

反馈式综合康复护理对脑卒中患者肢体运动功能及生活能力的影响

刘如

(山东省聊城市脑科医院 山东聊城 252000)

摘要:目的:探讨反馈式综合康复护理对脑卒中患者肢体运动功能及生活自理能力的影响。方法:选取2022年1月至2022年12月我院收治的60例脑卒中患者作为研究对象,将其随机分为对照组(30例,康复护理)和试验组(30例,反馈式综合康复护理)。比较两组的护理效果。结果:干预6周后,试验组的日常生活活动能力(ADL)、Fugl-Meyer运动功能评分量表(FMA)评分均优于对照组(均 $P<0.05$);同时,试验组的并发症总发生率低于对照组($P<0.05$)。结论:反馈式综合康复护理有利于改善脑卒中患者的肢体运动功能,提升其自理能力。

关键词:脑卒中;反馈式综合康复护理;运动功能;生活能力

脑卒中是临床常见的老年疾病,该病的发病机制较为复杂,具有起病急、发病快、进展快、发病凶险等特征^[1]。由于脑卒中的发病急、病情发展过程快,极易导致患者脑组织及神经组织受损,从而有较大可能造成患者出现各类障碍,如意识、肢体障碍等^[2]。脑卒中是全球第二大死亡原因和第一致残原因,也是我国成人致死、致残的首位病因。我国每年有70%—80%的新发卒中幸存者存在多种功能障碍。出血性脑卒中是因自发性脑部血管破裂而引起的出血,包括脑出血和蛛网膜下隙出血,占脑卒中的20%—30%,该病高发病率、高死亡率、高致残率的特点给病人及家属的生活带来较大影响。有临床数据显示,约80%的脑卒中患者存在不同程度的肢体、语言、吞咽、意识等基本生理功能障碍。世界卫生组织在2017年举行“康复2030:行动倡议”会议,指出康复是综合卫生服务的重要组成部分,应加强社会高质量康复服务工作。2016年我国卫生健康委员会在《医院卒中中心建设与管理指导原则》中提出要开展早期卒中康复治疗,帮助病人回归生活、重返社会。目前普遍认为早期干预能够促进患者的恢复。脑卒中后的4周内是实施康复干预效果最理想的时期,干预效果会随着时间推移逐步减退,但是因为卒中患者偏瘫严重程度不一,实施康复锻炼后的改善程度也有明显差异。有研究显示,反馈式综合康复护理可以提升临床康复锻炼与患者的贴合程度,促进其快速恢复,提高患者的生活质量^[3-4]。基于此,本研究探讨反馈式综合康复护理对脑卒中患者肢体运动功能及生活自理能力的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年1月至2022年12月我院收治的60例脑卒中患者作为研究对象,将其随机分为对照组和试验组各30例。其中,试验组男17例,女13例,平均(58.93±3.25)岁,有冠心病史4例,糖尿病5例,高血压21例;对照组男16例,女14例,平均(59.03±3.17)岁,有冠心病史5例,糖尿病3例,高血压22例。两组一般资料比较无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

纳入标准:经电子计算机断层扫描/磁共振成像检查符合《中国脑血管病一级预防指南2015》中脑卒中的诊断标准;脑卒中后存在肢体障碍,且Fugl-Meyer运动功能评分量表(Fugl-Meyer Assessment Scale,FMA) <40 分。排除标准:合并肝、肾功能障碍;患有阿尔兹海默症;不愿意配合者。

1.2 方法

对照组实施常规康复护理,包括肢体干预、被动肢体训练、药物管理等,护理人员对患者进行良肢位摆放,固定模板的认知功能康复锻炼以及营养支持等。试验组实施反馈式综合康复护理,具体内容如下:①组建反馈式康复护理小组:由本科室护士长担任组长,护士长查阅最新临床文献,总结符合本院的干预措施。②评估与措施:在患者接受完早期治疗后,对其障碍类型、严重程度进行记录,统计指标包含神经功能、运动功能、吞咽功能、平衡能力、认知功能等,依据患者的障碍类型筛选对应的康复训练内容。a.对于存在认知功能障碍的患者,使其通过读报、交谈等方式促进语言功能恢复;同时还应进行一些记忆力、注意力的训练,例如朗读一段简单的文字,要求患者重复等;认知功能障碍者多合并有肢体障碍,故

