

康复护理在老年脑卒中后轻度认知障碍患者中的应用分析

徐静 杨芳 张晓菊 陈玲 李翔^(通讯作者)

(宁夏回族自治区人民医院(宁夏医科大学附属医院) 宁夏银川 750000)

【摘要】目的 探讨康复护理对老年脑卒中后轻度认知障碍患者的干预效果。方法 选取2024年1月~2025年5月我院收治的200例老年脑卒中后轻度认知障碍患者为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组各100例。对照组行常规护理,观察组行常规护理+康复护理,比较两组护理效果。结果 观察组护理后的焦虑自评量表、抑郁自评量表得分分别为(33.63±3.23)分、(32.59±3.52)分,对照组分别为(40.64±3.79)分、(40.80±4.03)分,观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组护理后的蒙特利尔认知评估量表评分(25.82±1.96)分高于对照组(23.15±2.08)分,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组护理后的改良Barthel指数评分(82.15±3.63)分高于对照组(72.46±4.75)分,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组护理后的世界卫生组织生活质量测定量表评分(98.24±3.95)分高于对照组(88.05±5.61)分,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 对老年脑卒中后轻度认知障碍患者实施系统化康复护理,能有效改善其心理状态,提高认知功能,改善日常生活活动能力与生活质量。

【关键词】康复护理;老年;脑卒中;轻度认知障碍;应用效果

Analysis of the Application of Rehabilitation Nursing in Elderly Patients with Mild Cognitive Impairment After Stroke by

Xu Jing Yang Fang Zhang Xiaoju Chen Ling Li Xiang^(Corresponding Authors)

(People's Hospital of Ningxia Hui Autonomous Region (Affiliated to Ningxia Medical University), Yinchuan, Ningxia 750000)

[Abstract] Objective To investigate the intervention effect of rehabilitation nursing on elderly patients with mild cognitive impairment after stroke. Methods A total of 200 elderly patients with mild cognitive impairment after stroke admitted to our hospital from January 2024 to May 2025 were selected as the study subjects. They were randomly divided into an observation group and a control group of 100 cases each using a random number table. The control group received routine nursing, while the observation group received routine nursing plus rehabilitation nursing. The nursing outcomes of the two groups were compared. Results The scores of the Self-Rating Anxiety Scale (SRAAS) and Self-Rating Depression Scale (S-RADS) in the observation group after nursing care were (33.63±3.23) and (32.59±3.52) points, respectively, while those in the control group were (40.64±3.79) and (40.80±4.03) points, respectively. The scores in the observation group were lower than those in the control group, with a statistically significant difference ($P<0.05$). The Montreal Cognitive Assessment (MCA) score in the observation group after nursing care was (25.82±1.96) points, higher than that in the control group (23.15±2.08) points, with a statistically significant difference ($P<0.05$). The Modified Barthel Index (MBI) score in the observation group after nursing care was (82.15±3.63) points, higher than that in the control group (72.46±4.75) points, with a statistically significant difference ($P<0.05$). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Short Form score in the observation group after nursing care was (98.24±3.95) points, higher than that in the control group (88.05±5.61) points, with a statistically significant difference ($P<0.05$). Conclusion Systematic rehabilitation nursing for elderly patients with mild cognitive impairment after stroke can effectively improve their psychological status, enhance cognitive function, and improve their activities of daily living and quality of life.

