

脑梗死急性期护理中早期康复介入的时机选择与影响分析

王艳

河南省南阳市西峡县中医院

DOI:10.12238/carnc.v3i3.14182

[摘要] 目的：探讨脑梗死（CI）急性期护理中早期康复介入的时机及影响。方法：选取 2024 年 1 月—2025 年 2 月本院收治的 80 例 CI 患者，随机分组，对照组 40 例于常规治疗 4 周后行康复治疗，观察组 40 例于常规治疗后 2 周内行康复治疗，比较两组干预结果。结果干预前，两组 NIHSS、BI 评分相比，无显著差异（ $P>0.05$ ），干预后，观察组 NIHSS 评分更低、BI 评分更高（ $P<0.05$ ）；干预前，两组 FMA 运动功能、平衡功能评分比较，无显著差异（ $P>0.05$ ），干预后，观察组各评分更高（ $P<0.05$ ）；干预前，两组 SF-36 各维度评分相比，无显著差异（ $P>0.05$ ），干预后，观察组 SF-36 评分更高（ $P<0.05$ ）。结论：对 CI 患者而言，行常规治疗后 2 周内开展康复治疗为理想康复介入时机，可促进神经及运动功能恢复，改善患者日常生活能力及生活质量，值得应用。

[关键词] 脑梗死；急性期护理；早期康复；介入时机

中图分类号：R473 文献标识码：A

Timing Selection and Impact Analysis of Early Rehabilitation Intervention in the Acute Phase Nursing of Cerebral Infarction

Yan Wang

Xixia County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nanyang City, Henan Province

[Abstract] Objective To explore the timing and impact of early rehabilitation intervention in the acute phase nursing of cerebral infarction (CI). Methods: Eighty patients with CI admitted to our hospital from January 2024 to February 2025 were selected and randomly divided into groups. Forty cases in the control group received rehabilitation treatment 4 weeks after conventional treatment, and 40 cases in the observation group received rehabilitation treatment within 2 weeks after conventional treatment. The intervention results of the two groups were compared. Results: Before the intervention, there was no significant difference in the NIHSS and BI scores between the two groups ($P>0.05$). After the intervention, the NIHSS score was lower and the BI score was higher in the observation group ($P<0.05$). Before the intervention, there was no significant difference in the scores of motor function and balance function of FMA between the two groups ($P>0.05$). After the intervention, it was observed that the scores of each group were higher ($P<0.05$). Before the intervention, there was no significant difference in the scores of each dimension of SF-36 between the two groups ($P>0.05$). After the intervention, the score of SF-36 in the observation group was higher ($P<0.05$). Conclusion: For patients with CI, conducting rehabilitation therapy within 2 weeks after conventional treatment is an ideal time for rehabilitation intervention. It can promote the recovery of neurological and motor functions, improve the patients' ability of daily living and quality of life, and is worthy of application.

[Keywords] Cerebral infarction; acute phase care; early rehabilitation; intervention timing

1 前言

脑梗死（CI）为临床较为常见的一种脑血管疾病，其发病主要因为脑血管堵塞造成脑组织供血突然减少或停止，使得该区域脑组织因缺氧缺血而出现损伤或坏死，临床多表现为头晕目眩、感觉麻木、肢体无力等^[1]。有资料显示，约

80%CI 患者在发病后会遗留不同程度神经功能损害，其中失语、偏瘫较为常见，可对患者身心健康、日常生活带来严重影响^[2]。较多研究指出，在 CI 患者身体状况允许下，在常规治疗基础上辅以康复训练对促进患者症状缓解、功能恢复有积极作用^[3]。但目前临床关于 CI 发病后康复训练的介入时机

Clinical Application Research of Nursing Care

尚无明确定论及统一标准。基于此，本文分析了2024年1月—2025年2月本院收治的80例CI患者不同康复介入时机的选择及影响，报道如下。

2 资料与方法

2.1 一般资料

选取2024年1月—2025年2月本院收治的80例CI患者，随机分组，各组40例。观察组男女分别22/18例，年龄45—76.5岁，平均(63.25±8.25)岁，病程1—8d，平均(4.86±0.94)d。对照组男女分别23/17例，年龄46.5—78岁，平均(63.73±8.61)岁，病程1.5—9d，平均(4.99±0.98)d。两组资料相比，无显著差异(P>0.05)，研究经医院伦理委员会知情同意。