需对患者实施“良肢位摆放”,每日对其四肢进行按摩与被动屈伸运动,记录患者的肌力情况、肌力反射状态,待认知功能恢复后及时进行肢体训练。b.对于不存在认知功能障碍的患者,优先进行对应障碍的康复训练;吞咽障碍者需要实施单独的吞咽训练,即模拟饮食、饮水并进行反复训练,先模拟吸吮,即让患者吸吮物品,然后将舌头伸出口腔,进行活动;因为多数吞咽障碍者还有发声障碍,故也需要进行发声训练,即辅助患者取靠床半卧位,双手捏住物品,憋气-固定胸廓,紧闭声门然后松手发声。c.对于单独肢体障碍的患者,先对其进行四肢按摩,随后再行关节被动屈伸运动,反复鼓励患者尝试进行床上活动,在其能够坐起后,训练患者的平衡能力(多数肢体障碍有平衡能力障碍),要求患者坐起-坐起靠着背保持平衡-坐到定制椅子上保持平衡-坐在床边保持平衡,对于快速完成平衡功能训练者,指导其利用Bobath握手带动转身;患者双下肢屈髋、屈膝,借助惯性翻向健侧或者患侧,每次10-20下,3次/d。另行桥式运动训练,若患者处仰卧姿,双腿屈曲,然后伸髋、抬臀,并保持1min,此为桥式双桥运动形式;若患者腿屈曲,伸直腿,然后伸髋、抬臀,并保持,此为单桥运动形式;后期引导患者使用双侧小腿及手部支撑身体坐起。③反馈采集:在患者开始训练后,记录其每日康复训练执行程度、抵触程度、训练效果及进度,绘制患者康复训练各项功能恢复的表格,在其相关功能康复达标后,转入下一阶段康复锻炼,当出现康复速度降低时,及时检查相关康复训练项目以及患者情况,确认原因并咨询我院康复医师进行调整。④治疗性沟通:在患者意识恢复后对其实施简单宣教,主要告知其配合护理人员进行康复锻炼对于自身的重要意义,同时观察患者的心理状态,对于存在负面情绪的患者需及时通知管床医师与患者家属,联合对其进行心理干预,一般以语言沟通为主。⑤其他措施:脑卒中患者的生理机能相对较为一般,需要密切关注其生理指标,依据患者的年龄、性别、饮食爱好制定符合实际情况的食谱,保持患者病区空气清新、湿度与温度处于舒适状态,定期予以消毒。

1.3 观察指标及评价标准

(1)生活能力、运动功能、神经缺损程度评分。干预前、干预后6周采用日常生活活动能力(Activities of Daily Living,ADL)量表评估两组的生活能力,该量表总分100分,得分越高代表日常生活能力越高。采用FMA评估两组的上肢、下肢功能,该量表总分100分,其中上肢66分,下肢34分,分值越高代表运动功能越好。采用我院的查体指标评估两组的四肢肌力,分值越高代表四肢肌力越好。

(2)并发症发生情况,包括泌尿系统感染、皮肤感染/压疮、呼吸道感染、死亡。

1.4 统计学方法

采用SPSS21.0统计软件进行数据分析,计数资料用n%表示,采用 χ^2 检验,计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用t检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后6周的生活能力、运动功能评分比较

干预后6周,试验组的ADL、FMA评分均优于参照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表 1 两组干预前后 6 周的生活能力、运动功能评分比较 ($\bar{x} \pm s$ /分)

| 组别 | 生活能力 | | 运动功能 | |
|-----|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 对照组 | 25.76 ± 3.14 | 38.91 ± 2.35 | 33.87 ± 3.48 | 42.69 ± 2.64 |
| 试验组 | 25.68 ± 3.29 | 44.63 ± 2.84 | 32.94 ± 3.11 | 51.38 ± 2.26 |
| T 值 | 0.584 | 6.829 | 0.672 | 13.928 |
| P 值 | 0.028 | 0.017 | 0.015 | 0.000 |

