

# 早期床旁康复对急性脑卒中取栓术后患者预后的影响

王秀婷

(汕尾市第二人民医院(汕尾逸挥基金医院)神经外科 (广东汕尾) 516600)

**摘要:**目的:探讨早期床旁康复对急性脑卒中取栓术后患者预后的影响。方法:选择2016年1月~2019年12月我院收治100例急性脑卒中患者作为研究对象,所有患者接受介入取栓手术治疗,根据不同的护理模式分为两组,每组50例。参照组采用常规护理,研究组采用常规护理和早期床旁康复干预。比较两组的康复效果、功能恢复情况。结果:研究组MRS评分为(0.34±0.10)分,低于参照组的(1.33±0.53)分(P<0.05);研究组NIHSS评分为(3.45±0.73)分,低于参照组的(8.31±1.43)分(P<0.05)。结论:早期床旁康复干预对急性脑卒中取栓术后的患者,可有效促进神经功能的恢复,还能改善肢体活动受限问题。

**关键词:**早期床旁康复;急性脑卒中取栓术;功能恢复

急性脑卒中是因脑部血管突发性阻塞或破裂,导致脑组织损伤而引发的一组疾病。脑卒中发病快、死亡率和致残率高,患者可表现为肢体麻木或无力、神志迷茫、晕厥以及言语障碍等症状[1]。目前,以手术为主的综合疗法是临床治疗脑卒中的唯一方法,随着微创技术的发展,介入取栓手术在脑卒中治疗中得到广泛应用,采用手术治疗急性脑卒中患者,虽具有一定的治疗效果,但是因病情发展迅速,导致患者脑组织受到一定的损伤,从而留下活动障碍、言语障碍等后遗症[2]。因此,需要对患者进行术后康复干预,但常规康复护理并不能及时纠正患者的神经功能受损问题,可影响患者功能恢复效果,而早期床旁康复干预可弥补常规康复护理的不足,及时促进患者神经功能的恢复,缓解活动障碍症状[3-4]。故本文探讨早期床旁康复对急性脑卒中取栓术后患者预后的影响,现报告如下:

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择2016年1月~2019年12月我院收治的100例急性脑卒中的患者作为研究对象,所有患者接受急性脑卒中取栓术治疗,根据不同的护理模式分为两组,每组50例。参照组采用常规护理,研究组采用常规护理加早期床旁康复干预。研究组,男性30例,女性20例;年龄42~73岁,平均(61.67±4.82);发病时间1~8h,平均(3.21±0.42)h。参照组,男性31例,女性19例;年龄43~75岁,平均(62.15±5.08)岁;发病时间1~8h,平均(3.33±0.38)h。两组性别、年龄、发病时间等一般资料比较差异无统计学意义(P>0.05),有可比性。本研究经医院伦理委员会批准,所有患者及家属均知情自愿同意下参与开展。纳入标准:患者均符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》[5]中急性脑卒中的诊断标准;年龄>40岁;临床资料完整;符合取栓术适应证。排除标准:交流障碍者;合并其他恶性肿瘤者;具有精神疾病者;预计生存时间低于3个月者。

### 1.2 方法

参照组接受常规护理,首先向患者发放健康手册,指导患者自行阅读,以了解取栓术的步骤和配合事项;护理人员按时换药、给药,对于行动不便的患者,协助其翻身和完成日常生活活动,以预防被褥疮;制定合理的饮食计划,待患者意识恢复后开展运动康复训练等。

研究组则在取栓术围术期常规护理的基础上实施早期床旁康复训练,选择专科护士及康复科医师固定到患者的病室,定时对患者开展床旁康复,具体内容如下:(1)早期体位护理:术后将患者转入普通病房后,护理人员需帮助患者采取良肢卧位,并维持抗痉挛体位,以此促进其血液循环,为下一步的康复训练做好基础工作;术后2h,协助患者取仰卧位,纠正肩胛内旋内收,需放置薄垫于肩胛后方,并将肩外旋30°,手指伸展,值得注意的是切勿将患者的患手放于胸前,以避免上肢屈肌痉挛和手指屈曲痉挛。术后4h,帮助患者取健侧卧位,患肩前屈90°,健侧在下,手平放于枕头上;

