

# 综合护理干预对急性脑梗死患者预后的影响分析

孔英英

(济宁市金乡县人民医院, 山东金乡 272200)

**【摘要】**目的: 探讨综合护理干预对急性脑梗死患者预后的影响。方法: 选取近年来在金乡县人民医院神经内科就诊的急性脑梗死患者共 120 例, 随机分为两组, 其中观察组 70 例, 采用综合护理干预方式, 即常规药物护理加规范化的康复训练; 对照组 50 例, 在常规药物护理的同时进行未经指导的自我锻炼。结果: 早期康复护理随访后统计学结果显示, 两组护理前后差异均有显著性; 观察组护理后 NIHSS 评分、Barthel 指数均高于对照组, 有显著性 ( $P < 0.05$ )。结论: 对急性脑梗死患者早期实施规范化康复训练能明显改善急性脑梗死患者偏瘫肢体功能和和日常生活自理能力, 降低致残率, 提高生存质量。

**【关键词】**急性脑梗死; 综合护理干预; 康复训练; 预后

作为神经内科的最常见疾病之一, 急性脑梗死不仅病死率高, 而且会给患者留下各种功能障碍, 严重影响患者的生存质量<sup>[1]</sup>。近年来, 国内相继报道早期康复护理对提高急性脑梗死后遗留患者的疗效、减少后遗症、改善患者的生活质量有重要意义<sup>[2]</sup>。而目前国内的早期康复护理卒中中并没有得到很好的推广, 为了学习先进经验, 自 2017 年 7 月起对我院收治的 120 例急性脑梗死患者进行综合护理干预, 取得较好的护理效果, 现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般临床资料

选取对象为 2017 年 7 月 ~ 2019 年 6 月我院神经内科救治的急性脑梗死患者共 120 例, 全组患者均符合 1995 年第四次脑血管病学术会议诊断标准<sup>[3]</sup>。利用随机抽签法随机分为两组, 其中观察组 70 例, 男性 52 例, 女性 18 例, 年龄  $(62.3 \pm 3.9)$  岁。对照组 50 例, 男性 41 例, 女性 9 例; 年龄  $(61.7 \pm 3.6)$  岁。两组患者在年龄、性别、临床症状等方面差异均无显著性 ( $P > 0.05$ )。

### 1.2 干预方法

全组患者先接受常规药物治疗, 包括控制血糖和血压, 脑梗死患者给予抗血小板聚集等治疗。观察组生命体征稳定 48 小时后便接受早期综合康复训练, 康复训练流程如下: (1) 以现代康复医学的易化技术为指导, 综合运用 Bobath、PNF 技术以及运动再学习方法, 提高患者的肢体功能, 促进体能和运动的协调, 以上训练每周 5 次, 每次 45 分钟。(2) 日常生活活动能力 (ADL) 训练: 卧床期保持正确卧位, 学习向侧卧位翻身。学习从坐位起立和床到轮椅的转移等, 鼓励患者尽早用患臂支撑。将患者的康复训练贯穿于日常生活活动中, 同时要求家属参与康复护理和训练。(3) 适当的心理支持。

### 1.3 疗效评价

在入院时和护理结束后对两组患者均进行随访观察, 神经功能缺损恢复情况评价采用 NIHSS 评分指数进行评价, 日常生活活动能力评价采用 Barthel 指数。

### 1.4 统计学方法

计量资料用两样本 t 检验进行统计计算,  $P < 0.05$  表示差异具有显著性。

## 2 结果

### 2.1 两组护理前后 NIHSS 评分比较

两组护理前后 NIHSS 评分相比, 与护理前比较护理后分数变化差异具有显著性 ( $P < 0.05$ ); 而与对照组相比观察组变化更显著, 两组差异具有显著性 ( $P < 0.01$ )。见表 1。

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

组别	例数	护理前评分	护理后评分
对照组	50	17.7 ± 5.1	14.0 ± 4.7
观察组	70	18.1 ± 5.5	16.9 ± 4.8

### 2.2 两组护理前后 Barthel 指数比较

两组护理前后 Barthel 指数相比, 与护理前比较护理后指数变化差异具有显著性 ( $P < 0.01$ ); 与对照组相比观察组变化更显著, 两组差异具有显著性 ( $P < 0.01$ )。见表 2。

