

分析脑出血术后患者实施早期康复护理的效果及预后影响

谭晓洁 陈利莉 曹翠 韩婷

徐州医科大学附属医院 江苏徐州 221002

摘要：目的 探讨分析早期康复护理对脑出血术后患者实施的效果以及预后影响。方法 本次研究对象均为我院收治的脑出血术后患者，共计 84 例，收治时间范围介于 2019 年 9 月到 2020 年 3 月之间。按照数字表法对患者分组，选取其中 42 例设为对照组实施常规护理，另外 42 例设为研究组实施早期康复护理。观察对两组的护理效果。结果 比较两组护理后的神经功能恢复情况，研究组好于对照组 ($P<0.05$)；比较两组的护理满意度，研究组高于对照组 ($P<0.05$)；比较两组护理后的生活自理能力，研究组优于对照组 ($P<0.05$)；比较两组的并发症发生率，研究组低于对照组 ($P<0.05$)。结论 根据本次研究的结果可以确认，将早期康复护理对脑出血术后患者实施有着理想的作用，不仅可以有效大幅提高患者的神经功能，还可以很好的改善患者的生活自理能力，并避免患者出现并发症问题，从而使患者对护理更加满意，值得在临床上大力推广。

关键词：早期康复护理；脑出血；术后护理；生活自理能力；护理效果；对比分析

脑出血作为临床上发病率较高的一种脑血管疾病，该病具有很高的危险性，患者在发病后很容易出现死亡的严重后果。即使患者得到有效的治疗，也极易出现多种后遗症问题，如语言障碍、运动障碍以及认知功能障碍等，这将会严重影响患者的生活自理能力，甚至会使患者丧失生活自理能力^[1]。所以，就需要对患者实施良好的护理干预措施，才能够有效改善患者的生活自理能力，帮助患者更好的恢复健康^[2]。因此，本文旨在探讨分析将早期康复护理对脑出血术后患者实施的效果以及预后。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本次研究对象均为我院收治的脑出血术后患者，共计 84 例，收治时间范围介于 2019 年 9 月到 2020 年 3 月之间。按照数字表法对患者分组，选取其中 42 例设为对照组实施常规护理，另外 42 例设为研究组实施早期康复护理。研究组男 24 例、女 18 例，年龄为 55 岁到 85 岁，均龄为 68.2 ($s=4.5$) 岁；病程为 3 天到 16 天，平均病程为 8.2 ($s=0.5$) 天。对照组男 23 例、女 19 例，年龄为 53 岁到 82 岁，均龄为 67.7 ($s=4.3$) 岁；病程为 3 天到 17 天，平均病程为 8.4 ($s=0.3$) 天。两组的基线资料比较无明显差异 ($P>0.05$)。

1.2 方法

两组入院后，均接受神经外科常规护理，主要包括基础护理、健康宣教、饮食护理以及用药指导等。在这个基础上，对研究组实施早期康复护理，主要内容为：第一，康复锻炼。在患者术后根据其恢复情况，对其患肢进行适当的刺激，刺激方法为拍打以及按摩等。按照由慢到快、由远到近、由轻到重的方式进行，每天饭后对患者刺激 3 次，每次持续 10 分钟到 15 分钟。同时，在患者恢复自主活动能力之后，需要帮助患者进行主动运动。例如，对患者开展神经发育握手运动，方法为：指导患者将患侧拇指按在健侧拇指上方，其余 8 指交叉。双手肘部向前伸展，四肢慢慢地驱动患侧的上肢做向上运动，在这个过程中不能憋气并要维持平衡。随着患者的肢体功能恢复，可以指导患者进行桥式运动、坐起锻炼等更加剧烈的运动，在患者能够下床活动后，则要指导患者进行扶床运动或者是上下楼梯运动。需要注意的是，在患者锻炼的过程中，需要全程陪同。第二，体位护理。在患者术后需要告知其严格的卧床休息，并密切监视患者的生命体征，在确定患者病情处于稳定的状态后，在为患者调整体位。通常情况下，在患者术后 48 小时就可以为患者调整体位。首先，按照仰卧位、健侧卧位、患侧卧位以及端坐位的顺序为患者调整体位。患者在仰卧位状态下时，需要上下肢可以保持在伸展状态，手心朝下铁床，这样能够很好的避免出现屈肌腱

