

# 医护康一体化康复护理方案在脑卒中后肌痉挛病人中的应用

李燕<sup>1</sup> 马梅燕<sup>2</sup>(通讯作者) 丁翠娟<sup>3</sup> 季佳欢<sup>4</sup> 姬淑光<sup>5</sup>

(平罗县人民医院 宁夏石嘴山 753400)

**摘要:** 目的: 探究脑卒中后肌痉挛患者医护康一体化康复护理方案的应用效果。方法: 选择研究者医院神经内科提供的样本进行研究, 共计 60 例脑卒中后肌痉挛患者, 入院时间 2023 年 1 月~2023 年 12 月。随机分组, 数字表法, 分 2 组。对照组予以常规康复护理, 观察组予以医护康一体化康复护理。比较两组干预前后 NIHSS 得分、Fugl-Meyer 得分、上肢肌张力水平、下肢肌力水平。结果: 观察组干预后 NIHSS 得分较对照组低, Fugl-Meyer 得分较对照组高 ( $P < 0.05$ )。观察组干预后上肢 Ashworth 分级、下肢 Lovett 分级优于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 脑卒中后肌痉挛患者康复护理中, 医护康一体化康复护理应用效果良好, 可有效改善患者肌痉挛状况, 恢复其神经功能、运动能力, 值得推广。

**关键词:** 脑卒中; 肌痉挛; 医护康一体化康复护理; 康复效果; NIHSS; Fugl-Meyer; Ashworth 分级; Lovett 分级

**前言:** 脑卒中是神经内科常见病之一, 具有高残障率、高死亡率等特点, 我国发病率约为 0.35%<sup>[1]</sup>。肌痉挛是脑卒中常见临床表现和后遗症之一, 也是导致患者残障的重要原因。也因此, 脑卒中后肌痉挛患者的及时诊治, 受到广泛的关注。目前, 临床主要通过康复护理方案治疗脑卒中后遗症, 但常规康复护理方案内容较为简单, 缺乏规范性、针对性, 导致护理效果并不理想。而医护康一体化康复护理方案能够充分调动临床医师、护士、康复医师、居家照护人员, 共同承担患者康复护理的责任, 综合分析患者康复护理需求, 从而提供高效、持续的优质护理服务, 实现护理目标<sup>[2]</sup>。本文即选择脑卒中后肌痉挛患者 60 例作为研究对象, 探究医护康一体化康复护理方案的应用效果, 为临床提供参考, 见下文。

## 1. 资料和方法

### 1.1 一般资料

选择研究者医院神经内科提供的样本进行研究, 共计 60 例脑卒中后肌痉挛患者, 入院时间 2023 年 1 月~2023 年 12 月。随机分组, 数字表法, 分 2 组。

对照组中, 男:女(例)=17:13(例); 年龄 38~80 岁, 均值 ( $58.42 \pm 8.56$ ) 岁。

观察组中, 性别比: 男/女=16/14; 年龄均值 ( $58.37 \pm 8.60$ ) 岁, 最高 80 岁, 最低 39 岁。

两组资料比较 ( $P > 0.05$ )。具有可比性。

### 1.2 纳入与排除标准

#### 1.2.1 纳入标准

均确诊脑卒中<sup>[3]</sup>。发生肌痉挛。临床资料完整。肌力  $\leq 3$  级。无沟通和(或)认知障碍。在研究同意书上签字。

#### 1.2.2 排除标准

精神病史患者。重要脏器器质性病变者。血管性痴呆者。脑卒中复发患者。合并恶性肿瘤者。合并慢性炎症、自身免疫性疾病者。中途退出研究或转院患者。

### 1.3 方法

#### 1.3.1 对照组

本组予以常规护理, 即予以患者常规的康复训练、用药指导、出院指导, 护理 3 个月。

#### 1.3.2 观察组

本组予以医护康一体化护理, 护理 3 个月, 具体:(1) 组建医护康一体化团队: 本院挑选经验丰富的临床医师、康复医师、护士组、居家照护人员组成医护康一体化康复护理团队, 组内成员均接受脑卒中肌痉挛康复护理专业知识的培训, 提高个人能力, 并通过组内讨论方式, 分析患者个体化的差异, 综合循证医学证据、院内康复护理经验, 制定个体化的康复护理措施, 同时完善护理监督措施, 提高成员责任心, 确保护理措施高效实施。