[Key words] Rehabilitation nursing; elderly; stroke; mild cognitive impairment; application effect

脑卒中是导致老年人长期残疾和认知功能损害的主要原因之一,轻度认知障碍(Mild cognitive impairment, MCI)作为介于正常衰老与痴呆之间的过渡阶段,在脑卒中幸存者中具有较高的发生率,处于此阶段的患者虽日常生活能力得以保留,但其在记忆、执行功能、注意力或语言等单一或多个认知领域的损害已明显超出年龄匹配的正常水平,这不仅显著增加其发展为血管性痴呆的风险,更严重制约其康

复进程、治疗依从性及长期生活质量^[1]。当前,针对脑卒中后MCI的临床管理仍面临挑战。尽管常规的神经内科治疗与护理能够提供疾病管理的基础框架,但其干预重点多集中于躯体功能恢复与二级预防,对于认知功能的系统化评估与干预往往关注不足,缺乏结构化、多维度的综合管理策略。随着康复医学理念的不断深入,康复护理的核心已从传统的功能补偿转向促进功能重塑与最大程度的社会再适应。近年

来,整合认知训练、运动康复、心理调适及生活方式干预于一体的多模态康复方案,因其可能通过神经可塑性机制延缓认知衰退、改善整体功能,而成为该领域的研究热点。本研究选取 200 例老年脑卒中后 MCI 患者进行探讨,以期为临床制定高效、规范的护理实践路径提供实证依据,优化患者远期预后,报告如下。

1.对象与方法

1.1研究对象

便利取样法选取 2024 年 1 月~2025 年 5 月我院收治的 200 例老年脑卒中后 MCI 患者为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组,各 100 例。采用两独立样本均数比较公式 $n = (Z_{\alpha/2}^2 \times P(1-P)) / E^2$ 计算得出,研究过程中无病例脱落。纳入标准:①年龄 ≥ 60 岁;②符合脑卒中^[1]诊断标准;③处于卒中恢复期(发病后 2 周~6 个月);④蒙特利尔认知评估量表(MoCA)得分 18~26 分;⑤患者意识清楚,病情稳定,具备一定的沟通与配合能力;⑥签署知情同意书。排除标准:①既往有痴呆、精神疾病史;②合并严重心、肝、肾功能不全或其他终末期疾病者;③因失语、严重偏瘫等原因无法完成康复训练者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组行常规护理,保持病房环境清洁整齐,定期通风消毒;将常用生活物品(如水杯、眼镜、助行器)放置于患者易于取用的位置,在病房墙面悬挂清晰钟表和日历,帮助患者识别时间与日期,增强时间定向力;于床头护栏、卫生间门及洗手池旁粘贴醒目标识,提示使用注意事项;每日定时巡视,主动询问患者饮食、排泄、疼痛及其他需求并及时处理;待患者生命体征平稳后,鼓励其在病房内进行非系统性的活动,如床边坐起、扶床行走等,由护理人员协助完成。

1.2.2 观察组

观察组在常规护理的基础上行康复护理,干预前由康复医师、康复治疗师和护士组成团队,采用 MoCA、MBI 等工具进行个体化评估,制定针对性康复计划。康复护理方案每周执行 5 天,每天总计 2h,分上午、下午各 1h 进行,由固定责任护士一对一指导并记录完成情况。家属经培训后参与家庭康复,每周电话随访 1 次,确保方案依从性。资料收集由不知分组情况的专职护士在干预前、干预 8 周后分别进行,所有量表统一指导语,当场回收。

①康复锻炼原则:制定每日康复训练计划,住院期间由责任护士一对一指导完成,出院后由经培训的家属监督执行。训练遵循循序渐进原则,从基础动作开始,逐步过渡到复杂任务。每次训练前明确目标,过程中给予语言鼓励与正向反馈,提升患者参与意愿。训练内容涵盖视听觉刺激、日