挛缩的问题，仰卧位需要控制在 1 小时内，再为患者调整体位。在将患者调整为健侧卧位时，其健侧上肢可以让患者按照自身的实际情况进行摆放，然而要保证下肢髋关节可以处于弯曲的状态，还要将软枕垫在患者的背部、腿足部以及受压部位，避免患者出现压疮或者是患肢出现水肿，并改善患者患侧的血液循环。如果患者的病情允许的情况，尽可能让患者保持患侧卧位，这样可以加快患者的肢体功能恢复，并且需要在患者背部放置软枕。通过实患者保持该体位，可以有效改善患者患侧韧带压力以及肢体关节功能，降低偏瘫肢体痉挛程度，从而使患者的患侧肢体更好的恢复。需要注意的是，每隔 2 小时要帮助患者更换一次体位。第三，生活自理能力训练。首先，需要帮助患者进行独立自主的进食、穿衣以及洗脸等活动，并且要指导患者能够尽量使用患侧肢体，并可以通过健侧肢体进行有效引导。在这个过程中，需要对患者多加耐心，不可以操之过急，并要对患者进行鼓励，使患者能够由慢到快的进行自主活动。如果患者存在吞咽功能障碍问题，则需要对患者开展吐烟功能训练，主要是训练患者的咀嚼肌以及舌肌。在训练过程中，需要告知患者保持嘴唇紧闭状态，然后开展基础化抗阻力训练。而在训练舌肌时，则要指导患者开展舔唇运动。在对患者完成基础训练后，可以通过湿棉棒刺激患者的舌后部以及软腭等口腔组织，每天进行 10 次以上的反复训练，这样能够很好的改善患者的吞咽反射功能。同时，需要对患者进行口腔操训练，在训练前需要引导患者进行张口和伸舌训练，然后进行空吞咽动作。以上训练均需要在饭前进行，每天 3 次，每次 15 分钟。其次，根据患者的恢复情况，可以指导患者进行更加复杂的活动训练，例如梳头、沐浴以及自主排泄等。同时，还要对患者开展穿脱衣训练，告知患者穿衣时需要先脱健侧再脱患侧，在穿衣时则也要先由健侧开始。第四，心理护理。由于该病具有很高的病残率，导致患者在发病后将会出现比较严重的负性情绪。这就需要在患者训练的全过程中，能够对患者进行有效的安抚和鼓励，在患者获得进步后，要对其多加表扬。在患者对训练产生抵触情绪后，则需要与患者深入沟通，倾听患者的内心想法，然后对患者进行针对性的心理疏导，满足患者合理的护理需求，提高患者的自信心。同时，还需要获取患者家属的支持，促使他们也可以参与到对患者的护理工作之中，使患者感受到家庭的温暖，从而可以自主的开展功能锻炼。

1.3 观察指标

在两组接受护理的过程中，观察患者的并发症（吸入性肺炎、压疮、下肢深静脉血栓）发生情况。在两组接受护理前、后，根据生活自理能力量表评估患者的生活自理能力，

评分分值为 0 分到 100 分, 分数越高表明患者的生活自理能力越好。同时, 根据神经功能缺损量表评估患者的神经功能, 评分越高代表患者的神经功能缺损问题越严重^[3]。并且, 在患者出院前, 通过调查问卷的方式了解患者的护理满意度。

1.4 统计学分析

通过 SPSS22.0 统计学软件进行分析, 用百分比表示计数资料, 行卡方检验; 对计量资料行 *t* 检验, 用均数±标准差进行表示。 $P<0.05$ 时, 表明对比有差异。

2 结果

2.1 对比两组的护理满意度

比较两组的护理满意度, 研究组高于对照组 ($P<0.05$)。详情如表 1 所示。

表 1 对比两组患者的护理满意度 [n/(%)]

组别	n	满意	比较满意	不满意	总满意率
研究组	42	26	14	2	95.24
对照组	42	20	12	10	76.19
χ^2	/	/	/	/	6.222
P	/	/	/	/	0.013

2.2 对比两组护理前、后的生活自理能力

两组护理前生活自理能力对比无差异 ($P>0.05$)；两组经过护理后, 其生活自理能力均有明显提高。比较两组护理后的生活自理能力, 研究组优于对照组 ($P<0.05$)。详情如表 2 所示。

表 2 对比两组护理前、后的生活自理能力 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	护理前生活自理能力评分 (分)	护理后生活自理能力评分 (分)
研究组	42	31.5±4.9	78.2±12.5
对照组	42	32.3±4.8	55.4±8.3
t	/	0.756	9.848
P	/	0.452	0.000

2.3 对比两组的并发症发生率

比较两组的并发症发生率, 研究组低于对照组 ($P<0.05$)。详情如表 3 所示。

表 3 对比两组患者的护理满意度 [n/(%)]

组别	n	吸入性肺炎	压疮	下肢深静脉血栓	总发生率
研究组	42	1	1	1	7.14
对照组	42	5	3	3	26.19
χ^2	/	/	/	/	5.486
P	/	/	/	/	0.019

2.4 对比两组护理前、后的神经功能

研究组护理前的神经功能缺损评分为 (15.9±2.3) 分, 对照组护理前的神经功能缺损评分为 (15.4±2.2) 分, 两组护理前的神经功能缺损评分对比无差异 ($P>0.05$)；两组经过护理后, 其神经功能缺损评分均有明显下降。研究组护理后的神经功能缺损评分为 (7.1±1.2) 分, 对照组护理后的神经功能缺损评分为 (10.5±1.4) 分。比较两组护理后的神经功能, 研究组好于对照组 ($t=11.950$, $P=0.000$)。