表 2 两组护理前后 Barthel 指数比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	护理前指数	护理后指数
对照组	50	29.7 ± 11.2	55.4 ± 12.3
观察组	70	30.3 ± 11.6	44.1 ± 12.2

观察组	50	30.3 ± 11.6	44.1 ± 12.2
-----	----	-------------	-------------

### 3 讨论

对急性脑梗死患者的早期康复训练是影响其脑可塑性的极重要因素, 在脑损伤早期、后期和晚期都有极其重要的意义。以往研究表明功能训练对脑功能重组具有重要意义。功能重组理论强调脑损伤残留部分通过病灶周围组织及对侧大脑半球代偿, 以功能训练等方式促进功能上的重组, 并以新的方式完成已丧失的功能。康复训练还可阻止损伤手代表区邻近的正常区进一步损害, 并可诱导正常组织“替代”损伤的功能。同时运动可影响神经递质, 并可上调海马区、皮质等部位的脑源性神经营养因素和神经生长因子的基因表达<sup>[4]</sup>。所以, 康复训练对脑功能重组有促进作用。在本研究中早期康复组在偏瘫肢体痉挛、上下肢运动功能和日常生活活动能力等方面均较对照组有显著改善。由于早期康复的介入促进了脑的结构和功能的重组, 从而促进功能的改善。

一般来讲, 急性脑梗死患者康复护理的时间越早越好, 只要病情稳定 48h 以后, 病人就可以介入康复性的护理<sup>[5]</sup>。急性脑梗死患者康复护理对功能恢复的疗效已得到证实, 康复的最佳时间是脑梗死后的 3 个月之内, 6 个月后基本停止。迄今没有证据支持药物对脑梗死患者的康复有直接作用。急性脑梗死发生后, 病灶中心完全性缺血, 短时间内出现不可逆性改变, 药物护理只能通过降低脑水肿, 改善侧支循环等增加局部血液供应, 促进坏死灶周围受损缺血组织部分神经细胞功能的恢复, 但完全坏死的脑细胞已不可能恢复功能。以促通技术为中心的运动疗法可促进相关神经细胞发芽, 形成新的轴突, 并反复使用这些突触, 建立接近于正常功能的新的神经环路, 实现中枢神经的功能重建, 大脑组织的可塑性和功能重组是运动疗法护理卒中中偏瘫的理论基础。早期康复训练还可以通过改善患肢的血液流动性, 促进静脉血及淋巴回流, 改善神经兴奋和传导功能, 从而改善脑供血, 降低血液的粘滞性, 预防血栓形成。本组资料表明, 急性脑梗死患者早期采取积极的康复护理在指数测定、评分较对照组均有更明显的好转。

综上所述, 对急性脑梗死患者早期采取积极的、综合的、正确的康复训练, 能够明显提高患者患肢恢复功能, 加快改进患者偏瘫肢体痉挛程度, 从而提高卒中患者的生活质量, 是值得临床进一步推广应用的护理方法。

### 参考文献

- [1] Joachim Liepert, Heike Bauder, Wolfgang HR. Mihnertreatment-induced cortical reorganization after stroke in humans [J]. Stroke, 2016, 31: 1210.
- [2] 方宝华, 陈小梅, 李涛, 等. 脑血管病临床与康复 [M]. 上海: 科学技术文献出版社, 2001: 52-54.
- [3] 谭峰, 顾卫. 早期康复对脑梗死患者运动功能及血小板膜糖蛋白与肿瘤坏死因子的影响 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2015, 26(9): 543-546.
- [4] 黄景辉, 洪楨, 王殿仕. 胶质细胞和突触传递的相互作用 [J]. 神经解剖学杂志, 2016, 21(3): 327.
- [5] 崔明芝, 刘振民, 周丽红. 31 例卒中中偏瘫患者康复疗效观察 [J]. 中国康复理论与实践, 2012, 7(4): 135.