纳入标准：(1)患者及家属均对研究知情，并签订同意书，(2)均符合CI诊断标准，且处于急性恢复期；(3)均存在不同程度神经功能损伤；(4)临床资料均完善。

排除标准：(1)存在恶性肿瘤者；(2)存在肝、肾等重要脏器衰竭者；(3)认知、视听等功能异常无法配合康复锻炼者；(4)康复治疗依从性较差者。

2.2 方法

对照组、观察组分别于常规治疗4周后、2周内行康复治疗，具体康复方案如下：

(1)物理疗法：应用磁刺激仪对患者行重复经颅磁刺激(rTMS)治疗，刺激频率、强度分别为1Hz、80%，每刺激8s后间歇2s，重复刺激120次，20min/次，1日1次，持续干预10d。

(2)综合运动锻炼：①伸髋屈膝：指导患者做患肢伸髋屈膝训练，应用支架避免膝过伸，做5—10组，25min/次，每次训练2次，每周4—5次。②翻身锻炼：护士每间隔2h协助患者于床上进行翻身锻炼，随功能恢复逐步过渡主动翻身锻炼。③仰卧位伸膝：取仰卧位，进行屈膝训练，以0—15°的姿势维持10s，训练期间确保踝关节处于中立位，训练频次及时间同上。④肌力训练：待患者病情平稳后对其四肢肌力进行测评，并制定科学的肌力锻炼方案，从被动肌力训练逐步过渡至主动肌力训练，按照先大(关节)后小的锻炼顺序，30—45min/次，每日锻炼1次，运动强度以患者耐受为宜。⑤步行训练：待患者可双脚站立后可指导其进行步行训练，先进行原地踏步，随后借助工具或在人搀扶下转移重心，进行步行训练。⑥平衡训练：指导患者独立于床上取坐位，保持该姿势30min后进行端坐平衡练习，嘱其用健侧的手将床栏握住，保持端坐姿势，护士帮助其保持平衡，维持2min后嘱患者用健侧的手对床面进行支撑，维持2min。上述训练反复3—4次为1组，每日进行3组训练。⑦上下楼梯训练：护士站立于患者身后，以膝关节抵住其患侧腘窝，

保持患腿负重站立，嘱患者屈膝0—15°，同时指导患者做健腿上楼梯、下楼梯动作，反复20遍为1组，每次做5—10组，每日做2次，每周做5次。可根据患者恢复情况逐步增加运动强度及频次。

(3)日常生活及作业锻炼：指导患者重复练习穿衣、进食、洗脸漱口、系腰带等日常生活技能，指导患者在器具辅助下进行步行锻炼。

(4)心理康复干预：护士应加强与患者的沟通，多鼓励、支持患者，耐心倾听患者，了解其心理想法，及时察觉负面情绪并进行心理疏导。耐心解释康复锻炼的目的、作用，讲解成功案例，并邀请康复锻炼效果较好的患者现身说法，使患者意识到康复锻炼的重要性，激发其锻炼意愿与积极性。

2.3 观察组指标

(1)比较两组干预前、干预10d后应用美国国立研究脑卒中量表(NIHSS)、Barthel指数(BI)对两组评价，NIHSS总分42分，神经功能缺损程度与评分呈反比，即越低程度越轻。BI总分100分，生活能力与评分呈正比，即越高越好。

(2)于干预前、干预10d后应用Fugl-Meyer评分法(FMA)对两组评定，包括运动功能及平衡功能，得分越高越好。

(3)于干预前、干预10d后应用生活质量评定量表(SF-36)对两组测评，包括精神健康、情感职能、社会功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康，各项总分均为100分，得分越高越好。

2.4 统计学方法

研究分析软件为SPSS 23.0，计量资料用t检验，以($\bar{x} \pm s$)表示，若(P<0.05)差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组NIHSS、BI评分比较

