

脑卒中患者早期康复护理对肢体功能恢复的影响

刘玉蓉

苏州九龙医院 江苏 苏州 215000

【摘要】：目的：探讨脑卒中患者早期康复护理对肢体功能恢复的影响。方法：选取2024年1月至2025年12月收治的脑卒中患者84例，按随机数字表法分为观察组（实施早期系统化康复护理干预，42例）和对照组（采用常规护理，42例）。比较FMA、MBI评分及护理效果。结果：干预后，观察组FMA、MBI评分的提升幅度均大于对照组，观察组护理总有效率高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：在脑卒中患者中引入早期康复护理，能够有效改善肢体运动功能和日常生活自理能力，提高护理效果。

【关键词】：脑卒中；早期康复护理；肢体功能恢复

DOI:10.12417/2811-051X.26.11.005

脑卒中整体发病态势严峻，兼具发病概率高、致残与致死风险突出的显著特征，现阶段已然成为国内成年人肢体残疾的首要诱因。现代康复医学证实，受损的中枢神经系统具备良好的自我重塑与代偿能力，科学规范的早期康复训练，能够有效推动神经功能修复重建，是改善患者预后的核心方式。但在实际临床护理工作中，不少护理人员对早期康复的介入节点、实操方案及安全评估要点认知存在欠缺，难以精准开展规范化康复干预，致使大量患者错过神经修复的最佳窗口期，极大影响了整体康复效果。基于此，本研究旨在探讨脑卒中患者早期康复护理对肢体功能恢复的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年1月至2025年12月我院治疗的脑卒中患者84例，采用随机数字表法分为观察组和对照组。观察组男性23例，女性19例；年龄范围46~79岁，平均年龄（ 62.34 ± 7.52 ）岁。对照组男性25例，女性17例；年龄范围50~78岁，平均年龄（ 61.87 ± 8.13 ）岁。两组一般资料比较（ $P>0.05$ ），具有可比性。纳入患者经头颅CT或MRI影像学检查确诊为脑卒中。排除既往有脑卒中病史或遗留肢体功能障碍者，以及存在严重认知障碍、失语或精神疾病无法配合康复训练者。

1.2 护理方法

对照组实施常规护理：日常密切监测生命体征变化，严格按照医嘱落实各项临床治疗操作。护理内容包含每两小时一次的定时翻身拍背、全身皮肤基础护理、个性化饮食指导及出院健康知识普及。

在常规护理基础上，观察组实施早期系统化康复护理干预：

（1）康复介入时机。康复干预的启动时间严格把控在患者病情稳定阶段。患者生命体征趋于平稳、神经系统相关症状停止进展后的24至72小时内，即可开展康复护理评估与针对性干预工作。正式启动干预前，必须由主治医师联合专业康复治疗师完成全面病情评估，精准排查康复治疗禁忌证，确认患

者身体条件符合康复训练标准后，方可落地实施各项康复护理操作，从源头规避康复风险。

（2）良肢位摆放和体位管理。核心目的是有效对抗肢体痉挛，预防肢体畸形。患者取仰卧位时，需在偏瘫侧肩胛骨处垫置软枕，促使肩关节适度外展、向前屈曲，同时保持肘、腕关节自然伸展，手指放松舒展；偏瘫侧臀部与大腿外侧同样垫软枕固定，避免髋关节出现外旋异常。患者采取健侧卧位时，偏瘫侧上肢向前伸展并借助软枕垫高支撑，下肢保持迈步姿态，搭配软枕稳固摆放。转换为患侧卧位时，需保证偏瘫侧肩关节充分前伸、肘关节伸直，健侧下肢屈曲放置于软枕上。日常护理中，每1.5至2小时协助患者更换一次体位，夜间患者睡眠状态下可适当延长体位更换间隔，最长可调整至3小时，有效提升患者卧床舒适度。

（3）关节被动活动训练。肢体关节被动活动训练针对偏瘫侧肢体开展，由责任护士或经过专业培训的护理人员全程操作。训练遵循近端关节到远端关节、大关节到小关节的科学顺序，依次完成肩、肘、腕、髋、膝、踝各大关节的活动训练。训练频次设定为每日上午、下午各一次，操作过程全程保持轻柔缓慢，在患者无痛耐受范围内，对每个关节开展全方位、全幅度活动，单个动作重复5至10次，严禁暴力牵拉肢体，防止出现关节、软组织损伤。

