超早期康复护理在老年缺血性脑卒中患者中的应用效果及 NIHSS 评分影响观察

张萍 张雯 *
宜兴市人民医院 江苏 宜兴 214200

摘 要：目的：探讨老年缺血性脑卒中患者实施超早期康复护理的效果及对患者 NIHSS 评分的影响。方法：于 2022 年 7 月 –2024 年 6 月就诊的老年缺血性脑卒中患者中筛选 80 例作为研究对象，经随机数字表法均等分组，每组 40 例患者，分别命名为对照组和观察组，前者实施常规康复护理，后者实施超早期康复护理。对比不同护理方案的效果。结果：两组患者护理后神经功能缺损评分较护理前明显下降（P ＜ 0.05）、运动功能障碍情况均明显减轻（P ＜ 0.05）；护理后，观察组患者神经功能缺损评分较对照组评分低（P ＜ 0.05）、运动功能障碍情况较对照组轻（P ＜ 0.05）。结论：将超早期康复护理用于老年缺血性脑卒中患者中，不仅可以改善患者的神经功能缺损情况，还有助于患者运动功能障碍的改善，效果显著。

关键词：：老年缺血性脑卒中；超早期康复护理；神经功能缺损情况

缺血性脑卒中是一种易发生于老年人的神经系统疾病，因患者脑部血液供应障碍引起脑组织的缺血和缺氧，随着病情的进展会诱发脑组织软化和坏死，具有较高的致残率和致死率 [1]。相关统计资料显示，我国缺血性脑卒中的发病率约为 60%–70%，其中约 70% 的患者会出现不同程度的残疾，对患者的生活质量造成严重影响，因此在老年缺血性脑卒中患者的治疗中实施康复护理尤为重要 [2]。因老年缺血性脑卒中患者发病早期大脑局部神经元仍存活，中枢神经具有一定的可塑性和重组能力，故康复护理介入的时机是关键 [3]。超早期康复护理是在患者临床症状和生命体征平稳 24h 内给予患者康复护理进行干预，本文将其用于老年缺血性脑卒中，分析临床价值，具体如下：

1. 资料与方法

1.1 临床资料

以 2022 年 7 月 –2024 年 6 月为筛选研究样本的时间跨度，纳入 80 例老年缺血性脑卒中患者，以随机数字表法进行分组，对照组 40 例患者、观察组 40 例患者。研究者向患者及其家属充分详解本次研究的内容和目的，自愿参与并签署《知情同意书》。

对照组患者中男性 =23 例、女性 =17 例；最小和最大年龄为 61 岁和 73 岁，（62.29 ± 5.43）岁为平均年龄；合并症：糖尿病 =16 例、高血压 =15 例、冠心病 =9 例。

24 例男性和 16 例女性患者组成了观察组，患者年龄区间为 [61,74] 岁，平均年龄为（62.21 ± 5.52）岁；合并症：15 例为糖尿病、15 例为高血压、10 例为冠心病。

组间资料对比：P ＞ 0.05。

1.2 方法

以常规护理为方案，用于对照组患者中。

以超早期康复护理为方案，用于观察组患者中，即于患者临床症状和生命体征平稳后 24h 对患者进行干预：（1）良肢位摆放：仰卧位的摆放：将 1 个软枕置于患者患侧骨盆下作为支撑，避免患者上抬或后缩盆骨；再将 1 个软枕置于患者膝盖下方作为支撑，避免患者屈曲膝盖。健侧卧位摆放：于患者胸前放置软枕，向上伸展患肢肢体的肘关节并于下方放置软枕；屈曲患者患侧下肢，并向前方伸展，并将 1 个软枕置于膝下，以确保髋关节处于内旋屈曲位，不可悬空足部。患侧卧位摆放：指导患者尽量向前伸患侧肩部，并与躯体夹角在 90° 以上，伸展患侧上肢的各个关节，并将软枕置于患者后背进行支撑，避免患者身体倾斜；指导患者患侧下肢在后、健侧下肢在前呈迈步姿势，并于健侧下肢下垫软枕进行支撑。每 2h 为变换 1 次患者的体位。（2）上下肢关节运动：指导患者依次进行内收和外展上肢肩关节、伸展和屈曲肘关节、屈曲和伸展腕关节和手指关节、单侧耸肩运动和 Bobath 握手训练等上肢关节运动，之后再指导患者进行髋关节和膝关节的伸展和屈曲训练。患者每次运动以 10–20min 为佳，每天进行 2 次运动，上述运动由被动运动循序渐进地向主动

运动过度。（3）功能训练：护理人员指导患者进行穿衣、进餐等日常功能的训练，待患者病情好转后，再根据患者的情况指导其进行站立平衡、转移及坐位训练，患者情况允许时指导患者进行爬楼梯训练。

1.3 观察指标

（1）神经功能情况，以美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）[4] 为工具，分别于护理前和护理后进行检测，最高分为 42 分，患者神经功能受损越严重则其评分越高。