(2) 护理措施: ①心理疏导: 组内成员需积极加强与患者的沟通, 耐心聆听患者疑问, 及时解答, 并予以患者个体化的教育指导, 详细介绍病情、治疗、康复等方面知识, 以减轻患者心理压力, 疏导负性情绪, 提高其康复信心。②早期康复训练: 由临床医师、康复医师基于患者病情制定个体化的康复训练方案, 内容主要有踝泵运动、肢体按摩、良肢位摆放、日常生活能力训练等, 并依照患者康复效果及时调整训练内容。③院外护理: 由组内医生与护理共同开展患者院前指导, 着重其居家护理注意事项、用药、康复训练等知识的教育, 以提高患者及家属居家护理认知, 并通过患者及家属的个人信息、病情康复程度制定个体化院外康复方案, 由居家照护人员监督实施并定期反馈康复效果, 以便及时调整。

### 1.4 观察指标

1.4.1 比较两组干预前后 NIHSS、Fugl-Meyer 得分  
NIHSS 量表即美国国立卒中量表, 评估神经损伤。总分 42, 得分越高, 神经损伤越严重。

Fugl-Meyer 量表即运动功能评定量表, 评估肢体功能。含上、下肢两个维度。得分越高, 肢体功能越好。

#### 1.4.2 比较两组干预前后上肢肌张力水平

采用 Ashworth 分级评估, 五个等级 (0~4 级), 等级越高, 肌痉挛程度越重。

#### 1.4.3 比较两组干预前后下肢肌力水平

采用 Lovett 分级评估, 六个等级, 即无肌力、微缩、差、可、良好、正常。

### 1.5 统计学方法

SPSS26.0 系统处理数据。计量资料 ( $\bar{x} \pm s$ ), 以 T 检验。计数资料 (%), 以 Z 或  $\chi^2$  检验。  $P < 0.05$ , 有统

计学意义。

2.结果

2.1 两组干预前后 NIHSS、Fugl-Meyer 得分比较

对照组中, 护理前: NIHSS 得分 (14.76 ± 2.86) 分、Fugl-Meyer 上肢得分 (31.15 ± 3.45) 分、Fugl-Meyer 下肢得分 (21.28 ± 2.02) 分; 护理后: NIHSS 得分 (9.55 ± 1.65) 分、Fugl-Meyer 上肢得分 (37.13 ± 4.02) 分、Fugl-Meyer 下肢得分 (25.42 ± 3.06) 分。

观察组中, 护理前: NIHSS 得分 (14.80 ± 2.83) 分、Fugl-Meyer 上肢得分 (31.13 ± 3.48) 分、Fugl-Meyer 下肢得分 (21.25 ± 2.05) 分; 护理后: NIHSS 得分 (7.18

± 1.32) 分、Fugl-Meyer 上肢得分 (44.75 ± 4.12) 分、Fugl-Meyer 下肢得分 (30.62 ± 3.70) 分。

两组干预前 NIHSS、Fugl-Meyer 上下肢得分比较 (T=0.0545, P=0.9568; T=0.0224, P=0.9822; T=0.0571, P=0.9547; P>0.05)。观察组干预后 NIHSS 得分较对照组低, Fugl-Meyer 上下肢得分较对照组高 (T=6.1433, P=0.0000; T=7.2506, P=0.0000; T=5.9319, P=0.0000; P<0.05)。

2.2 两组干预前后上肢肌张力水平比较

观察组干预后上肢 Ashworth 分级优于对照组 (P<0.05)。详情见表 1。

表 1 干预前后上肢肌张力水平比较[n (%) ]