常生活模拟、实物操作、信息传递与语言交流等多维度任务。对集体训练中注意力不集中或理解困难者,改为单独训练,调整难度与节奏。指导家属掌握训练方法,确保居家康复的连续性。②认知功能训练:a. 记忆力训练:选用数字序列、常见图片、汉字或实物(如钥匙、杯子)进行记忆复述练习,起始数量为 3 项,随能力提升逐步增加。采用重复强化方式,每日上午、下午各进行一次,每次持续 30 分钟。b. 注意力与协调性训练:安排填色图、捡拾豆类、搓揉纸团、折叠纸张等手工操作活动,要求双手配合完成,每次操作时间 20 分钟,每日 1 次,内容根据患者兴趣定期更换。c. 逻辑思维训练:进行读写句子、听语指图(根据口令指出对应图片)、语句复述等练习,指导患者对日常物品(如衣物、餐具)进行分类,并口述分类依据,每次 20 分钟,每日 1 次。d. 计算力训练:从简单加减法(如购物找零)开始,结合拼图、扑克牌数字游戏等方式进行练习,每次 20 分钟,每日 1 次。e. 感知障碍训练:针对失认症患者,实施触觉命名训练(触摸物品后说出名称)和图片识别练习;针对半侧空间忽略者,将日常用品置于患侧视野范围内,要求其主动取用,交流时指导家属或护理人员立于患侧,引导患者向患侧转头注视。③生活能力训练:a. 穿衣训练:制定固定穿衣顺序,使用颜色标记或标签区分衣物前后,选择松紧带裤腰、前开式上衣等便于穿脱的款式,每日训练 2 次,每次 10 分钟。b. 如厕训练:按固定时间引导患者如厕,优先使用坐式马桶,厕所门上方设置醒目标识,帮助识别位置,逐步建立定时排便习惯。c. 转移训练:选用合适尺寸轮椅,与病床呈 $30^\circ - 45^\circ$ 角放置于患者健侧,训练时护理人员位于患侧提供支撑,指导患者利用健侧肢体发力完成转移,每日训练 4 次。d. 上下楼梯训练:上下楼梯时紧握扶手,上楼时健侧下肢先迈上台阶,患侧跟随;下楼时患侧先下,健侧随后,全程由护理人员陪护,每日练习 2 次,每次 20 分钟。e. 清洁训练:指导患者使用健侧手配合辅助工具(如防滑垫、牙刷固定架)完成拧毛巾、挤牙膏等动作,必要时用口辅助固定牙刷,每日练习 2 次,逐步提高自理能力。

两组干预时间均为 4 周。

1.3 研究工具

①焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)^[3]:共 20 个项目,按 1~4 级评分(1="没有或很少时间",4="绝大部分或全部时间");单维度,评估焦虑症状;信效度为 Cronbach's α 为 0.85,原始总分 20~80 分,总分 ≥ 50 分表示存在焦虑症状,分数越高表示焦虑程度越严重。

②抑郁自评量表(Self-Rating Depression Scale, SDS)^[4]:共 20 个项目,按 1~4 级评分(1="没有或很少时间",4="绝大部分或全部时间")。单维度,评估抑郁症状,信效度为 Cronbach's α 为 0.87,原始总分 20~80 分,总分 ≥ 53 分表示存在抑郁症状,分数越高表示抑郁程度越严重。

③蒙特利尔认知评估量表 (Montreal Cognitive Assessment, MoCA)^[5], 包括视空间与执行功能、命名、记忆、注意、语言、抽象思维、延迟回忆、定向等8个维度, 共30分。信效度为 Cronbach's α 为 0.81, 总分 0-30 分, ≥ 26 分正常, 分数越低表示认知障碍越严重。

④改良 Barthel 指数 (Modified Barthel Index, MBI)^[6], 包括进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、如厕、床椅转移、行走、上下楼梯等 10 项, 每项按依赖程度评分, 评估日常生活活动能力。信效度为 Cronbach's α 为 0.88, 总分 0-100 分, 分数越高表示独立性越强, 日常生活活动能力越好。

⑤世界卫生组织生活质量测定量表简表 (World Health Organization Quality of Life-BREF, WHOQOL-BREF)^[7], 共 26 个项目, 涵盖生理健康、心理状态、社会关系和环境 4 个领域, 每项按 1-5 级评分; 4 个领域, 包括生理、心理、社会关系和环境。信效度为 Cronbach's α 为 0.82, 原始总分 26-130 分, 常转换为 0-100 分, 分数越高表示生活质

