

[文章编号] 1007-0893(2023)20-0105-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.20.032

# 脑卒中后遗症患者实施常规康复训练的效果分析

王 志 朱昆明

(德兴市人民医院, 江西 德兴 334200)

**[摘要]** 目的: 探讨实施常规康复训练对脑卒中后遗症的效果。方法: 选取 2021 年 1 月至 2023 年 1 月德兴市人民医院收治的 80 例脑卒中后遗症患者作为研究对象, 将 2021 年 1 月至 2022 年 1 月收治的 40 例患者纳入观察组, 将 2022 年 2 月至 2023 年 1 月收治的 40 例患者纳入对照组。对照组行常规康复治疗, 观察组在对照组基础上进行常规康复训练。比较两组患者神经功能、平衡功能、运动功能、生活能力、生活质量。结果: 治疗后, 两组患者美国国立卫生研究院脑卒中量表 (NIHSS) 评分低于治疗前, Berg 平衡量表 (BBS)、Fugl-meyer 运动功能评定量表 (FMA) 评分高于治疗前, 且观察组患者神经、平衡、运动功能优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 两组患者 Barthel 指数评定量表评分高于治疗前, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 两组患者世界卫生组织生活质量测定简表 (WHOQOL-BREF) 评分高于治疗前, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 通过采用常规康复训练能够帮助患者改善脑卒中后遗症, 提高患者的神经功能、平衡功能、运动功能、生活能力, 从而提升患者生活质量。

**[关键词]** 脑卒中; 后遗症; 常规康复训练**[中图分类号]** R 473.74 **[文献标识码]** B

脑卒中是一种常见病, 由各种因素而引起的脑卒中主要发病人群为 50 岁以上的中老年人, 以出血性脑卒中和缺血性脑卒中为主, 易造成脑部血流不畅和脑组织损伤, 且死亡率较高<sup>[1]</sup>。而存活患者的致残率高达 80%, 患者通常会出现不同程度的行动不便、语言障碍和其他后遗症, 尤其是四肢瘫痪, 如果不能及时康复, 可能会导致永久性瘫痪<sup>[2]</sup>。脑卒中会导致多种疾病, 其中最常见、对患者影响最大的是运动障碍, 尤其是偏瘫<sup>[3]</sup>。随着医疗技术的发展, 脑卒中死亡率有所下降, 但致残率却有所上升, 给患者及其家庭带来了巨大的经济负担<sup>[4]</sup>。并且部分患者由于长期的不规范就医、康复治疗不当等原因, 导致患者处于肌肉痉挛的状态, 从而造成了脑卒中患者逐渐发展为下肢运动功能障碍, 对站立、步行和生活功能都造成了严重的影响<sup>[5]</sup>。因此脑卒中后遗症患者的平衡功能和生活自理能力较差, 需要持续的康复训练来维持和改善他们的正常行动能力<sup>[6]</sup>。基于此, 本研究选取 80 例脑卒中后遗症患者作为研究对象, 探究进行常规康复训练的应用效果, 具体报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月至 2023 年 1 月德兴市人民医院收治的 80 例脑卒中后遗症患者作为研究对象, 2022 年 2 月

至 2023 年 1 月收治的 40 例患者纳入观察组, 将 2021 年 1 月至 2022 年 1 月收治的 40 例患者纳入对照组。观察组患者男性 27 例, 女性 13 例; 年龄 36~78 岁, 平均 ( $56.43 \pm 3.42$ ) 岁; 病程 7~13 个月, 平均 ( $9.12 \pm 3.11$ ) 个月; 偏瘫位置: 左侧 18 例, 右侧 22 例; 脑卒中情况: 脑出血 15 例, 脑梗死 25 例。对照组患者男性 25 例, 女性 15 例; 年龄 35~76 岁, 平均 ( $56.39 \pm 3.62$ ) 岁; 病程 8~14 个月, 平均 ( $9.08 \pm 3.13$ ) 个月; 偏瘫位置: 左侧 16 例, 右侧 24 例; 脑卒中情况: 脑出血 17 例, 脑梗死 23 例。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。本研究经医院伦理委员会批准 [编号: Y (2020) 21 号]。