干预前，两组NIHSS、BI评分相比，无显著差异(P>0.05)，干预后，观察组NIHSS评分更低、BI评分更高(P<0.05)，见表1。

表1 两组NIHSS、BI评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	NIHSS 评分		BI 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	4	14.36±	7.34±	61.25±	81.36±
	0	2.49	1.04*	4.62	7.15*
对照组	4	14.62±	9.56±	61.48±	74.31±
	0	2.67	1.71*	4.79	5.63*
t	-	0.450	7.015	0.219	4.900
P	-	0.654	0.000	0.828	0.000

注：与同组干预前比较，*P<0.05。

3.2 两组FMA评分比较

Clinical Application Research of Nursing Care

干预前, 观察组 FMA 运动功能评分为 (36.25 ± 3.46) 分、平衡功能评分为 (6.28 ± 1.06) 分, 与对照组 (36.79 ± 3.61) 分、(6.43 ± 1.13) 分比较, 无显著差异 ($t=0.683$ 、 0.612 , $P=0.497$ 、 0.542 , $P<0.05$)。

干预后, 观察组 FMA 运动功能评分为 (71.65 ± 6.25) 分、平衡功能评分为 (13.65 ± 2.27) 分, 明显较对照组 (60.35 ± 5.19) 分、(10.71 ± 1.67) 分高 ($t=8.797$ 、 6.598 , $P=0.000$ 、 0.000 , $P<0.05$)。

3.3 两组 SF-36 评分比较

干预前, 观察组 SF-36 各维度评分分别为精神健康 (63.52 ± 2.94) 分、情感职能 (64.37 ± 3.65) 分、社会功能 (62.19 ± 2.46) 分、生理职能 (61.75 ± 2.16) 分、躯体疼痛 (60.37 ± 2.03) 分、总体健康 (62.79 ± 2.74) 分, 与对照组 (63.74 ± 2.99) 分、(64.68 ± 3.72) 分、(62.03 ± 2.37) 分、(61.95 ± 2.43) 分、(60.85 ± 2.16) 分、(62.99 ± 2.86) 分相比, 无显著差异 ($t=0.332$ 、 0.376 、 0.296 、 0.389 、 1.024 、 0.319 , $P=0.741$ 、 0.708 、 0.768 、 0.698 、 0.309 、 0.750 , $P<0.05$)。

干预后, 观察组 SF-36 各维度评分依次为 (81.12 ± 6.34) 分、(80.75 ± 6.12) 分、(82.36 ± 6.84) 分、(79.68 ± 5.93) 分、(78.45 ± 5.68) 分、(80.17 ± 6.03) 分, 明显较对照组 (70.25 ± 4.23) 分、(71.39 ± 4.35) 分、(72.58 ± 4.86) 分、(74.15 ± 4.93) 分、(73.15 ± 4.91) 分、(72.49 ± 4.42) 分高 ($t=9.020$ 、 7.884 、 6.158 、 4.535 、 4.465 、 6.497 , $P=0.000$ 、 0.000 、 0.000 、 0.000 、 0.000 , $P<0.05$)。

4 讨论

随着人们经济与生活水平不断提升, 生活习惯、饮食结构等均发生较大改变, 加上老龄化人口不断增多, 近年来 CI 发病率逐年上升, 给民众身体健康造成严重威胁, 严重增加家庭及社会负担。CI 致残率、致死率均较高, 大部分存活下来的患者均会遗留不同程度神经及运动功能缺损, 其中偏瘫较为常见。患者发生偏瘫后一侧肌力、自主控制能力会显著降低, 受到肌张力变化影响, 患者运动能力可受到一定限制, 导致患者运动功能障碍, 对其日常生活及工作带来严重影响。

现代医学指出, 患者中枢神经系统在结构与功能方面均存在一定重组再塑能力, 加上 CI 发生后神经细胞尚未完全凋亡, 在此情况下若给予外界良性刺激可能导致神经细胞再生, 从而达到减轻神经功能缺损的目的, 因此在 CI 发病后急性恢复期加强康复治疗十分重要^[9]。目前临床关于 CI 的康复治疗手段较多, 本文根据患者实际情况制定科学的康复方案, 包括 rTMS、综合运动锻炼、日常生活锻炼等, 可较好对脑半球功能进行重组, 促进功能代偿, 对神经侧支循环发挥较好促进作用, 使神经突触与轴突建立较好联系, 发挥脑

