

不同的神经康复护理模式在脑卒中患者中的应用效果比较

李海平 何叶 陈晓春

咸宁市中医医院 湖北 咸宁 437000

【摘要】目的：比较常规、早期介入、个性化三种神经康复护理模式在脑卒中患者中的应用效果，为临床护理方案选择提供科学依据。方法：选取2023年1月至2025年12月我院收治的脑卒中患者120例，随机分为三组各40例，分别实施常规神经康复护理（对照组）、早期介入神经康复护理（观察组1）、个性化神经康复护理（观察组2），干预周期均为8周。以神经功能缺损程度、日常生活活动能力、运动功能为核心评价指标，结合护理满意度对比三组效果。结果：护理8周后，观察组1、观察组2的NIHSS评分显著低于对照组，Barthel指数、Fugl-Meyer评分及护理满意度显著高于对照组，且观察组2各项指标均优于观察组1，组间差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：早期介入与个性化神经康复护理均能改善患者康复结局，其中个性化模式效果更优，值得临床优先推广。

【关键词】：神经康复护理模式；脑卒中；神经功能；应用效果

DOI:10.12417/2811-051X.26.09.033

脑卒中是一种急性脑血管疾病，具有发病率高、致残率高、复发率高、死亡率高的特点，我国脑卒中发病率逐年攀升，已成为导致成年人残疾的首要原因，严重影响患者生活质量，加重家庭与社会负担^[1]。脑卒中患者发病后常遗留神经功能缺损、运动障碍、日常生活能力下降等问题，神经康复护理是改善患者预后的关键手段^[2]。目前临床神经康复护理模式多样，但不同模式的应用效果存在差异，常规护理针对性不足，难以满足患者个体化康复需求。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择在2023年1月至2025年12月这个时间段内，我院神经内科收治的脑卒中患者，数量为120例。纳入标准：均经过头颅CT或MRI检查后被确诊，符合脑卒中诊疗相关标准。发病时间小于或者等于72小时，意识清晰，能够配合进行护理及康复训练。排除标准：合并有严重心肝肾疾病、精神疾病、严重认知障碍以及无法配合康复训练的患者排除。

采用随机数字表的方法将其分为对照组、观察组1、观察组2，每一组各有40例。对三组患者在年龄、性别、病程等一般资料进行比较，其差异没有统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组

实施常规神经康复护理，具体内容包括：术前完善各项检查，术后监测生命体征、意识状态及瞳孔变化，做好体位护理、皮肤护理、口腔护理，预防压疮、肺部感染等并发症；病情稳定后，给予简单的康复指导，包括肢体被动活动、语言训练等，遵医嘱用药，定期复查，出院时给予常规出院指导，告知康复训练注意事项及复诊时间。

1.2.2 观察组1（早期介入神经康复护理）

在对照组常规护理基础上，实施早期介入神经康复护理，干预从患者发病后48h内开始，持续8周。具体内容：（1）早期体位干预：患者卧床期间，定时协助翻身（每2h1次），采取良肢位摆放，避免肢体受压、关节挛缩，指导患者进行被动关节活动，包括肩、肘、腕、髌、膝、踝等关节的屈伸、旋转训练，每次15-20min，每日2次。（2）早期运动训练：病情稳定后（发病72h内），指导患者进行主动运动训练，从简单的肢体抬高、握拳、伸指开始，逐渐过渡到坐起、站立、行走训练，循序渐进增加训练强度与时间，每日3次，每次20-30min。（3）早期语言与认知康复：针对存在语言障碍、认知障碍的患者，早期进行语言训练（发音训练、口语表达训练）、认知训练（注意力、记忆力训练），每次15min，每日2次。（4）早期心理干预：及时评估患者心理状态，给予心理疏导，缓解焦虑、抑郁情绪，鼓励患者积极配合康复训练。