### 1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 符合临床《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》<sup>[7]</sup>对脑卒中后遗症的诊断标准;

(2) 患者出现不同程度的偏瘫症状; (3) 患者及家属知情并同意本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 存在精神障碍; (2) 存在脏器功能障碍; (3) 患有恶性肿瘤。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 行常规康复治疗。(1) 提高营养水平。(2) 低盐、低脂、低蛋白饮食, 适量运动, 定期服用扩

**[收稿日期]** 2023-08-01**[作者简介]** 王志, 女, 主治医师, 主要从事康复医学科的工作。

血管药物。(3) 如果患者有焦虑或抑郁症状, 应服用抗焦虑药物或抗抑郁药物。治疗 1 个月。

### 1.3.2 观察组 在对照组基础上进行常规康复训练。

(1) 康复训练: 针对患者后遗症的特点和严重程度, 采取有针对性的康复训练, 主要包括肢体功能、主动运动功能、心理功能及语言功能的康复训练; 患者肢体功能 Brunnstron I~IV 级时, 采取防痉挛体位, 由护士对其进行推拿, 使其被动、主动活动, 利用兴奋性促进技术, 提高肌肉张力, 并且引导患者进行坐姿和半卧位的训练。对有异常运动的患者, 要进行矫正和抑制, 并在抑制性手法减少肌肉张力的条件下, 重复练习腕关节、肘关节、指关节、下肢负重、立位平衡等动作。以上康复训练每日开展 1 次。(2) 语言康复训练: 从简单到困难进行语言康复训练, 1~2 次·d<sup>-1</sup>, 30 min·次<sup>-1</sup>。利用呼吸动作, 如张开嘴、伸出舌头、吹气等, 刺激脸部、嘴唇和舌头, 并深吸气 and 呼气以放松。治疗 1 个月。

### 1.4 观察指标

观察两组患者神经功能、平衡功能、运动功能、生活能力、生活质量。(1) 神经功能。治疗前后采用美国国立卫生研究院卒中量表(National Institutes of Health stroke scale, NIHSS)<sup>[8]</sup> 进行评估, 包括: 意识水平、凝视、视野、上下肢运动等 11 个方面。总分 42 分, 分数与神经功能损伤呈正相关性。(2) 平衡功能。治疗前后采用 Berg 平衡量表(Berg balance scale, BBS)<sup>[9]</sup> 进行评估, 评估内容包含: 站起、坐下、独立站立、闭眼站立等 14 个项目。每个项目 0~4 分, 总分 56 分, 如果没有达到 40 分, 则表示有摔倒的风险。根据评分结果将所代表的活动状态分为三级, 在 0~20 分之间, 则平衡力较差; 如果只能坐轮椅上行走, 分值区间为 21~40 分; 能辅助步行的患者分值区间为 41~56 分。(3) 运动功能。治疗前后采用 Fugl-meyer 运动功能评定量表(Fugl-Meyer assessment scale, FMA)<sup>[10]</sup> 进行评估, 量表满分 100 分, 分数与平衡肢体运动功能呈正相关性。(4) 生活能力。治疗前后采用 Barthel 指数评定量表<sup>[11]</sup> 进行评估, 包括 10 项评估项目: 进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、如厕、床椅转移、平底行走、上下楼梯, 每项评分分别为 0 分、5 分、10 分, 总分 100 分, 分值与患者日常生活自理能力呈正相关性。(5) 生活质

量。治疗前后采用世界卫生组织生活质量测定简表(the World Health Organization quality of life-brief version, WHOQOL-BREF) 评估两组患者的生活质量水平<sup>[12]</sup>, 该量表包含心理、生理、社会关系、环境等内容, 每项总分为 100 分, 分数与患者的生活质量成正相关性。