术后6h,协助患者采取患侧卧位,患肩前伸,健侧在下,患下肢稍后伸,屈膝,然后健下肢置于患肢前方的垫枕上,尽量采取患侧卧位,在此期间,要预防患者患肩受压而造成肩关节损伤。每2小时更换一次体位。(2)早期康复训练:术后24小时内,护理人员首先采用视频指导患者进行床上训练,包括四肢关节被动运动、主动运动,遵循从少至多、从轻至重的原则,指导患者从肩关节前方屈曲、外展、外旋、内收、内旋,逐步增加肘关节、腕关节等关节活动,每个活动持续10min,每日3次;术后24小时后,开始踝关节、髋关节等关节的被动活动训练,活动不可超过90°。其次,指导患者进行床上运动训练,用冷刺激或拍打患者患侧肢体,增强肌张力,由健侧手带动患侧手伸肘,并左右翻身,下肢做分腿控制锻炼。然后,协助患者下床练习,要求患者单手抓住床旁护栏,尝试下地站立,若无眩晕感,生命体征稳定,则引导患者缓慢步步行走,行走5min后,转换坐位,加强站立和坐位转换训练,每次20min左右,每日3次。(3)早期进行口部操及吞咽功能训练:①口部操:指导患者张嘴程度达到打哈欠的程度(打槽牙、挺软腭),闭嘴时要咬合双齿(松下巴),主要是锻炼口的开合,要领是开口的动作要柔和,两嘴角尽量向斜上方抬起,上下嘴稍放松,舌自然放平;每天坚持练习50次左右。②吞咽功能训练:在患者未出现吞咽反射的情况下,先进行舌肌和咀嚼肌的按摩,再嘱患者张口,将舌尽力向外伸出,先舔下唇及左右口角,转至舔上唇及硬腭部,然后将舌缩回,闭口作上下牙齿互叩及咀嚼10次,如果患者不能自行舌运动时,家属可用纱布轻轻的把持舌,进行上下、左右运动,再将舌还回原处,轻托下颌闭口,以磨牙咬动10次,分别于早、中、晚饭前进行,每次5min。(4)早期床旁心理护理:待患者意识恢复后,及时说明早期康复训练的作用和重要性,以提高患者康复训练的依从性。由于患者暂时丧失生活自理能力,心理上会感到不适应,进而情绪起伏较大,同时活动训练容易产生疼痛感,使患者难以坚持。因此,护理人员应及时了解患者的心理情绪,对其进行心理疏导,鼓励和协助患者坚持训练,提高患者的自信,有效促进功能的恢复。

### 1.3 观察指标

观察两组患者护理前、护理后3个月的改良Rankin量表(Modified Rankin Scale, MRS)评分、美国国立卫生研究院卒中量表(NIH Stroke Scale, NIHSS)评分,(1)MRS评分[6]:患者完全无头晕、肢体麻木等脑卒中症状,评为0分;患者有症状,但无明显功能障碍,且能独立完成生活事务和日常工作,评为1分;患者轻度残疾,不能独立完成病前所有活动,但无需帮助自己完成日常事务,评为2分;患者中度残疾,需要人照料日程生活,但能独立行走,评为3分;患者中重度残疾,无法独立行走,还需要人帮助和照料,评为4分;患者重度残疾,大小便失禁,需要长期卧床,日程生活完全需要帮助,评为5分。(2)NIHSS评分[7]:量表内容主要包括意识水平、视野、面瘫、上下肢活动等内容,总分为42分,分数越低,表示患者神经功能恢复良好。

### 1.4 统计学方法

使用 SPSS20.0 统计学软件进行分析, 计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 用 t 检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组护理前后 MRS 评分比较

护理前两组 MRS 评分比较无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 护理后研究组 MRS 评分低于参照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组护理前后 MRS 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	护理前	护理后	t 值	P 值
研究组	50	3.35 ± 0.67	0.34 ± 0.10	7.549	0.005
参照组	50	3.46 ± 0.78	1.33 ± 0.53	6.137	0.006
t 值				0.231	3.215
P 值				1.254	0.023

### 2.2 两组护理前后 NIHSS 评分比较

护理前两组 NIHSS 评分比较无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 护理后研究组 NIHSS 评分低于参照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组护理前后 NIHSS 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	护理前	护理后	t 值	P 值
研究组	50	13.49 ± 1.79	3.45 ± 0.73	15.699	0.001
参照组	50	13.55 ± 1.31	8.31 ± 1.43	10.258	0.002
t 值		0.471	4.258		
P 值		1.167	0.016		