2.2 两组患者并发症发生情况

对两组患者实施不同的护理方法后, 试验组并发症发生率显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者并发症发生情况 ($n/\%$)

| 组别 | 褥疮 | 尿道感染 | 坠积性肺炎 | 总发生率 |
|------------|----|------|-------|--------|
| 对照组 | 4 | 5 | 3 | 40% |
| 试验组 | 1 | 1 | 0 | 6.67% |
| χ^2 值 | | | | 19.837 |
| P 值 | | | | 0.000 |

3 讨论

脑卒中作为临床上一类发病率较高的神经内科疾病, 诱发原因较多, 具有较高的死亡率及致残率。近年来, 随着医学诊疗技术的不断发展, 尽管脑卒中的死亡率呈现出降低的趋势, 但致残率仍然居高不下, 时刻对患者的生命质量造成威胁。目前临床对于出血性脑卒中患者的护理多为常规康复护理, 即实施既定流程的护理干预, 整体效果偏差, 干预措施多与患者当前的情况不匹配^[5-6]。脑卒中所引起的认知及运动功能障碍对患者的生活质量及日常活动能力均带来了不同程度的影响, 因此, 需要尽早地给予患者有效的康复干预方法, 以达到最佳的康复效果。结合当前临床工作经验发现, 在脑卒中发病前期通常需要将稳定病情作为主要的干预控制标准, 预防病情进一步发展及恶化, 当疾病过渡到恢复期时, 给予患者适当的干预, 可有效地促进患者恢复。

追溯到 20 世纪 50 年代, 西方学者就曾研究过卒中病人的早期康复问题。研究发现在发病 72h 后开始康复的病人住院时间较短, 独立行走能力恢复的更快, 且功能独立性有明显改善。我国于 2001 年启动“十五”攻关项目“急性脑血管病三级康复方案的研究”, 近年来, 多位学者积极探索早期规范的三级康复体系。三级康复体系中的一级康复多指发病后 4 周内的急性期神经科常规治疗及早期康复锻炼。卒中后早期康复是经循证医学证实的降低致残率、改善病人肢体功能障碍的有效方法, 同时还可缩短住院时间, 减轻深静脉血栓、肺炎等并发症, 提高病人的生活质量。通过查阅文献, 我国当前早期康复的内容多为运动、语言、认知、吞咽、呼吸功能等方面, 其中的运动康复是最重要的部分, 因为早期康复的根本目的在于最大限度地改善病人的肢体功能、提高病人的日常生活能力。

既往临床工作中实施的护理方法为常规护理方法, 护理效果一般, 患者运动及认知功能恢复水平一般, 为了进一步获得更好的康复效果, 我院开始在常规康复干预的基础上构建及应用综合康复干预, 综合康复干预作为一种全面的临床干预方案, 一方面能够不断地帮助患者完成所设定好的目标, 增强了患者的主动配合度及锻炼的积极性; 另一方面通过利用物质奖励这一正性的奖励行为, 充分调动了患者的积极性, 使其可以主动配合治疗, 提高依从性。此外, 综合康复干预还能为患者建立合理的、积极向上的、正确的思维方式及理性的观念, 以充分达到恢复患者身心健康的目的。有文献指出建议组织相关专家, 依据系统地评估和检查结果, 在基础的早期康复方案上制订个体化的、有针对性的早期康复护理方案, 方案也随病人的病情变化进行调整。为每例病人准备详细的早期康复时间表和康复评估表, 明确不同时期的康复计划、病人的功能障碍情况及康复情况, 方便医务人员了解病人的康复进展情况, 也明确各个医务人员的具体职责内容, 形成系统、完善的康复护理路径内容, 使病人得到最佳的康复护理。同时鼓励家属参与病人的早期康复计划, 提高病人的康复积极性。研究表明, 卒中后病人会有焦虑和抑郁情绪, 这种消极情绪会影响到病人康复的积极性, 导致康复效果减弱。家庭是每个人重要的心理支持来源, 家属参与康复计划会对

病人的康复活动产生正向影响, 提高康复效果。当前脑卒中病人的康复治疗主要还是在康复专科, 反馈式综合康复干预治疗较少。因此, 在神经科组建以护士为主导的康复多学科团队, 采取团队协作、联合干预模式, 通过发挥不同专业人员的学科特点, 完善病人的一系列康复计划, 提高康复质量。同时, 团队成员定期开会讨论病人的康复情况、根据情况进行修订完善。反馈式综合康复护理是近些年提出的护理模式, 其可依据患者的具体情况调节实施干预措施, 以达到提升护理措施与患者的契合度, 提高干预效果的目的; 目前在卒中偏瘫类患者的干预中应用良好^[7-8]。