### 1.5 统计学分析

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者神经、平衡、运动功能比较

治疗后, 两组患者 NIHSS 评分低于治疗前, BBS、FMA 评分高于治疗前, 且观察组患者神经、平衡、运动功能优于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者神经、平衡、运动功能比较 ( $n = 40$ ,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	NIHSS 评分	BBS 评分	FMA 评分
对照组	治疗前	22.37 ± 2.15	15.35 ± 2.32	52.11 ± 11.23
	治疗后	15.64 ± 1.72 <sup>a</sup>	36.64 ± 3.74 <sup>a</sup>	61.43 ± 11.24 <sup>a</sup>
观察组	治疗前	22.34 ± 2.46	15.36 ± 2.28	51.84 ± 11.22
	治疗后	10.54 ± 1.68 <sup>ab</sup>	44.54 ± 3.62 <sup>ab</sup>	82.28 ± 11.27 <sup>ab</sup>

注: NIHSS — 美国国立卫生研究院卒中量表; BBS — Berg 平衡量表; FMA — Fugl-meyer 运动功能评定量表。与同组治疗前比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组患者生活能力比较

治疗后, 两组患者 Barthel 指数评定量表评分高于治疗前, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患者生活能力比较 ( $n = 40$ ,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	治疗前	治疗后
对照组	36.68 ± 4.43	52.47 ± 7.64 <sup>c</sup>
观察组	36.84 ± 4.22	64.28 ± 6.32 <sup>cd</sup>

注: 与同组治疗前比较, <sup>c</sup> $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, <sup>d</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组患者生活质量比较

治疗后, 两组患者 WHOQOL-BREF 评分高于治疗前, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表 3。

表 3 两组患者生活质量比较 ( $n = 40$ ,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	心理	生理	社会关系	环境
对照组	治疗前	44.72 ± 7.24	43.68 ± 7.21	43.38 ± 6.31	43.72 ± 10.44
	治疗后	61.27 ± 7.43 <sup>e</sup>	59.48 ± 5.43 <sup>e</sup>	62.27 ± 7.32 <sup>e</sup>	63.57 ± 11.37 <sup>e</sup>
观察组	治疗前	44.22 ± 7.36	44.12 ± 7.72	43.52 ± 6.64	43.67 ± 10.64
	治疗后	72.76 ± 7.34 <sup>ef</sup>	73.24 ± 7.39 <sup>ef</sup>	77.46 ± 7.93 <sup>ef</sup>	77.86 ± 12.48 <sup>ef</sup>

注: WHOQOL-BREF — 世界卫生组织生活质量测定简表。与同组治疗前比较, <sup>e</sup> $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, <sup>f</sup> $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

脑卒中致残率高达 86.5%，该疾病在脑血管疾病中较为常见，当患者出现脑卒中时，随着疾病的发展对患者的身体健康造成威胁。在疾病发展过程中，患者的运动神经受到损伤，进而影响运动神经元细胞的体内调节，在患病的情况下，会影响患者的运动能力，导致偏瘫甚至瘫痪。在接受治疗的患者中，80% 以上的患者会出现偏瘫<sup>[13]</sup>。目前，药物治疗主要以抗血小板药物和钙拮抗剂为主，这些药物可以改善患者的症状，但长期使用会产生严重的副作用和耐药性。因此，早期进行有效干预极为重要。

常规康复训练时间较长，需要循序渐进，这种训练可以帮助患者为大脑受损区域提供侧支血流，改善大脑缺血状况，减轻神经损伤，促进神经功能的恢复。本研究结果显示，治疗后，两组患者 NIHSS 评分低于治疗前，BBS、FMA 评分高于治疗前，且观察组患者神经、平衡、运动功能优于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；表明常规康复训练能够有效改善患者神经功能、运动功能以及平衡功能。究其原因，常规康复训练可以促进大脑中枢神经递质的有效调控，同时也可以刺激大脑运动中枢的兴奋性，使肌肉痉挛得到有效的缓解，同时对患者的四肢以及心肺功能也有显著的提高，通过训练站立和平衡从而改善患者运动、平衡功能，有利于患者神经功能的恢复<sup>[14]</sup>。

