

早期康复护理干预对脑梗死患者语言及肢体康复的应用效果分析

陈璐昕

(重庆医科大学附属第三医院 重庆市 401120)

摘要: 目的 分析脑梗死 (cerebral infarction, CI) 患者使用早期康复护理的效果。方法 从 2021 年 8 月-2022 年 8 月的 CI 患者中随机抽取 68 例, 数字编号信封法分为 A 组 (34 例, 常规护理) 和 B 组 (34 例, 早期康复护理), 对比两组效果。结果 B 组护理后 FMA 评分、语言功能评分、ADL 评分、NIHSS 评分优于 A 组 ($P < 0.05$)。结论 CI 患者使用早期康复护理, 有利于患者恢复肢体和语言功能, 能更好地促使患者恢复神经功能和日常生活活动能力。

关键词: 早期康复护理; 脑梗死; 语言功能; 肢体功能

CI 不仅严重损伤患者身心健康, 甚至危及生命, 患病后, 脑组织出现缺氧缺血症状, 随着缺氧缺血时间的延长, 脑部神经受损面积和程度加重, 导致患者出现语言、肢体功能障碍^[1]。如果 CI 患者没有及时得到有效的治疗, 脑组织大面积死亡, 极易诱发脑瘫, 甚至导致患者死亡^[2]。另外临床实践证实, 在及时有效治疗的基础上辅助护理, 能提高治疗和预后效果^[3]。早期康复护理是一种新的护理理念, 在患者病情稳定后, 鼓励其尽早开展康复训练, 以达到最大程度恢复语言、肢体功能的目的^[4]。本研究分析了 CI 患者使用早期康复护理的效果, 阐述如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

从 2021 年 8 月-2022 年 8 月的 CI 患者中随机抽取 68 例, 数字编号信封法分组, A 组 (34 例) 年龄 42-83 岁, 均值 (65.84 ± 5.12) 岁, 体重 45.62-89.34kg、均值 (65.53 ± 6.25) kg, 男/女 (20/14); B 组 (34 例) 年龄 43-81 岁、均值 (65.71 ± 5.23) 岁, 体重 45.71-89.56kg、均值 (65.68 ± 6.31) kg, 男/女 (18/16)。一般资料对比 ($P > 0.05$)。

纳入标准: 符合 CI 诊断标准且资料齐全; 自愿参与且知情同意; 伦理委员会批准。

排除标准: 合并精神类疾病、心肝等主要脏器严重功能障碍、恶性肿瘤、严重感染者等。

1.2 方法

1.2.1 A 组

A 组采用病情监测、饮食和用药指导、口头健康宣教等常规护理。

1.2.2 B 组

B 组: 早期康复护理。(1) 护理人员主动使用相关量表评估患者心态变化, 通过交流了解导致患者出现不良情绪的根本原因, 予以患者针对性引导, 使患者不会出现严重的恐惧、绝望等不良情绪。护理人员主动关心和鼓励患者, 使其对成功恢复语言、肢体功能充满自信, 促使其主动参与康复训练。(2) 患者病情稳定后 24-48h 内即指导患者开展康复训练, 并联合家属监督落实情况。(3) 引导患者回忆居住环境、物品摆放的位置、发生的事情等, 每日安排患

者活动范围和内容, 不仅自身在空闲时间主动和患者聊天, 还要鼓励家属多和患者聊天。鼓励患者从小到大排列数字, 以此提高患者记忆和思维能力。(4) 如果患者失语, 护理人员要向其讲明暂时不能言语的原因, 并告知其通过科学的康复训练可以有效恢复, 促使其主动参与康复训练。可以提出问题, 鼓励患者用单音字回答, 鼓励其由浅入深地模仿护理人员口型进行训练, 结合患者的康复情况增加吐字量, 每当患者回答能力有所提升的时候要及时予以鼓励。(5) 患者病情稳定后, 鼓励其尽早开展肢体功能康复训练, 循序渐进地从被动到主动运动, 可先借助器械训练, 结合恢复情况慢慢调整运动内容和强度。另外护理人员每日要帮助患者按摩。

1.3 指标观察

1.3.1 FMA 评分

FMA 量表评估患者肢体功能恢复情况, 纳入指标: 上肢坐位运动功能、腕运动功能、手运动功能、下肢卧位运动功能、下肢坐位运动功能, 分数和恢复情况正相关。

1.3.2 语言功能评分

自制量表评估患者语言功能, 纳入指标: 流利性、复述、听辨、反应命令、执行指令, 分数 (10 分/项) 和功能正相关。

1.3.3 ADL 评分

ADL 量表评估患者日常生活活动能力, 纳入指标: 穿衣进食、洗澡修饰、上下楼梯、行走、转移床椅, 分数 (10 分/项) 和能力正相关。

1.3.4 NIHSS 评分

NIHSS 量表评估患者神经缺损情况, 纳入指标: 意识水平、语言障碍、视野、面瘫、总分, 分数和恢复情况负相关。

1.4 统计学分析

SPSS20.0 处理数据, ($\bar{X} \pm S$) 与 (%) 表示计量与计数资料, 分别用 t 值与 χ^2 检验, ($P < 0.05$) 有统计学意义。