1.2.3 观察组2（个性化神经康复护理）

在对照组常规护理基础上，实施个性化神经康复护理，干预周期为8周，具体内容如下：（1）个性化评估：入院后3d内，由护理团队、康复医师共同对患者进行全面评估，包括神经功能缺损程度、运动功能、日常生活活动能力、心理状态、基础疾病等，结合患者年龄、文化水平、康复意愿，制定个性化康复护理计划。（2）个性化肢体康复：根据患者运动功能障碍程度，制定分层训练计划，轻度障碍者以主动运动、平衡训练、行走训练为主；中度障碍者以被动运动、辅助主动运动、关节活动训练为主；重度障碍者以良肢位摆放、被动关节活动、肌肉按摩为主，每日训练3次，每次20-30min，根据患者恢复情况动态调整训练方案。（3）个性化语言与认知康复：针对不同类型的语言障碍（运动性失语、感觉性失语），制定针对性训练方案；认知障碍患者根据障碍类型（注意力障碍、记忆力障碍），开展个性化认知训练，每次15-20min，每日2次。

(4) 个性化心理与饮食护理：根据患者心理状态，给予个性化心理疏导，必要时联系心理医师干预；结合患者基础疾病、饮食偏好，制定个性化饮食方案，指导患者进食低盐、低脂、高蛋白、高维生素食物，控制血压、血糖、血脂，促进康复。

(5) 个性化出院指导：出院时，根据患者恢复情况，制定居家康复训练计划，指导家属协助患者完成康复训练，定期随访，及时调整训练方案。

1.3 评价指标

(1) 神经功能缺损程度：采用由美国国立卫生研究院所制定的卒中量表 (NIHSS) 开展评价工作，量表包含意识、肢体运动等共计 11 个维度，其总分设定为 42 分，评分越高就意味着神经功能缺损程度越严重。

(2) 日常生活活动能力：采用 Barthel 指数 (BI) 进行评价操作，量表包含进食、洗漱、穿衣等项目共 10 个，其总分 100 分，评分越高就表示患者在日常生活活动方面的能力越强。

(3) 运动功能：采用 Fugl-Meyer 运动功能评分量表 (FMA) 进行评价，量表包含上肢运动功能及下肢运动功能，其总分 100 分，评分越高，表示患者的运动功能恢复得越好。

(4) 护理满意度：采用由我院自行制作的护理满意度的问卷开展调查工作，将调查结果划分成非常满意、满意、不满意这 3 个等级。

1.4 统计学方法

采用 SPSS22.0 软件开展数据分析工作，对于计量资料，采用 (x±s, 分) 方式表示，在进行组间比较的时候采用单因素方差分析的方法，在进行两两比较的时候采用 LSD-t 检验的方法；对于计数资料，采用 [n (%)] 形式表示，在进行组间比较的时候采用 χ^2 检验方法，将 P<0.05 作为差异具有统计学意义的标准。

2 结果

2.1 三组患者护理前后神经功能缺损程度 (NIHSS 评分) 比较

护理 8 周后，三组患者 NIHSS 评分差异均有统计学意义 (P<0.05)。详见表 1。

表 1 三组患者护理前后神经功能缺损程度 (NIHSS 评分) 比较

组别	对照组	观察组 1	观察组 2	F 值	P 值 (组间)
例数	40	40	40	-	-
护理前 (x±s, 分)	18.72±3.56	18.59±3.61	18.67±3.58	0.032	0.968
护理后 (x±s, 分)	12.35±2.89	8.76±2.54	5.42±2.13	68.945	<0.05
t 值	8.962	14.258	19.875	-	-

P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	-
-----	-------	-------	-------	-------	---

2.2 三组患者护理前后日常生活活动能力 (Barthel 指数) 比较

护理前，三组患者 Barthel 指数比较，差异无统计学意义 (P>0.05)；护理 8 周后，三组患者 Barthel 指数均较护理前显著升高，且观察组 1、观察组 2 指数显著高于对照组，观察组 2 指数显著高于观察组 1，差异均有统计学意义 (P<0.05)。详见表 2。

表 2 三组患者护理前后日常生活活动能力 (Barthel 指数) 比较

组别	对照组	观察组 1	观察组 2	F 值	P 值 (组间)
例数	40	40	40	-	-
护理前 (x±s, 分)	42.35±6.78	42.18±6.85	42.26±6.81	0.015	0.985
护理后 (x±s, 分)	65.72±7.12	78.95±6.54	89.63±5.98	87.452	<0.05
t 值	15.689	22.345	29.762	-	-
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	-