本研究结果显示，治疗后，两组患者 Barthel 指数评定量表评分高于治疗前，且观察组高于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后，两组患者 WHOQOL-BREF 评分高于治疗前，且观察组高于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；提示常规康复训练能够帮助患者提高日常生活能力及生活质量。脑卒中后遗症患者由于肢体功能障碍，导致心理、生命和社会功能退化。而常规康复训练中通过指导患者进行肢体训练，通过身体康复和恢复性锻炼，可以有效刺激神经及肌肉细胞，提高细胞的代偿能力，从而加快患者神经功能的恢复和重建，从而有效改善脑卒中后遗症患者的肢体运动和日常生活，改善患者的整体身体状况，进而提高生活质量<sup>[15]</sup>。

综上所述，通过采用常规康复训练能够帮助患者改善脑卒中后遗症，提高患者的神经功能、平衡功能、运动功能、生活能力，从而提升患者生活质量。

### [参考文献]

- [1] 倪彬斐, 施方, 张海燕, 等. 针灸联合康复训练对脑卒中后遗症患者临床效果及运动功能和生活质量的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2020, 40 (2): 337-339.
- [2] 钟慧慧, 程嘉骏, 王益民, 等. 中医运动功法对脑卒中后遗症病人运动平衡功能影响的系统评价 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19 (19): 3276-3282.
- [3] 林媛媛. 巢元方导引法联合常规康复训练对脑卒中患者运动功能与认知功能的影响 [J]. 西部中医药, 2022, 35 (2): 133-136.
- [4] 孟凡达. 常规康复训练对脑卒中后遗症患者康复效果的影响研究 [J]. 黑龙江中医药, 2021, 50 (1): 119-120.
- [5] 端於萍. 康复训练对脑卒中后遗症期患者的影响 [J]. 中文科技期刊数据库 (文摘版) 医药卫生, 2022, 14 (12): 14-16.
- [6] 李猛, 刘文红, 宋晶晶, 等. 康复训练结合专项康复护理对脑卒中后遗症期小腿三头肌张力的影响 [J]. 中国疗养医学, 2019, 28 (12): 1245-1250.
- [7] 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 2014 [J]. 中华神经科杂志, 2015, 48 (4): 246-257.
- [8] 申蓬春, 黄萍, 于俊杰. 基于 NIHSS 评分分级护理模式对脑出血患者术后神经功能, 肢体功能的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2023, 42 (4): 724-728.
- [9] 朱红刚. 阿基米德运动悬吊系统治疗脑卒中后平衡功能障碍的临床效果及其对 Berg 平衡量表, Barthel 指数量表及 Lindmark 平衡评分的影响 [J]. 当代医学, 2021, 27 (2): 81-83.
- [10] 陈金燕, 周汝亮. 黄芪通络汤联合八段锦治疗脑梗死临床效果 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2022, 32 (24): 58-61.
- [11] 陈丽娜, 陆艳芳, 周焕芳, 等. 全科理念下基于 Barthel 指数评定量表在中老年高血压合并脑卒中患者康复护理中的应用 [J]. 国际护理学杂志, 2021, 40 (1): 94-97.
- [12] 姚晖, 张晔倩, 孙冬英, 等. 脑卒中偏瘫患者生活质量与心理弹性, 社会支持的相关性 [J]. 国际护理学杂志, 2021, 40 (24): 4444-4446.
- [13] 王建玲, 苏琳琳, 张全英. 基于自我调节理论的护理干预对脑卒中后遗症患者身心康复及生活质量的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2022, 41 (6): 1061-1065.
- [14] 刘卫星. 针刺联合康复训练治疗脑卒中后遗症的临床研究进展 [J]. 国际中医中药杂志, 2020, 42 (7): 712-715.
- [15] 王宝娥, 徐增良, 潘峰. 中西医综合康复护理干预对脑卒中后遗症偏瘫患者的影响 [J]. 国际医药卫生导报, 2020, 26 (11): 1620-1624.