2 结果

2.1 比较 FMA 评分

护理前两组 FMA 评分对比 ($P > 0.05$), 护理后 B 组高于 A 组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 对比 FMA 评分 [$\bar{X} \pm S$ (分)]

分组	例数	上肢坐位运动功能 (36 分)		腕运动功能 (10 分)		手运动功能 (20 分)		下肢卧位运动功能 (20 分)		下肢坐位运动功能 (10 分)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
B 组	34	21.38 $\pm$ 1.67	30.18 $\pm$ 3.24 [*]	5.38 $\pm$ 0.36	8.23 $\pm$ 0.65 [*]	8.12 $\pm$ 0.74	14.36 $\pm$ 1.26 [*]	8.23 $\pm$ 0.76	14.52 $\pm$ 1.43 [*]	5.14 $\pm$ 0.39	8.23 $\pm$ 0.62 [*]
A 组	34	21.42 $\pm$ 1.69	27.15 $\pm$ 2.23 [*]	5.32 $\pm$ 0.38	7.24 $\pm$ 0.51 [*]	8.16 $\pm$ 0.72	12.12 $\pm$ 1.31 [*]	8.27 $\pm$ 0.78	12.23 $\pm$ 1.14 [*]	5.20 $\pm$ 0.35	7.34 $\pm$ 0.51 [*]
t 值	-	0.098	4.491	0.668	6.987	0.225	7.185	0.214	7.301	0.667	6.464
P 值	-	0.922	0.000	0.506	0.000	0.822	0.000	0.831	0.000	0.506	0.000

注: 和本组护理前对比 $P < 0.05$ 。

组 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.2 比较语言功能评分

表 2 对比语言功能评分 [$\bar{X} \pm S$ (分)]

护理前两组语言功能评分对比 ($P > 0.05$), 护理后 B 组高于 A

分组	例数	流利性		复述		听辨		反应命令		执行指令	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
B 组	34	3.25 ± 0.41	6.58 ± 1.23 [*]	3.35 ± 0.36	6.65 ± 1.27 [*]	3.32 ± 0.33	6.62 ± 1.21 [*]	3.28 ± 0.42	6.48 ± 1.24 [*]	3.23 ± 0.34	6.42 ± 0.74 [*]
A 组	34	3.21 ± 0.43	5.36 ± 1.12 [*]	3.31 ± 0.32	5.42 ± 1.28 [*]	3.35 ± 0.35	5.25 ± 1.16 [*]	3.23 ± 0.43	5.12 ± 1.14 [*]	3.26 ± 0.36	5.31 ± 0.58 [*]
t 值	-	0.392	4.276	0.484	3.977	0.363	4.765	0.485	4.707	0.353	6.883
P 值	-	0.695	0.000	0.629	0.000	0.717	0.000	0.629	0.000	0.725	0.000

注:和本组护理前对比*P<0.05。

(P<0.05),见表3。

2.3 对比 ADL 评分

表3对比ADL评分[$\bar{X} \pm S$ (分)]

护理前两组 ADL 评分对比(P>0.05),护理后B组高于A组

分组	例数	穿衣进食		洗澡修饰		上下楼梯		行走		转移床椅	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
B 组	34	4.26 ± 0.81	7.23 ± 1.14 [*]	4.45 ± 0.79	7.31 ± 1.16 [*]	4.32 ± 0.76	7.35 ± 1.13 [*]	4.48 ± 0.85	7.26 ± 1.15 [*]	4.39 ± 0.84	7.29 ± 1.17 [*]
A 组	34	4.32 ± 0.85	6.15 ± 1.02 [*]	4.41 ± 0.75	6.03 ± 1.05 [*]	4.36 ± 0.78	6.12 ± 1.04 [*]	4.43 ± 0.87	6.08 ± 1.07 [*]	4.36 ± 0.88	6.17 ± 1.06 [*]
t 值	-	0.297	4.116	0.214	4.770	0.214	4.670	0.239	4.380	0.143	4.136
P 值	-	0.766	0.000	0.831	0.000	0.831	0.000	0.811	0.000	0.886	0.000

注:和本组护理前对比*P<0.05。

组(P<0.05),见表4。

2.4 对比 NIHSS 评分

表4对比NIHSS评分[$\bar{X} \pm S$ (分)]

