

早期康复护理干预对急性缺血性脑卒中的影响

陈 思

咸宁市中心医院 湖北 咸宁 437000

【摘要】目的：本研究旨在分析早期康复护理措施对急性缺血性脑卒中患者神经功能改善、生活自理水平提升及并发症防控的临床意义。方法：本研究纳入2023年1月至2024年12月期间确诊为急性缺血性脑卒中的120名患者，随机均分为两组。对照组接受神经内科标准护理方案，观察组则在相同基础上叠加系统化早期康复干预，疗程持续四周。神经功能损伤状况通过美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）进行量化评定。通过Barthel指数（BI）衡量个体日常活动功能水平，同时统计两组受试者中各类并发症的出现频率。结果：经干预措施实施后，观察组在神经功能缺损评估（NIHSS）中得分明显更优，日常生活能力量表（BI）表现亦显著提升；其并发症比例控制在8.33%，相较对照组25.00%大幅降低，各项对比结果均达统计学显著水平（ $p < 0.05$ ）。结论：研究表明，对急性缺血性脑卒中患者实施早期康复护理，有助于神经功能的显著改善，增强其生活自理水平，并有效减少相关并发症，具备较高的临床推广价值。

【关键词】早期康复护理；急性缺血性脑卒中；神经功能；日常生活能力；并发症

DOI:10.12417/2705-098X.26.05.013

急性缺血性脑卒中作为常见的脑血管疾病，其高发病率、高致残率给患者家庭与社会带来沉重负担，患者常遗留不同程度的功能障碍，严重影响生活质量。近年来随着医疗技术发展，卒中救治成功率有所提升，但如何有效促进患者功能恢复、改善预后仍是临床护理的重点与难点^[1]。早期康复护理强调在患者生命体征稳定后尽早介入，通过系统化、个体化的康复训练，最大程度减轻神经功能缺损，预防并发症，已成为卒中康复管理的重要组成。研究表明，卒中后中枢神经系统在急性期存在一定的“时间窗”，在此阶段进行科学、规范的康复刺激，可有效利用神经可塑性，促进功能重组，避免因长期卧床导致的肌肉萎缩、关节挛缩、肺部感染等继发性损害^[2]。然而，在临床实践中，早期康复的介入时机、方法与强度仍缺乏统一规范，部分患者因担心活动风险或康复资源不足，未能得到及时、系统的康复指导^[3]。因此，探讨早期康复护理的具体实施路径及其对患者近期功能结局的影响，具有明确的临床意义。本研究旨在分析早期康复护理干预对急性缺血性脑卒中患者神经功能、日常生活能力及并发症的具体影响，以期临床护理实践提供更充分的参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2023年1月至2024年12月，本院神经内科共纳入120名急性缺血性脑卒中病例作为研究对象。

纳入标准：依据《急性缺血性脑卒中诊断标准》确诊，首次发作且病程未逾72小时，经头颅CT或MRI影像确认，生命体征平稳，意识明晰，无显著认知功能损害，并已签署知情同意文件。

排除标准：若患者合并心、肝、肾等多器官功能重度障碍，或罹患恶性肿瘤及血液系统疾患，且存在康复干预的禁忌情

形，或因中途退出、数据缺失者，均予排除。

研究对象被随机划分为两组，每组各含60人。观察组由32名男性与28名女性构成，年龄介于45至78岁之间，均值为 62.3 ± 8.7 岁；对照组则包括34名男性及26名女性，年龄跨度为47至80岁，平均达 63.1 ± 9.2 岁。经统计检验，在性别分布、年龄层次等基线特征上，两组间未见显著差异（ $p > 0.05$ ），具备良好的组间可比性。

1.2 方法

对照组实施常规神经内科护理，包括病情监测、用药指导、健康宣教、基础生活护理等。

观察组在常规护理基础上实施系统化早期康复护理干预，具体内容如下：

（1）康复评估与计划制定：在患者入院24—48小时内，由康复医师、康复护士及治疗师组成团队，全面评估患者神经功能、肢体运动能力、吞咽功能、心理状态等，根据评估结果制定个性化康复计划^[4]。

