皮肤护理，确保皮肤组织处于清洁干燥状态，协助患者采取被动运动，以被动活动、肌肉按摩等方法为宜，每日2次，每次持续10~15min，结合肌力水平恢复情况逐步过渡为主动训练，采取平衡训练、抗阻运动等，同时展开进食、穿衣等日常生活自理能力训练。

观察组：采取阶梯分层康复训练，具体内容如下：（1）构建阶梯式康复训练团队：团队成员包含康复师、护士长以及责任护理人员，岗前展开专科培训，具体培训内容包含阶梯式康复护理内容，收集患者基本信息，对肢体功能偏瘫情况综合评估，以此为依据制定针对性康复训练方案。（2）急性期：即患者发病后2周内，采取良肢位摆放，以仰卧位为宜，在患侧肩胛骨、膝关节下放置软枕，促使肩关节前伸，健侧卧位时患侧上肢前屈100度左右，患侧下肢呈屈髋屈膝状，放置软枕。此外协助患者展开患侧肢体被动关节活动，如关节屈伸、外展，保持动作轻柔，以患者未出现疼痛感为宜，活动频率为每天2~3次，每次15~20min，期间主动和患者沟通交流，明确说明脑梗死偏瘫相关知识以及康复训练重要性，促使患者积极配合。协助患者展开语言功能康复训练，在发声困难时期指导患者以点头、手势、画板写字等方式沟通，从单词、短语逐步过渡为短

句,经腹式呼吸发出元音,感受声带振动,此外选择患者熟悉物品展开命名与复述训练,指导其指认并说出名称。(3)恢复早期:于患病后2-4周逐步增加主动运动,运动形式包含肘关节屈伸、肩关节外展、床上翻身、桥式运动等,增强核心肌群力量;此外从卧位逐步过渡为坐位,采取坐位平衡训练,根据恢复情况延长坐位时间,鼓励患者使用健侧肢体辅助患侧肢体展开简单日常活动,并辅以低频电刺激促进肌肉收缩。同时采取吞咽功能康复训练,以口唇与舌肌训练为主,包含呋牙、闭唇、鼓腮、舌头前伸后缩、左右移动等;或应用咽部冷刺激法,取冰冻棉棒对于患者舌根、软腭以及咽喉壁轻轻刺激,每日1-2次,每次5-10min。(4)恢复中期:即患病后1-3个月,转变运动形式为站立训练,从辅助应用助行器过渡为独立步行,并采取弹力带、哑铃等相关抗阻训练措施提升患侧肢体肌力水平,采取重心转移、单腿站立相关平衡训练措施提高机体协调性。在患者具备一定吞咽能力后采取进食训练,患者调整为坐位、健侧卧位,保持头部稍稍前倾,从糊状食物开始逐步调整食物性质,小口进食,在完全咽下后再喂下一口,尽可能为其创建安静进食环境。(5)恢复后期:即患病以后3-6个月,调整康复训练方案为动态平衡训练,如太极,并模拟日常上下楼梯、提重物等日常生活场景,提高其生活自理能力,配合骑自行车、步行等有氧运动提高机体耐力,结合患者职业需求应用针对性技能训练,促使患者尽快重返工作岗位。

1.3 观察指标

(1) 肢体运动功能:评估工具选用改良Fugl-Meyer运动评定量表(FMA),以康复训练前后为时间节点,分析其肢体运动功能,涉及上肢(66分)、下肢(34分)两方面,数值同肢体运动功能为正相关^[4]。

(2) 生活质量:评估工具选用脑卒中专用生活质量量表(SS-QOL)、Barthel指数(BI),前者包含49个评估条目,覆盖自理能力、活动能力、情绪、上肢功能、社会角色以及精力等12个维度,总分49-245分^[5]。后者评估内容涉及进食、穿衣、如厕等,总分为100分,数值越高表明生活质量越高^[6]。

(3) 康复训练依从性:选用功能锻炼依从性量表评价两组别上下肢训练、每天1h室外散步等训练内容执行情况,共计14个项目,将其转换为百分制,分为十分依从(>90分)、部分依从(70~90分)、不依从(<70分)。

1.4 统计学方法

研究数值均将其录入SPSS24.0软件,分析组间差异性;符合正态分布的连续性变量资料,如肢体运动功能、生活质量,表述形式以($\bar{x} \pm s$)为准,组间差异经t值验证;定性资料表述为(n、%),如康复训练依从性,差异经 χ^2 检验获得; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义的判定依据。

2 结果

2.1 两组肢体运动功能对比

康复训练前,两组别肢体运动功能评分对比($P > 0.05$);采取相应的康复训练方案后,肢体运动功能评分均降低,且观察组较对照组偏低($P < 0.05$),如表1。

表1 肢体运动功能对比($\bar{x} \pm s$ 、分)