本研究结果显示, 干预后 6 周, 试验组的 ADL、FMA 评分均优于参照组 ($P < 0.05$); 试验组的并发症总发生率低于参照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。究其原因, 反馈式综合康复护理可在脑卒中患者术后后期对其情况进行反馈式筛查, 确认患者的功能障碍情况, 挑选最合适的干预措施, 可极大促进早期干预的进程, 同时反馈机制还可以掌握患者的康复锻炼进程及效果, 通过对其康复训练的效果进行追踪, 在出现训练效果降低时, 分析降低因素, 并调整干预方向与措施, 以恢复锻炼效果, 保证在卒中后早期康复的黄金时间提升患者的行动能力^[9]。常规康复护理虽然训练方式与早期反馈式康复护理大多相同, 但其采用固定模板, 缺乏对患者训练进度的了解, 实施的干预措施并不完全适合, 故临床效果相对较差, 障碍评分相对较高^[10-11]。常规康复护理的模板化锻炼效果不显著, 易使患者出现怀疑心态, 从而降低康复锻炼的信心与配合度, 再加上卒中后引起的心理问题, 易使患者出现负性情绪与抵触心态, 导致锻炼效果进一步降低, 生活质量恢复不理想^[12-13]。而反馈式综合康复护理则持续关注患者的心理反馈, 对其进行治疗性沟通, 鼓励患者坚持锻炼, 同时记录相关数据, 可供患者查看, 有助于激活其康复信心, 提升干预效果, 提高生活能力与生活质量。

综上所述, 反馈式综合康复护理有利于改善脑卒中患者的肢体运动功能, 提升其自理能力。

参考文献:

- [1]张寒, 管义祥, 陆正, 等.HCT、FIB 及 D-二聚体对老年性脑出血与脑梗死的早期鉴别诊断价值[J].中国实验诊断学, 2020.24(3): 452-454.
- [2]巩品. 专人早期康复护理对卒中偏瘫患者肢体功能及生活自理能力提高的影响效果[J].实用临床护理学电子杂志, 2020.5(15)-55.
- [3]张晓杰. 全面早期康复护理干预对出血性脑卒中术后患者生活自理能力的影响[J].护理实践与研究, 2019.16(9): 87-88.
- [4]吴玮. 早期反馈式康复护理对出血性脑卒中患者康复效果的影响[J].当代护士(上旬刊), 2020.27(6): 130-132.
- [5]支建梅, 卜秀焕, 刘更, 等. 舌针配合康复训练对脑卒中恢复期患者吞咽功能及肢体功能影响研究[J].针灸临床杂志, 2019.35(9): 12-16.
- [6]苏敏. 连续康复护理模式对卒中偏瘫患者肢体功能及生活质量的影响[J].中国现代药物应用, 2017.11(18): 155-156.
- [7]李金霞, 刘洪军, 李凌燕, 等. 穴位按摩联合早期康复护理对中年缺血性脑卒中患者脑血流量、自理能力及 FMI 水平的影响[J].四川中医, 2019.37(8): 211-213.
- [8]刘迎雪, 孙江, 邵丽楠. 早期康复护理对急性脑卒中患者吞咽功能障碍与肢体功能恢复的作用研究[J].中国实用医药, 2021.16(36): 208-210.
- [9]周建梅, 陈称, 王宝兰. 专人早期康复护理对卒中偏瘫患者肢体功能及生活自理能力提高的影响效果[J].新疆医科大学学报, 2016.39(8): 1062-1064.
- [10]邵艳辉, 崔丽萍, 彭菊华, 等. 早期康复护理在提高脑卒中偏瘫患者运动功能和日常生活活动中的作用[J].山外医疗, 2020.39(12): 127-129.
- [11]李玲霞. 早期综合护理干预在出血性脑卒中患者治疗及康复中的应用[J].中国实用神经疾病杂志, 2015, 18(5): 134-135.
- [12]邓文娟, 张悦. 早期康复护理对高血压性脑出血患者认知功能神经功能和生活质量的影响[J].山西医药杂志, 2020, 49(0): 2864-2866.