（2）体位护理与肢体摆放：指导并协助患者保持良肢位摆放，每2小时协助翻身一次，预防关节挛缩与压疮。

（3）被动与主动运动：生命体征稳定后即开始，对瘫痪肢体进行关节活动度训练，由被动运动逐渐过渡到助力运动、主动运动，包括肩、肘、腕、髋、膝、踝等关节的屈伸、内收外展、旋转等^[5]。

（4）床上活动训练：包括桥式运动、床上翻身、坐位平衡训练等，为离床活动奠定基础。

（5）坐位与站立训练：根据患者耐受情况，逐步进行床边坐起、坐位平衡、站立平衡及重心转移训练。

（6）步行训练：在站立平衡良好的基础上，进行迈步、

行走训练，初期可使用助行器或由护理人员辅助。

(7) 日常生活能力训练：鼓励患者自主完成进食、穿衣、洗漱等日常活动，并提供必要辅助与指导。

(8) 吞咽与言语训练：对存在吞咽障碍者进行口腔肌群训练、进食姿势调整等，对言语障碍者进行简单发音、复述练习。

(9) 心理支持与健康教育：及时评估患者心理状态，给予情绪疏导与鼓励，向患者及家属讲解康复的重要性与方法，提高治疗依从性。

以上干预每日1—2次，每次30—45分钟，每周5—6天，持续4周。

1.3 观察指标

(1) 神经功能缺损程度：于干预前及干预4周后采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)进行评估，总分0—42分，分值越高表示神经功能缺损越严重。

(2) 日常生活能力：于干预前及干预4周后采用Barthel指数(BI)进行评估，总分0—100分，分值越高表示日常生活自理能力越好。

(3) 并发症发生率：记录两组患者干预期间并发症发生情况，包括肺部感染、尿路感染、压疮、深静脉血栓、肩手综合征等。

1.4 统计分析

数据处理依托SPSS25.0完成，定量变量以“ $x \pm s$ ”形式呈现，组间差异通过t检验评估；定性变量则以频数(%)表达， χ^2 检验用于其组间分析，显著性阈值设定为 $p < 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者干预前后NIHSS评分比较

干预前两组患者NIHSS评分比较差异无统计学意义($p > 0.05$)，干预4周后，两组患者NIHSS评分均较干预前下降，观察组下降幅度显著大于对照组，差异具有统计学意义($p < 0.05$)，见表1。

表1 两组患者干预前后NIHSS评分比较($x \pm s$, 分)

组别	观察组	对照组	t 值	p 值
例数	60	60		
干预前	12.35 ± 3.42	12.18 ± 3.67	0.324	>0.05
干预4周后	5.62 ± 2.13	8.94 ± 2.86	6.891	<0.05
t 值	10.247	6.532		
p 值	<0.05	<0.05		

2.2 两组患者干预前后Barthel指数比较

干预前两组患者Barthel指数比较差异无统计学意义($p > 0.05$)，干预4周后，两组患者Barthel指数均较干预前上升，观察组上升幅度显著大于对照组，差异具有统计学意义($p < 0.05$)，见表2。

表2 两组患者干预前后Barthel指数比较($x \pm s$, 分)

组别	观察组	对照组	t 值	p 值
例数	60	60		
干预前	35.42 ± 10.36	34.87 ± 11.24	0.278	>0.05
干预4周后	68.73 ± 12.45	52.16 ± 11.87	7.563	<0.05
t 值	12.436	8.964		
p 值	<0.05	<0.05		