量越好。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 23.0 进行数据分析。计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用两独立样本 t 检验, 多组间比较用方差分析; 计数资料以率和百分比表示, 组间比较采用卡方检验; 双侧统计检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

两组患者基线资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 有可比性。见表 1。

2.2 干预后观察组和对照组 SAS、SDS 评分比较

观察组护理后的 SAS、SDS 评分分别为 (33.63 ± 3.23) 分、(32.59 ± 3.52) 分, 对照组分别为 (40.64 ± 3.79) 分、(40.80 ± 4.03) 分, 观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 2。

表 1 两组患者基线资料比较 ($\bar{x} \pm s$) [n (%)]

组别	年龄 (岁)	性别 (男/女)	病程 (月)	卒中类型 (缺血/出血)
观察组 (n=100)	71.25 \pm 2.56	58/42	3.52 \pm 1.03	75/25
对照组 (n=100)	71.60 \pm 2.87	61/39	3.48 \pm 1.11	78/22
t/ χ^2 值	0.910	0.187	0.264	0.250
P 值	0.364	0.666	0.792	0.617

表 2 干预后观察组和对照组 SAS、SDS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	SAS		SDS	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=100)	49.02 \pm 3.96	33.63 \pm 3.23	49.15 \pm 3.98	32.59 \pm 3.52
对照组 (n=100)	49.21 \pm 3.93	40.64 \pm 3.79	48.90 \pm 3.96	40.80 \pm 4.03
t 值	0.340	14.077	0.445	15.343
P 值	0.734	< 0.001	0.657	< 0.001

2.2 干预后观察组和对照组 MoCA 评分比较

观察组护理后的 MoCA 评分 (25.82 ± 1.96) 分高于对照组 (23.15 ± 2.08) 分, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3 干预后观察组和对照组 MoCA 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	护理前	护理后
观察组 (n=100)	21.45 \pm 2.13	25.82 \pm 1.96
对照组 (n=100)	21.28 \pm 2.27	23.15 \pm 2.08
t 值	0.546	9.342
P 值	0.586	< 0.001

2.3 干预后观察组和对照组 MBI 评分比较

观察组护理后的 MBI 评分 (82.15 ± 3.63) 分高于对照组 (72.46 ± 4.75) 分, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 4。

表 4 干预后观察组和对照组 MBI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	护理前	护理后
观察组 (n=100)	62.34 \pm 4.91	82.15 \pm 3.63
对照组 (n=100)	61.87 \pm 4.25	72.46 \pm 4.75
t 值	0.724	16.209
P 值	0.470	< 0.001

2.4 干预后观察组和对照组 WHOQOL-BREF 评分比较

观察组护理后的 WHOQOL-BREF 评分 (98.24 ± 3.95) 分高于对照组 (88.05 ± 5.61) 分, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 5。

表 5 干预后观察组和对照组 WHOQOL-BREF 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	护理前	护理后
观察组 (n=100)	70.22 \pm 3.49	98.24 \pm 3.95
对照组 (n=100)	70.25 \pm 3.52	88.05 \pm 5.61

t 值	0.061	14.852
P 值	0.952	< 0.001

3.讨论

脑卒中后 MCI 的病理基础为脑血管事件所致的脑组织缺血、缺氧或出血性损伤,继发神经炎症、氧化应激及神经网络连接中断等病理生理改变,这些改变不仅损伤前额叶、海马、丘脑及白质纤维束等认知相关脑区,亦破坏大脑功能整合的动态平衡^[8]。患者表现为记忆力减退、思维迟缓、执行功能下降等核心认知障碍,进而影响新技能学习、康复指令理解及自我健康管理能力,严重制约运动功能与日常生活能力的恢复,所以早期识别与积极干预脑卒中后 MCI 对提升康复效果及维持长期生活质量至关重要。