护理前两组 NIHSS 评分对比(P>0.05),护理后B组低于A

分组	例数	意识水平(5分)		语言障碍(9分)		视野(3分)		面瘫(3分)		总分(42分)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
B 组	34	3.23 ± 0.94	0.81 ± 0.25 [*]	5.86 ± 1.12	1.56 ± 0.48 [*]	2.16 ± 0.61	0.64 ± 0.27 [*]	2.13 ± 0.58	0.67 ± 0.23 [*]	32.15 ± 3.52	21.53 ± 2.42 [*]
A 组	34	3.26 ± 0.91	1.36 ± 0.54 [*]	5.81 ± 1.15	2.41 ± 0.62 [*]	2.19 ± 0.63	1.32 ± 0.49 [*]	2.15 ± 0.57	1.28 ± 0.36 [*]	32.62 ± 3.48	25.68 ± 2.59 [*]
t 值	-	0.133	5.389	0.181	6.321	0.199	7.087	0.143	8.326	0.553	6.826
P 值	-	0.894	0.000	0.856	0.000	0.842	0.000	0.886	0.000	0.581	0.000

注:和本组护理前对比*P<0.05。

使患者身心舒适度提升,有利于患者保持积极乐观心态,提高其遵医嘱依从性。

3 讨论

综上所述,CI患者使用早期康复护理,有利于患者恢复肢体和语言功能,能更好地促使患者恢复神经功能和日常生活活动能力。

参考文献:

- [1]高媛.早期康复护理对脑梗死偏瘫患者影响研究[J].中国城乡企业卫生,2022,37(10):201-203.
- [2]周金花,朱琳莉,龚建红.早期康复护理模式对脑梗死患者的应用效果及并发症发生率分析[J].中西医结合心脑血管病电子杂志,2022,10(9):100-103.
- [3]张丽.老年脑梗死吞咽障碍患者早期康复护理干预措施及实施效果分析[J].中国医学文摘(耳鼻喉科学),2022,37(5):159-160+147.
- [4]马金凤,张秀花,李瑞.早期康复护理联合延续护理对老年脑梗死患者神经功能和生活质量的影响[J].齐鲁护理杂志,2022,28(17):80-83.
- [5]唐婷,张凤梅.空气压力波治疗仪联合早期康复护理对脑梗死下肢偏瘫患者凝血功能及生命质量的影响[J].医疗装备,2022,35(8):172-174.
- [6]范哈妮,王莉.早期康复护理对老年脑梗死吞咽障碍患者预后的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(20):175-177.
- [7]杨媚.早期康复护理对改善老年脑梗死患者生活能力的影响[J].山西医药杂志,2022,51(12):1421-1423.
- [8]卢呈玉.早期康复护理对老年脑梗死患者的效果及对其睡眠质量的影响分析[J].世界睡眠医学杂志,2022,9(7):1229-1231.
- [9]王俊娟.早期康复护理对脑梗死患者活动能力及生活自理能力的改善[J].中国医药指南,2022,20(04):135-137+141.
- [10]李慧娟.应用早期康复护理对脑梗死患者活动能力及生活自理能力探讨提升[J].当代临床医刊,2022,35(2):77-78.

CI的特点是突然患病、死亡率和残疾率高、多存在偏瘫、失语等后遗症,如果错失最佳治疗时机,可能出现脑水肿、脑疝等严重并发症,危及患者生命[5]。目前手术是治疗CI的主要方式,能有效恢复脑组织血供,降低损伤脑神经的程度,但是不能显著降低肢体和语言功能障碍发生率,因此在围手术期予以CI患者高质量的护理干预具有重大的意义[6]。临床相关研究结果显示,早期康复护理用于CI患者,尽早从语言、肢体功能方面予以患者康复指导,能使患者更好地恢复语言和肢体功能[7]。

本文结果:护理后B组FMA评分、语言功能评分、ADL评分、NIHSS评分优于A组(P<0.05),提示CI患者使用早期康复护理所能获得的理想效果。卢呈玉[8]《早期康复护理对老年脑梗死患者的效果及对其睡眠质量的影响分析》的研究结果:使用早期康复护理的观察组不管是日常生活活动能力评分还是生命质量评分均高于使用常规护理的对照组,证实早期康复护理用于CI患者能提高其预后效果,和本文结果具有一致性。分析原因:早期康复护理是尽早结合患者的康复情况指导患者从恢复语言、肢体功能等方面开展康复训练,重视予以其心理干预,促使其主动参与康复训练,以降低肌张力,提高机体保护关节能力,改善肢体屈伸功能。护理人员按照早期康复护理的要求,提高生活护理效果,通过尽早开展按摩、被动活动关节等方式,使其肌肉处于放松状态,提高肢体循环血液的速度,降低肌肉麻痹、萎缩、深静脉血栓等发生率,同时有利于提高身体素质和生活质量[9]。通过有效的心理干预,有利于患者接受失语、记忆力降低等不良症状,提高其参与康复训练的主观能动性,最终有利于患者改善不良症状[10]。鼓励患者主动和他人对话交流,叮嘱患者模仿电视、广播内容,从而使其恢复认字、认句、认人、听力等能力,改善其语言功能。结合患者康复和营养情况,予以患者饮食干预,提高营养的均衡性,提高患者体质。另外通过强化基础护理如定时清洁和消毒病房等,提高病房的舒适度,