2.3 三组患者护理前后运动功能 (FMA 评分) 及护理满意度比较

护理前，三组患者 FMA 评分比较，差异无统计学意义 (P>0.05)；护理 8 周后，三组患者 FMA 评分均较护理前显著升高，且观察组 1、观察组 2 评分显著高于对照组，观察组 2 评分显著高于观察组 1；护理满意度方面，观察组 2 (97.50%)>观察组 1 (87.50%)>对照组 (70.00%)，三组比较差异均有统计学意义 (P<0.05)。详见表 3。

表 3 三组患者护理前后运动功能 (FMA 评分) 及护理满意度比较

组别	对照组	观察组 1	观察组 2	F/ χ^2 值	P 值
例数	40	40	40	-	-
FMA 评分 (x±s, 分)	45.62±7.89	68.95±7.23	82.36±6.58	92.678	<0.05
非常满意 [n (%)]	12(30.00)	2(50.00)	28(70.00)	-	-
满意 [n (%)]	16(40.00)	15(37.50)	11(27.50)	-	-
不满意 [n (%)]	12(30.00)	5(12.50)	1(2.50)	-	-
总满意度 [n (%)]	28(70.00)	35(87.50)	39(97.50)	16.895	<0.05

3 讨论

脑卒中患者发病后易遗留神经功能缺损、运动障碍、日常

生活活动能力下降等问题,神经康复护理是促进患者功能恢复、改善预后的关键,其护理模式的选择直接影响护理效果^[3]。常规神经康复护理模式缺乏针对性与系统性,多以基础护理和简单康复指导为主,难以满足不同病情、不同恢复阶段患者的康复需求,因此护理效果有限。

早期介入神经康复护理强调“早干预、早康复”,在患者病情稳定后立即开展康复训练,可有效减少神经功能缺损的进一步加重,促进神经功能重塑,改善运动功能与日常生活活动能力。本研究中,观察组1护理后NIHSS评分显著低于对照组,Barthel指数、FMA评分显著高于对照组,表明早期介入神经康复护理较常规护理更具优势。但该模式缺乏个体化考量,对所有患者采用统一的康复方案,难以兼顾患者的个体差异,影响康复效果的进一步提升^[4]。

参考文献:

- [1] 周静,韩梅,李洪艳.以神经重塑为导向的系统化康复护理对脑卒中偏瘫患者的干预效果[J/OL].中国典型病例大全,1-8[2026-04-15].
- [2] 周文军.康复护理对脑卒中后偏瘫患者神经功能、生活能力的影响[C]//中国生命关怀协会.关爱生命大讲堂之生命关怀与智慧康养系列学术研讨会论文集(中)——关怀患者,关照自我:临床心理支持技能与医者心理韧性建设专题.枣强县人民医院;2026:76-78.
- [3] 刘丽丹.神经内科病房护士对急性脑卒中患者护理的影响因素分析[C]//中国生命关怀协会.关爱生命大讲堂之生命关怀与智慧康养系列学术研讨会论文集(中)——关怀患者,关照自我:临床心理支持技能与医者心理韧性建设专题.大名县人民医院;2026:452-455.
- [4] 曾翠平,魏茂昌.多学科协作联合早期康复护理对急性缺血性脑卒中患者肢体及神经功能的影响[J].黑龙江医学,2026,50(01):120-122.
- [5] 韩经逸.神经内科护理对脑卒中患者康复护理的效果观察[C]//天津市互联网医学科普协会.临床医学研究创新学术交流会议论文集.南京市雨花医院;2026:300-302.

个性化神经康复护理以患者为中心,结合患者的具体病情、运动功能、心理状态等制定针对性康复方案,动态调整训练内容与强度,实现“一人一方案”,更契合患者的康复需求。本研究结果显示,观察组2各项评价指标均优于观察组1和对照组,护理满意度高达97.50%,表明个性化神经康复护理能更有效地改善患者神经功能、运动功能及日常生活活动能力。其优势在于,通过个性化评估明确患者的康复重点与难点,针对性开展康复训练,同时兼顾患者的心理状态与饮食需求,提升患者康复依从性,从而达到更佳的康复效果^[5]。

综上所述,早期介入神经康复护理与个性化神经康复护理均能有效改善脑卒中患者的康复结局,其中个性化神经康复护理的应用效果更显著,能更好地满足患者个体化康复需求,提升护理满意度,值得临床优先推广应用。