观察组护理后的 SAS、SDS 评分低于对照组 ($P < 0.05$),与栗江霞^[9]研究结果一致。康复护理通过增强掌控感与成就感减轻了患者的焦虑与抑郁情绪,规律的训练安排提供了稳定的生活节律,正向反馈和目标达成提升了自我效能;认知与功能的逐步改善增强了患者对恢复的信心,家属的参与和支持进一步强化了社会支持感,有效缓解了因功能障碍带来的无助与孤独,有效改善整体心理状态。观察组护理后的 MoCA 评分高于对照组 ($P < 0.05$),与陈洪琳^[10]研究结果一致。多维度认知训练通过神经可塑性机制促进脑功能重组,针对性的记忆、注意力、逻辑思维等练习可激活相关脑区网

络连接,强化信息处理能力;重复性任务训练巩固了神经通路,延缓了认知衰退进程,感知障碍训练有助于纠正脑损伤后的信息整合偏差,持续的刺激输入为大脑提供了修复与代偿的机会,有效改善认知功能。观察组护理后的 MBI 和 WHOQOL-BREF 评分高于对照组 ($P < 0.05$)。生活能力训练与认知康复协同作用,直接提升了患者的自理水平。通过任务分解与反复练习,患者逐步恢复穿衣、如厕、转移等基本生活技能,减少了对他人的依赖;功能改善与心理状态优化共同增强了社会参与意愿,当患者能独立完成日常活动并感受到生活自主性时,其对生活质量的主观评价随之提高。但是与李袁豪等^[11]侧重于作业疗法对执行能力的干预相比,本研究采用的康复护理方案更注重多维度的认知与生活能力整合训练,体现出更强的综合性和实操性。可能的影响因素包括个体差异,如基线认知水平、卒中部位和病程,可能影响康复响应速度;家庭支持程度,家属参与的积极性与一致性对居家康复的持续性具有重要影响;康复训练的个体化适配程度,是否根据患者认知缺损特点进行动态调整也会影响最终效果。

4.小结

综上所述,对老年脑卒中后 MCI 患者实施康复护理,能有效改善其心理状态,提高认知功能,提升日常生活活动能力与生活质量。

参考文献:

- [1]方晨晨,韩冰,朱永磊,等."填精益智"针刺法治疗轻度脑卒中后认知功能障碍的疗效及对血清同型半胱氨酸的影响[J].安徽中医药大学学报,2024,43(2):53-56.
- [2]中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[J].中国全科医学,2011,14(35):4013-4017.
- [3]Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders[J].Psychosomatics, 1971, 12(6):371-379.
- [4]汪向东,王希林,马弘,等.心理卫生评定量表手册[M].北京:中国心理卫生杂志社.1999:194-196.
- [5]张立秀,刘雪琴.蒙特利尔认知评估量表中文版的信效度研究[J].护理研究(上旬版),2007(11):2906-2907.
- [6]王金龙.康复功能评定学[M].北京:人民卫生出版社,2008,368-461.
- [7]戴晓阳.常用心理评估量表手册[J].北京:人民军医出版 2011:85.
- [8]李利东,潘杰.岭南头皮针结合认知训练治疗脑卒中后轻度认知功能障碍的临床效果[J].中国老年学杂志,2023,43(9):2073-2076
- [9]栗江霞,修琳,崔永菁,等.综合康复训练对脑卒中后轻度认知障碍病人认知功能的影响[J].护理研究,2024,38(4):746-749.
- [10]陈洪琳,关放.针刺联合认知康复训练干预脑卒中后轻度认知功能障碍的临床效果[J].中西医结合心脑血管病杂志,2023,21(2):361-363.
- [11]李袁豪,吉洁.作业疗法对老年脑卒中后抑郁伴轻度认知障碍患者精神状态及执行能力的疗效分析[J].老年医学与保健,2024,30(5):1325-1328.

第一作者:徐静,(1982-),女,本科,主管护师,研究方向:老年护理学;

通讯作者:李翔,本科,主管护师。