（2）运动功能，以肢体运动功能 Fugel-Meyer 评定量表（FMA）[5] 为工具，分别于护理前和护理后进行检测，满分为 100 分，根据评分可将患者运动功能障碍情况分为无运动功能障碍（评分 =100 分）、轻度运动功能障碍（95 分≤评分≤ 99 分）、中度运动功能障碍（85 分≤评分≤ 95 分）、明显运动功能障碍（50 分≤评分≤ 84 分）和较严重运功功能障碍（评分＜ 50 分）。

1.4 统计学方法

数据处理工具：SPSS26.0 统计学软件。P ＜ 0.05 则表示有统计学意义。

2. 结果

2.1 神经功能情况

如表 1 中数据对比结果所示：两组患者护理后神经功能缺损评分均明显低于护理前（P ＜ 0.05）；护理后，观察组患者神经功能缺损评分较对照组评分低（P ＜ 0.05）。

表 1 对比神经功能情况（$\bar{x} \pm s$，分）

组别	护理前	护理后
对照组（n=40）	28.53 ± 5.29	23.64 ± 4.68 ①
观察组（n=40）	28.46 ± 5.35	21.32 ± 3.95 ①
t	0.059	2.396
P	0.953	0.019

注：与同组护理前相比，① P ＜ 0.05。

2.2 运动功能

如表 2 数据对比结果所示：两组患者护理后运动功能障碍情况均明显减轻（P ＜ 0.05）；且护理后，观察组患者运动功能障碍情况较对照组轻（P ＜ 0.05）。

表 2 对比运动功能 [n（%）]

组别		无运动功能障碍	轻度运动功能障碍	中度运动功能障碍	明显运动功能障碍	较严重运功功能障碍
对照组（n=40）	护理前	1（2.50%）	8（20.00%）	8（20.00%）	10（25.00%）	13（32.50%）
	护理后	3（7.50%）	10（25.00%）	11（27.50%）	12（30.00%）	4（10.00%）
观察组（n=40）	护理前	1（2.50%）	8（20.00%）	9（22.50%）	10（25.00%）	12（30.00%）
	护理后	7（17.50%）	13（32.50%）	12（30.00%）	7（17.50%）	1（2.50%）
z/P 对照组护理前后对比				2.051/0.040		
z/P 观察组护理前后对比				3.698/0.000		
z/P 组间护理后对比				2.143/0.033		

3. 讨论

老年缺血性脑卒中患者自身神经的可塑性有助于患者神经功能的恢复，在给予患者有效治疗的同时还需给予康复护理刺激中枢神经的可塑性，促使患者神经元的再生，对脑组织局部病灶进行重建和代偿，以改善患者的神经侧支循环，对患者的脑部功能进行改善，而康复护理介入的时机较为重要 [6]。

超早期康复训练是在患者疾病早期循序渐进地即给予高效合理的康复训练，有效改善了患者局部脑组织的血液循环，避免了神经细胞的凋亡，改善了患者的神经功能；同时超早期康复护理促进了患者机体神经递质的分泌，刺激了大脑皮层的相关神经元，促进神经侧支循环的建立和突触的再生，从而实现神经功能的重塑，改善了患者的肢体功能 [7]，故本次研究中，护理后，观察组患者神经功能缺损评分较对照组低、运动功能障碍情况较对照组轻。

综上所述，将超早期康复护理用于老年缺血性脑卒中患者中，不仅可以改善患者的神经功能缺损情况，还有助于患者运动功能障碍的改善，效果显著。

参考文献：

[1] 满慧静，孙明君，刘亚静，等．超早期康复训练联合穴位按摩后电针刺激对老年脑卒中偏瘫患者肢体功能及神经功能的影响 [J]. 现代中西医结合杂志 ,2024,33(8):1128-1132.

[2] 李林，谢海洋，秦延昆，等．超早期神经康复联合阿

替普酶对老年急性缺血性脑卒中患者神经功能、继发障碍及生活能力的影响 [J]. 老年医学与保健 ,2020,26(1):75–79.

[3] 董岩 , 谭丽双 , 刘峻 . 眼针联合超早期康复训练对急性脑卒中患者吞咽功能障碍与肢体功能恢复的影响 [J]. 针灸临床杂志 ,2021,37(5):9–13.

[4] 黄海侠 , 邹钒 , 吴卓丽 , 等 . 超早期运动康复对轻中度急性缺血性脑卒中患者功能结局及下肢运动能力的影响 [J]. 广西医学 ,2020,42(18):2349–2353.

[5] 吴运景 , 徐艳艳 , 郑靖慷 , 等 . 静脉溶栓联合早期康复干预对急性脑梗死患者运动功能恢复的影响 [J]. 中华物理医学与康复杂志 ,2021,43(4):355–356.

[6] 汤之梅 . 超早期康复护理对缺血性脑卒中患者肢体功能恢复及自护行为的影响 [J]. 国际护理学杂志 ,2020,39(12):2210–2213.

[7] 甘秀军 , 詹玲球 . 超早期康复护理干预对老年缺血性脑卒中患者肢体功能恢复和生活质量的影响 [J]. 吉林医学 ,2023,44(4):1134–1137.