2.3 两组患者并发症发生率比较

在干预阶段，观察组仅记录到两例肺部感染、一例泌尿系统感染及两例肩手综合征，总不良事件占比为8.33%(5/60)；相较之下，对照组则出现五例肺部感染、四例尿路感染、三例压疮、两例深静脉血栓及一例肩手综合征，累计发生率25.00%(15/60)。统计分析显示，观察组的并发症比例明显更低，差异具备显著性。见表3。

表3 两组患者并发症发生率比较(例)

组别	观察组	对照组	χ^2 值	p 值
例数	60	60		
肺部感染	2	5		
尿路感染	1	4		
压疮	0	3		
深静脉血栓	0	2		
肩手综合征	2	1		
合计(%)	5(8.33)	15(25.00)	5.714	<0.05

3 讨论

本研究结果显示，实施早期康复护理干预的观察组，在干预4周后NIHSS评分显著低于对照组，Barthel指数显著高于对照组。表明早期康复护理能有效促进急性缺血性脑卒中患者神经功能恢复，提升日常生活自理能力。这与神经可塑性理论密切相关，脑卒中后中枢神经系统在结构与功能上具有一定重组与代偿能力，早期康复训练通过重复性、任务导向性的运动刺激，可促进受损神经通路重建，增强突触连接效率，从而改善运动控制与协调功能，同时早期活动能防止患侧肢体废用性

萎缩,维持关节活动度,为功能恢复奠定基础^[6]。

在并发症方面,观察组并发症发生率仅为8.33%,显著低于对照组的25.00%,尤其体现在肺部感染、尿路感染及压疮的预防上。早期康复护理通过定时翻身、体位管理、呼吸训练等措施,有效减少了呼吸道分泌物滞留,改善了肺通气功能,降低了肺部感染风险,良肢位摆放与被动活动避免了关节挛缩与局部长时间受压,预防了压疮与肩手综合征的发生,早期坐位与站立训练还能促进血液循环,减少深静脉血栓形成,这些措施共同构成了并发症预防的综合屏障^[7]。

早期康复护理强调多学科团队协作与个体化方案,本研究由康复医师、护士、治疗师共同参与评估与计划制定,确保了

干预的科学性与系统性,护理过程中不仅关注肢体功能,也重视吞咽、言语、心理及日常生活能力的训练,体现了康复的整体性。此外健康教育增强了患者与家属的参与意识,提高了治疗依从性,为出院后持续康复创造了条件。

4 结语

综上所述,早期康复护理干预能显著改善急性缺血性脑卒中患者神经功能缺损,提升日常生活能力,有效降低相关并发症发生率,是一种科学、系统、有效的护理模式,临床护理工作应树立早期康复理念,在患者病情稳定后尽早介入,通过多学科协作制定个体化方案,并充分调动患者与家属的积极性,以最大程度优化卒中患者预后,提高其生存质量。

参考文献:

- [1] 张燕.超早期康复护理干预对老年缺血性脑卒中患者肢体功能恢复及生活质量的影响[J].名医,2024,(08):105-107.
- [2] 吴敏文.分析超早期康复护理干预对缺血性脑卒中患者NIHSS评分及睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2023,10(10):2444-2446.
- [3] 孙光群.早期康复护理对急性缺血性脑卒中患者日常生活能力恢复效果的影响[J].名医,2023,(15):117-119.
- [4] 甘秀军,詹玲球.超早期康复护理干预对老年缺血性脑卒中患者肢体功能恢复和生活质量的影响[J].吉林医学,2023,44(04):1134-1137.
- [5] 胡兵兵.早期康复护理联合远端缺血适应训练对急性缺血性脑卒中病人的影响[J].全科护理,2022,20(29):4115-4119.
- [6] 尚蓓,秦秀宝,赵燕燕,等.早期护理干预对急性缺血性脑卒中介入术后患者康复护理的效果观察[J].临床研究,2022,30(10):131-134.
- [7] 陈颖利,杨金平.早期康复护理对急性缺血性脑卒中患者神经功能生活质量的影响[J].山西医药杂志,2022,51(13):1530-1532.