组别	观察组(n=25)	对照组(n=25)	t	P
FMA(上肢)	干预前 34.14±4.35	34.35±3.39	0.190	0.849
	干预后 46.63±3.05	43.75±2.72	3.524	0.001
FMA(下肢)	干预前 20.12±3.08	20.07±3.12	0.057	0.955
	干预后 28.87±3.08	24.91±3.65	4.146	0.000

2.2 生活质量评估

康复训练后,两组别患者生活质量评分均提高,较之于对照组,观察组测评值更高,统计值可见 $P < 0.05$,见表2。

表2 生活质量评估量表($\bar{x} \pm s$ 、分)

组别	观察组(n=25)	对照组(n=25)	t	P
SS-QOL 评分	干预前 105.91±9.41	106.44±8.38	0.210	0.834
	干预后 189.57±10.37	165.19±8.28	9.186	0.000
BI 指数	干预前 43.48±4.41	43.57±5.37	0.065	0.949
	干预后 76.48±3.41	72.57±4.37	3.527	0.001

2.3 两组康复训练依从性对比

分析评估康复训练依从性,相较于对照组,观察组居于较高水平,统计值均为 $P < 0.05$,见表3。

表3 康复训练依从性评估量表(n、%)

组别	观察组	对照组	χ^2	P
例数	25	25	--	--
完全依从	10	6	--	--
部分依从	14	12	--	--
不依从性	1	7	--	--
依从性	24(97.30)	18(78.38)	5.357	0.021

3 讨论

脑梗死的发生和脑神经异化有关,继而引起脑组织供血不足,针对该类患者采取保护神经细胞、改善脑血流等治疗措施,虽然具有理想效果,但是患者于恢复阶段依然表现为不同程度的中枢神经系统受损,随着病情进展感觉、运动神经传导功能

丧失,造成一侧肢体肌力异常,诱发运动控制功能障碍,严重者甚至会丧失自理能力^[7-8]。除采取相应治疗手段外还需加强康复训练改善脑梗死偏瘫患者临床症状,促进其肢体功能恢复,提高生活质量以及日常生活自理能力。

研究表明:采取相应的康复训练计划后,观察组肢体运动能力、生活质量评分、康复训练依从性均居于较高水平($P<0.05$),分析原因如下:阶梯分层康复训练构建专科康复训练团队,结合患者偏瘫程度、病情进展制定个体化康复训练计划,具体康复训练内容由简至繁、由易到难,依照患者在不同阶段的康复需求实施康复训练,更具全面性以及针对性^[9]。

阶梯分层康复训练始终遵循循序渐进的原则,与患者机体适应性更符合,可有效规避患者不耐受以及训练难度大等情况,患者康复训练的依从性、积极性有所提升,从被动运动逐步过渡为主动运动,对于其神经中枢控制区加以刺激,可促进运动以及感觉冲动传导,实现脑组织重塑,有利于提升神经以及肌肉组织协调性,促进肢体运动功能恢复,可预防肌肉废用性萎缩、关节僵硬等并发症,推动患者生活自理能力恢复^[10]。

综上所述,急性脑梗死偏瘫患者于康复训练期间应用阶梯分层康复训练可提高其生活质量以及自理能力,促进肢体运动功能恢复,患者接受度、依从性较高,可借鉴。

参考文献:

- [1] 刘小靖.康复训练对女性脑梗死后偏瘫患者肢体康复的影响分析[J].中国实用医药,2026,21(14):145-148.
- [2] 谭微,刘娟娟,王月丽.个体化阶段性康复护理联合功能锻炼在脑梗死偏瘫患者康复中的应用效果[J].航空航天医学杂志,2026,37(6):744-746.
- [3] 许超,王玉琴,方庆庆,等.阶段性康复护理对脑梗死后偏瘫患者关节功能的影响[J].安徽医学,2026,25(2):44-46+50.
- [4] 丁秀云.阶梯式康复护理在脑卒中偏瘫中的运用[J].中国城乡企业卫生,2025,40(11):152-154.
- [5] 周婵婵.针灸联合偏瘫肢体康复训练对老年脑梗死后偏瘫患者肢体功能,神经功能的影响[J].内蒙古中医药,2025,44(10):86-88.
- [6] 武盼,杜静,张秀玲.良肢位摆放联合康复训练对脑梗死偏瘫患者肌力、运动功能及步行功能的影响探究[J].中国实用医药,2025,20(17):150-153.
- [7] 马俊红.阶段性康复护理对脑梗死后偏瘫患者锻炼依从性及肢体运动功能的影响分析[J].临床研究,2025,33(8):161-164.
- [8] 李依婷,程双玉,李晓娜,等.阶梯式康复护理在脑梗死偏瘫患者中的应用[J].山东医学高等专科学校学报,2024,46(6):61-63.
- [9] 马晶,方菲,杨珠珠.阶梯式康复护理干预在脑梗死后肢体偏瘫患者中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2023,9(10):97-99.
- [10] 张桂荣,黄碧霞,陈建美,等.阶梯式康复训练计划护理对老年脑梗死患者的临床效果及满意度分析[J].中外医疗,2022,41(6):158-162.