组织残余功能, 从而促进脑神经功能恢复, 提高整体干预效果^[6]。此外通过康复锻炼可尽可能的减少梗死灶, 减轻神经功能缺损程度, 协调不同肌肉间运动, 促使运动效率大幅提升, 从而促进患者肢体功能快速恢复。

康复介入的时机与 CI 患者康复效果密切相关, 目前临床并无 CI 康复干预最佳时机的统一标准, 也缺乏相关定论, 不同学者看法存在差异。有学者指出, CI 患者急性期脑部正处于自然恢复的过程, 早期进行康复干预可获得理想效果, 且越早干预越能改善患者神经功能, 促进患侧肢体功能更好恢复^[7]。亦有研究表示, CI 患者发病 2 周内存在明显水肿, 且患者急性恢复期存在一定负面情绪, 心理波动幅度较大, 梗死区血管稳定性也欠佳, 过早介入康复治疗可能导致血压出现一定波动, 出现脑再灌注损伤而造成脑损伤进一步加重, 可降低康复治疗效果^[8]。本文通过对 CI 患者开展不同时机康复介入, 结果显示观察组 NIHSS、BI、FMA、SF-36 评分均较对照组更好, 提示比起常规治疗 4 周后开展康复介入治疗, 在治疗后 2 周开展早期康复治疗更能获得理想效果, 究其原因可能为早期进行康复训练更利于改善全身血液循环, 更好建立侧支循环, 最大程度减少梗死灶, 及时为脑部提供充足血氧, 且越早锻炼脑缺氧缺血症状改善越明显, 可更好修复损伤脑组织, 从而促进患者神经及运动功能恢复。但由于部分超早期脑梗的患者血压、血管稳定性均欠佳, 发生再灌注损伤的风险较高, 可能引发新的脑病变, 故临床应根据实际情况选择恰当的康复介入时机, 以保障患者身体健康, 促进多项功能恢复。

综上所述, 对 CI 患者而言, 行常规治疗后 2 周内开展康复治疗为宜, 可促进神经及运动功能恢复, 改善患者日常生活能力及生活质量, 具有较好推广意义。

[参考文献]

- [1] 闫海鹏. 康复治疗介入时机对脑梗死偏瘫患者康复效果的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2020, 29(7): 59-60.
- [2] 袁美翠. 不同康复治疗介入时机对脑梗死偏瘫患者恢复效果的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2021, 2(23): 135-137, 153.
- [3] 孙海艳. 康复治疗介入时机对脑梗死偏瘫患者康复效果的影响[J]. 中国医药指南, 2020, 18(1): 130-131.
- [4] 欧阳涛, 常威. 康复治疗介入时机与脑梗死偏瘫患者康复效果的关系研究[J]. 反射疗法与康复医学, 2020, 1(23): 37-39, 46.
- [5] 何亚丽, 张相成, 刘宏. 不同康复治疗介入时机与脑梗死后偏瘫病人康复效果的相关性研究[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2020, 23(24): 2187-2191.
- [6] 王梦霜. 早期康复护理干预对脑梗死患者生活质量

及术后恢复的影响[J]. 国际援助, 2024, 12(20): 121-123.

[7] 李志婷, 刘红, 闫瑞云. 早期康复训练对改善急性脑梗死偏瘫患者肌张力及神经功能缺损评分的影响分析[J]. 贵州医药, 2023, 47(5): 837-839.

[8] 王敏芬, 董媛媛, 杨芳, 等. 早期康复治疗联合风险

管理对脑梗死介入治疗患者神经功能及日常生活能力的影响[J]. 检验医学与临床, 2023, 20(21): 3160-3163.

作者简介:

王艳(1983.09-), 女, 汉族, 河南人, 本科, 研究方向为临床护理学。