## 3 讨论

急性脑卒中患者脑组织损伤, 会影响神经中枢的协调功能, 进而产生肢体活动障碍、语言功能障碍以及吞咽功能障碍等症状, 这对生活质量产生不良影响。患者术后若不及时做康复治疗, 很有可能会出现残疾, 但常规的术后康复护理难以及时对患者进行系统、专业的康复指导, 进而导致患者肢体功能恢复延缓, 语言功能以及吞咽功能, 严重影响患者的生活[8]。早期床旁康复是指专业的康复医师或团队会固定治疗每个病人, 术后尽早对患者进行个性化的康复指导和训练, 这既能保证手术的治疗效果, 又能最大程度提高肢体功能和神经功能的恢复效率, 也能避免术后并发症, 使患者尽快恢复健康[9]。因此, 在急性脑卒中取栓术后对患者进行早期床旁康复训练, 能加快患者的康复, 促进其神经功能和肢体功能的恢复。

本文研究结果显示, 研究组 MRS 评分为 ( $0.34 \pm 0.10$ ) 分, 低于参照组的 ( $1.33 \pm 0.53$ ) 分 ( $P < 0.05$ )。这是因为早期床旁护理对患者分配固定的康复团队 (专科护士及康复科医师), 对患者的患侧制定个体化康复方案, 让患者术后尽早得到正确的康复指导和训练, 针对性改善患者患肢活动受限的情况, 从而促进患者肢体功能的康复[10]; 针对语言及吞咽功能障碍, 给予口部操及吞咽功能训练。同时术后 24 小时后对患者进行四肢被动训练、主动训练, 不仅能提高肢体运动协调能力, 还能预防术后出现关节痉挛、足下垂等并发症, 增强患者日常生活能力, 从而有效改善患者的肢体活动、语言及吞咽功能。本研究结果显示, 研究组 NIHSS 评分为 ( $3.45 \pm$

$0.73$ ) 分, 低于参照组的 ( $8.31 \pm 1.43$ ) 分 ( $P < 0.05$ )。是因为脑卒中患者脑组织突发性缺血、缺氧, 使脑细胞代谢和脑血管血液循环紊乱, 不利于神经系统功能调节和运行, 使其中枢神经受到一定的损害, 若实施常规康复护理, 不及时修复受损部位的功能, 就会降低患者康复干预效果[11-12]。早期床旁康复干预强调康复的及时性, 术后 24h 内不断转换患者的体位, 可以促进血液的循环, 增加缺血半暗带局部脑血流量, 有效改善脑组织缺血坏死情况[13]; 同时, 经过肢体触觉反复刺激患者的中枢神经, 启动潜伏的突触和通路, 能够让大脑重组, 进而恢复神经支配功能; 另外, 床旁心理护理也能改善患者的不良心理情绪, 增强患者康复的自信心, 有利于加快神经功能恢复的速度。

综上所述, 早期床旁康复干预是急性期脑卒中患者术后有效、使用的训练方法, 采用早期床旁康复干预能够改善急性脑卒中取栓术患者肢体活动功能, 也能促进神经功能的康复, 这对提高患者的生活质量带来积极作用。

### 参考文献:

- [1] 马荣, Solitaire 支架取栓术对急性缺血性脑卒中患者血清炎症标志物的影响[J]. 国际医药卫生导报, 2019, 25(3): 391-394.
- [2] 袁亿里, 唐莉莉, 江薇. 护理路径管理在急性缺血性脑卒中患者支架取栓术中的应用价值[J]. 国际护理学杂志, 2019, 38(12): 1843-1846.
- [3] 任毅, 张欢, 周栎, 等. 静脉溶栓联合 Trevo 支架取栓术治疗急性缺血性脑卒中中的临床疗效[J]. 现代医药卫生, 2017, 33(11): 1611-1612.
- [4] 李红霞, 崔芳, 孙殿敬. 急性缺血性脑卒中介入取栓术中路径化护理急救方案的构建及应用[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(30): 3968-3971.
- [5] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.
- [6] 张磊(整理), 刘建民(整理). 改良 Rankin 量表[J]. 中华神经外科杂志, 2012.
- [7] 张磊(整理), 刘建民(整理). 美国国立卫生研究院卒中量表[J]. 中华神经外科杂志, 2012.
- [8] 吴洁, 陈洁. 综合康复护理干预对老年急性脑卒中患者康复的影响[J]. 中西医结合护理 (中英文), 2017, 3(2): 104-106.
- [9] 中国卒中学会重症脑血管病分会专家撰写组. 急性缺血性脑卒中血管内治疗术后监护与管理中国专家共识[J]. 中华医学杂志, 2017, 97(3): 162-172.

### 作者简介:

姓名: 王秀婷, 出生: 1985 年 10 月, 性别: 女性, 民族: 汉族, 籍贯: 广东汕尾, 学历: 本科, 职称: 主管护师, 研究方向: 脑卒中的急救及康复。