（4）翻身与体位转移训练。康复初期，以护士协助指导为主，引导患者完成床上轴向翻身动作，依托健侧上肢带动躯干发力，分别完成向健侧、患侧的翻身练习，每日训练2至3组。待患者肢体肌力逐步恢复后，再慢慢过渡至自主独立翻身。患者病情许可后，启动体位转换训练，从卧位逐步过渡到坐位，初始将床头抬高 30° ，维持10至15分钟，密切观察患者状态。若无头晕、恶心、乏力等不适症状，每日逐步抬高床头角度，直至患者可维持 90° 端坐姿态。患者适应床上坐位后，继续开展床边坐立、床体与轮椅转移训练，逐步提升患者体位移动能力。

（5）日常生活活动能力训练。日常生活活动能力训练贯穿康复全程，将康复理念融入日常基础生活场景。结合患者病

情耐受度,鼓励患者依靠健侧肢体辅助,或独立完成进食、面部清洁、衣物穿脱、如厕等基础日常行为。训练全程遵循由简至繁、由易到难的基本原则,侧重实操练习与反复巩固。护理干预力度循序渐进调整,从初期的全程辅助照料,逐步转变为现场监督、动作指导及口头提醒,帮助患者逐步恢复生活自理能力。

(6) 心理疏导。护理人员每日保证与患者沟通交流时长不低于 15 分钟,实时掌握患者心理情绪状态、康复诉求及心理压力,耐心解答患者及家属关于康复周期、训练效果、恢复进程的各类疑问,引导患者建立贴合自身病情的合理康复预期。同时,做好家属健康指导工作,引导家属主动给予患者情感陪伴与心理支持,配合完成日常康复辅助工作,营造积极向上的康复氛围,帮助患者坚定康复信心,主动配合各项康复训练。

1.3 观察指标

(1) 采用 Fugl-Meyer 运动功能评分量表(FMA)评定肢体运动功能恢复情况,总分 100 分,分值越高肢体运动功能越好。

(2) 采用改良 Barthel 指数(MBI)评定日常生活活动能力恢复情况,总分 100 分,分值越高日常生活自理能力越强。

(3) 护理效果,本研究以 FMA 评分改善率作为疗效评定核心依据。评分改善率达到 50%及以上为显效;改善率介于 20%~50%区间为有效;改善率不足 20%,或评分无波动、较治疗前降低则判定为无效。

1.4 统计学方法

运用 SPSS26.0 统计学软件,计量资料以“($\bar{x} \pm s$)”表示,用“t”检验,计数资料以[n(%)]表示,用“ χ^2 ”检验。 $P < 0.05$,则差异显著。

2 结果

2.1 两组 FMA、MBI 评分比较

干预后,观察组两项评分均高于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 FMA、MBI 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别		观察组	对照组	t 值	P 值
例数		42	42		
FMA 评分	干预前	28.47±5.26	27.93±5.18	0.472	0.638
	干预后	61.23±7.54	49.87±6.92	7.136	0.000
MBI 评分	干预前	37.25±6.38	36.89±6.54	0.254	0.801
	干预后	68.54±8.61	55.32±7.85	7.543	0.000

2.2 两组临床疗效比较

观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 临床疗效比较[n(%)]

组别	观察组	对照组	χ^2	P
例数	42	42		
显效	19	11		
有效	19	17		
无效	4	14		
总有效率(%)	90.48	66.67	5.902	0.015

3 讨论

脑卒中的发病核心机制,在于颅内血管突发破裂或堵塞,造成脑部血流灌注中断,最终引发脑组织缺血、缺氧性损伤。临床诊疗中能够发现,多数脑卒中患者度过急性发病阶段后,会因长期卧床制动、肢体摆放方式不规范等问题,诱发一系列继发并发症,其中以肌肉萎缩、关节挛缩、肩手综合征最为常见。这类并发症会持续限制肢体活动功能,阻碍受损神经的修复进程,制约神经功能恢复,最终形成病情迁延难愈的恶性循环,严重影响整体预后。神经修复存在一段时效性极强的黄金恢复期,在这一关键时间段内,开展规范化、系统性的康复护理干预,能够针对性规避卧床相关并发症,激活神经可塑性。目前临床研究已普遍证实,及时、科学的早期康复介入,是改善脑卒中患者康复结局、提升肢体及神经功能恢复效果的核心干预手段。