3 讨论

脑出血患者在接受手术治疗后, 很容易会出现各种不同程度的并发症, 这不仅会给患者带来极大的不适, 还会严重影响患者的生活质量, 给患者的家庭带来极大的经济负担^[4]。有研究资料显示^[5], 人体的中枢神经系统具有重组, 在受到外界的适当刺激后, 将会出现神经元细胞再生的情况。而通过对患者实施有效的护理干预, 将可以很好的刺激患者的神经元细胞再生^[6]。但是, 常规的护理干预作用有限, 无法有效的改善患者的神经功能。康复护理作为一种新型的护理干预手段, 将能够使医疗资源合理的得到利用, 对脑出血患者开展有效的康复功能锻炼, 这样就可以大幅改善患者的残疾程度, 帮助患者恢复生活自理能力, 从而减轻患者的家庭负担^[7]。

而早期康复护理主张在患者术后早期就积极的开展护理干预, 更快的对患者进行康复锻炼, 这样可以取得更加理想的护理干预效果。首先, 早期康复护理将可以根据患者的身体状况以及病情状况, 开展循序渐进的康复锻炼, 能够对患者的偏瘫肢体进行有效刺激, 从而加快患者的神经元再生, 并预防下肢深静脉血栓^[8]。同时, 对患者开展系统性的康复指导, 将可以有效锻炼患者的日常生活能力, 改善患者的生活质量。其次, 通过对患者进行体位指导, 能够提高患者的舒适度, 避免患者的生命体征出现波动^[9]。在患者术后 48 小时, 再为患者更换体位, 这样可以有效防止患者出现压疮, 并指导患者开展有效的肢体训练。最后, 在对患者护理的全过程, 对患者进行有效的心理疏导, 可以使患者感受到他人的关心和尊重, 不仅可以提高患者的依从性, 还能够使患者对康复训练充满信心, 这样就能够很好的配合护理人员开展康复训练, 并建立融洽的护患关系^[10]。本次研究结果显示: 比较两组护理后的神经功能, 研究组好于对照组 ($P<0.05$)。这说明早期康复护理可以有效改善患者的神经功能; 比较两组的护理满意度, 研究组高于对照组 ($P<0.05$)。这说明早期康复护理可以使患者对护理更加认可; 比较两组护理后的生活自理能力, 研究组优于对照组 ($P<0.05$)。这说明早期康复护理可以大幅增强患者的生活自理能力; 比较两组的并发症发生率, 研究组低于对照组 ($P<0.05$)。这说明早期康复护理可以很好的预防并发症。

综上所述, 将早期康复护理对脑出血术后患者实施有着理想的作用, 不仅可以有效大幅提高患者的神经功能, 还可以很好的改善患者的生活自理能力, 并避免患者出现并发症问题, 从而使患者对护理更加满意, 值得在临床上大力推广。

参考文献

- [1] 徐丽明. 早期康复护理对脑出血患者术后神经功能和生活质量的影响[J]. 中国医药指南, 2020, v. 18(31): 190-191.
 - [2] 姚明、周晓丽、焉红楠. 早期康复护理干预对老年脑出血患者术后感染及炎症应激状态的影响分析[J]. 四川解剖学杂志, 2020, v. 28(4): 178-180+197.
 - [3] 孙芳, 刁金秀. 早期肠内营养在高血压脑出血术后重症患者中的应用效果[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(5): 898-901.
 - [4] 林颖. 综合护理干预对脑出血术后患者神经功能恢复的影响效果观察[J]. 临床合理用药杂志, 2019, v. 12(26): 161-162.
 - [5] 何炜炜. 对手术后的脑出血患者进行早期康复护理对其神经功能及自理能力的影响[J]. 当代医药论丛, 2019, v. 17(22): 208-209.
 - [6] 陈小红, 周斌, 师秋霞, 等. 脑出血患者术后细节性延续性护理对患者康复效果的影响及思考[J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35(21): 1601-1607.
 - [7] 游春妹. 早期护理对高血压脑出血患者术后神经功能和满意度的影响观察[J]. 心血管病防治知识, 2020, v. 10(25): 55-57.
 - [8] 隋翌, 严小虎, 李英. 脑立体定向超早期微创冲水法手术治疗幕上高血压脑出血的效果及对患者预后的影响[J]. 解放军医药杂志, 2019, 31(9): 73-77.
 - [9] 张诚, 普顺锋, 张世云, 等. 不同手术时机治疗高血压脑出血的疗效及对预后的影响[J]. 临床合理用药杂志, 2019, 12(17): 116-116.
 - [10] 刘晓红. 早期康复训练结合舒适护理对脑出血术后肢体功能及神经功能康复情况的影响[J]. 国际护理学杂志, 2019, 38(2): 262-265.
- 作者简介: 谭晓洁 (1980.11-), 女, 江苏徐州, 汉族, 副主任护师, 本科, 研究方向: 神经外科危重症患者护理。