组别		0 级	1 级	2 级	3 级	4 级
对照组 (n=30)	干预前	0 (0.00)	3 (10.00)	8 (26.67)	10 (33.33)	9 (30.00)
	干预后	5 (16.67)	8 (26.67)	15 (50.00)	2 (6.67)	0 (0.00)
观察组 (n=30)	干预前	0 (0.00)	4 (13.33)	9 (30.00)	9 (30.00)	8 (26.67)
	干预后	14 (46.67)	13 (43.33)	3 (10.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

(注: 两组干预前分级比较 Z=1.0251、P=0.9014, P>0.05; 两组干预后分级比较 Z=14.8452、P=0.0008, P<0.05)

2.3 两组干预前后下肢肌力水平

观察组干预后下肢 Lovett 分级优于对照组(P<0.05)。详情见表 2。

表 2 干预前后下肢肌力水平比较[n (%) ]

组别		无肌力	微缩	差	可	良好	正常
对照组 (n=30)	干预前	2 (6.67)	5 (16.67)	14 (46.67)	9 (30.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
	干预后	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.33)	18 (60.00)	7 (23.33)	4 (13.33)
观察组 (n=30)	干预前	3 (10.00)	5 (16.67)	15 (50.00)	7 (23.33)	0 (0.00)	0 (0.0)
	干预后	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.33)	17 (56.67)	12 (40.00)

(注: 两组干预前分级比较 Z=1.1844、P=0.8875, P>0.05; 两组干预后分级比较 Z=15.1534、P=0.0007, P<0.05)

3.讨论

近年来, 受高血压、糖尿病、肥胖等因素影响, 我国脑卒中发病率持续上升, 已经成为临床常见慢性病之一, 需予以有效防治。肌痉挛是脑卒中患者常见临床表现以及后遗症之一, 也是导致患者残障的重要原因。

目前, 临床主要以康复护理方案治疗脑卒中肌痉挛, 包括肢体功能锻炼、按摩等手段, 可有效改善患者肌痉挛情况, 促进肢体功能恢复。但实际应用中, 脑卒中肌痉挛患者的常规康复护理效果整体较差, 主要原因在于护理措施未能高效实施、护理方案缺乏针对性, 尤其是居家患者<sup>[4]</sup>。

而医护康一体化护理是一种新型的护理模式。通过医护康一体化护理, 能够结合患者个体差异、循证医学证据、院内经验制定个体化的优质护理方案, 并综合临床医师、康复医师、护士、居家照护人员的多方优势, 为患者提供医院、居家期间全程的优质护理服务, 促使患者出院后也能得到规范的康复指导, 提高依从性, 纠正不良习惯, 从而更好实现护理目标<sup>[5]</sup>。本文中, 观察组干预后上肢 Ashworth 分级、下肢 Lovett 分级优于对照组 (P<0.05)。便证实了医护康一体化护理方案对脑卒中肌

痉挛患者临床症状的改善效果。而观察组护理后 NIHSS 得分较对照组低, Fugl-Meyer 得分较对照组高 (P<0.05)。可见医护康一体化护理方案还可有效促进脑卒中肌痉挛患者神经系统、运动功能的恢复。

综上所述, 医护康一体化康复护理方案可促进脑卒中后肌痉挛患者的康复, 改善其肌痉挛状况, 恢复神经功能、运动能力, 值得推广。

参考文献:

[1]熊桃,谭雪梅,罗静,等.脑卒中患者康复动机评估工具的研究进展[J].中华护理杂志, 2024, 59(7):890-896.  
 [2]刘婷. 医护康一体化护理模式改善脑卒中伴吞咽困难患者功能恢复的研究 [J]. 中国药物与临床, 2021, 21(14):2591-2592.  
 [3]中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会神经康复学组, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑卒中早期康复治疗指南 [J]. 中华神经科杂志, 2017, 50(6):405-412.  
 [4]时红梅,李依芃,靳智凯,等. 心理支持配合早期康复干预对缺血性脑卒中患者康复的效果评价[J]. 中国康复, 2020, 35(1):12-14.  
 [5]陈冲,云利娥,文荣鑫,等. 医护康一体化康复护理方案在脑卒中后肌痉挛病人中的应用 [J]. 护理研究, 2023, 37(14):2632-2635.