中枢神经系统具备极强的重塑与修复潜能,发病早期是神经可塑性最为活跃的关键阶段,此时开展康复干预,能够有效为神经功能的修复重组提供外部助力。本文研究显示,观察组护理后 FMA 评分高于对照组($P < 0.05$)。二者出现明显康复效果差距,核心原因与早期康复干预的多维度作用机制密切相关,具体可从三个方面展开分析。规范的体位护理与关节被动训练,是改善患者肢体痉挛、保留关节功能的基础前提。脑卒中发病后,患者肢体极易出现上肢屈肌、下肢伸肌的病理性痉挛状态,这也是肢体活动障碍的主要诱因。研究中采用的良肢位摆放、定时体位变换干预方式,可持续对抗肢体异常痉挛模式。偏瘫肢体长期维持标准抗痉挛体位,能够有效规整肌梭感觉传入信号,抑制脊髓前角 α 运动神经元的异常兴奋状态,逐步缓解肌张力增高问题,解除异常肌张力对肢体活动的束缚。同时,早期规律的关节被动活动,可持续维持机体结缔组织的生理弹性,有效规避关节囊粘连、软组织挛缩等并发症,最大限度保留患者肢体关节活动度,为后续自主运动功能的恢复筑牢生理基础。体位转换与翻身训练,能够有效重建患者的感觉运动调节通路。这类训练并非简单的体位改变,训练过程中,

患者需依靠健侧肢体发力带动躯干,完成身体重心的转移与调整。该训练模式可持续激活躯干核心肌群与健侧肢体的协同运动能力,同时为偏瘫侧肢体输送丰富的本体感觉刺激。反复、规律的感觉输入,能够逐步修复并重建机体感觉与运动的整合环路,为肢体运动功能的恢复提供充足的感觉反馈支撑,加快神经功能修复进程。此外,贴合日常场景的生活能力训练,可高效提升患者康复的主动性与神经修复效率。相较于单一、机械的肢体重复训练,结合进食、日常起居等真实生活场景的针对性训练,具备明确的目标性与实用性。这类生活化训练能够充分调动患者的主观能动性,让患者主动参与功能恢复训练。长期规律性的目标导向动作练习,可持续强化大脑皮质运动区的突触传导效率,进一步巩固神经重塑效果,切实促进患者肢体运动功能的实质性恢复。

两组患者干预后的日常生活能力数据对比可见,观察组MBI评分提升幅度明显优于对照组($P<0.05$)。MBI评分的提

升,代表患者真实生活场景中的自我照护能力得到了切实改善,区别于单纯标准化测评环境下的运动功能数据提升,其临床参考价值更为贴合患者真实恢复状态。对于脑卒中患者的整体预后而言,生活自理能力的改善具备关键的现实意义,该项指标直接决定患者出院后的休养安置方式,能够有效减轻家属的日常照护压力,同时从根本上优化患者远期生存状态与生活质量。整体护理疗效统计结果进一步验证了早期康复干预的应用优势,观察组护理总有效率可达90.48%,相较于对照组66.67%的有效率呈现出明显优势($P<0.05$)。从整体康复效果的综合评估角度来看,这一数据差异充分证实,早期系统化康复护理干预能够切实提升脑卒中患者的整体康复效果,可为临床护理方案优化提供可靠的数据支撑。

综上所述,对脑卒中患者应用早期康复护理,可以有效改善患者的肢体运动功能恢复水平和日常生活自理能力,促进康复治疗的整体有效率显著提高。

参考文献:

- [1] 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(1):120-122.
- [2] 李葳,陈敏.罗伊适应理论指导下的早期康复护理对脑卒中患者运动、认知功能及自护能力的影响[J].现代中西医结合杂志,2025,34(23):3350-3354.
- [3] 马爱华.早期康复护理良肢位摆放在脑卒中后偏瘫患者中的应用效果观察[J].中国社区医师,2025,14:154-156.
- [4] 金玉霞.早期康复护理在脑卒中偏瘫患者中的应用效果[J].中国城乡企业卫生,2023,38(05):107-109.
- [5] 黄琪,马晓娜.良肢位摆放早期康复护理在脑卒中偏瘫患者中的应用效果分析[J].中国实用护理杂志,2024,40(18):1385-1390.
- [6] 周立恒,李阿敏.基于护理过程指标的早期运动康复方案在脑卒中病人运动功能及神经康复中的应用价值[J].蚌埠医科大学学报,2022,47(7):929-933.
- [7] 中华护理学会.脑卒中偏瘫患者良肢位摆放最佳证据总结[J].实用心脑血管病杂志,2023,31(11):102-108.