

本文引用:胡蓉,邓凯文,陈青,胡海平,许时来,余兆安.超早期康复护理在高血压脑出血患者术后应用的效果观察[J].湖南中医药大学学报,2022,42(9):1530-1535.

超早期康复护理在高血压脑出血患者术后应用的效果观察

胡蓉^{1,2},邓凯文^{1*},陈青^{1,2},胡海平¹,许时来¹,余兆安¹

(1.湖南中医药大学第一附属医院,湖南长沙410007;2.湖南中医药大学,湖南长沙410208)

〔摘要〕目的 分析高血压脑出血术后患者应用超早期康复护理(即评估患者病情稳定后,术后48 h内实施超早期康复护理)对神经功能、肢体功能、生活质量及并发症发生率的影响。**方法** 选取100例符合纳入标准的高血压脑出血术后患者,随机均分为对照组和观察组各50例。对照组予常规护理,观察组在对照组的基础上分析术后早期护理需求并应用超早期康复护理干预。对干预前、干预后第1、3、6个月以神经缺损功能量表(NIHSS)评定神经功能,以Fugl-Meyer运动功能评定量表(FMA)评定肢体功能,以脑卒中专用生活质量量表(SS-QOL)评定生活质量,并比较两组并发症发生情况。**结果** 干预后观察组的NIHSS评分、并发症发生率均明显低于对照组($P<0.05$),FMA评分、SS-QOL评分均明显高于对照组($P<0.05$)。**结论** 实施超早期康复护理干预能够明显改善高血压脑出血术后患者神经功能和肢体运动能力,提升患者生活质量和护理质量,预防并发症,具有推广价值。

〔关键词〕 高血压脑出血;超早期康复护理;神经功能;肢体功能;生活质量;并发症

〔中图分类号〕 R259;R277.7

〔文献标志码〕 B

〔文章编号〕 doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2022.09.018

Observing the effects of ultra-early rehabilitation nursing on the postoperative patients with hypertensive intracerebral hemorrhage

HU Rong^{1,2}, DENG Kaiwen^{1*}, CHEN Qing^{1,2}, HU Haiping¹, XU Shilai¹, YU Zhaoan¹

(1. The First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China;

2. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China)

〔Abstract〕 Objective To analyze the effects of ultra-early rehabilitation nursing on neurological function, limb function, quality of life and incidence of complications in patients with hypertensive intracerebral hemorrhage after the evaluation of stability within 48 h after operation. **Methods** A total of 100 postoperative patients with hypertensive intracerebral hemorrhage who met the inclusion criteria were randomly divided into the control group and observation group, with 50 cases in each group. The control group were given routine nursing, while for the observation group, the nursing needs after operation were analyzed and the ultra-early rehabilitation nursing intervention were applied besides the intervention of the control group. Before and after intervention (1 month, 3 months, 6 months after operation), the neurological function was assessed by national institutes of health stroke scale (NIHSS). The limb function was assessed by Fugl-Meyer assessment (FMA). The quality of life was assessed by stroke specific quality of life scale (SS-QOL). The complications of the two groups were compared and statistically analyzed. **Results** After intervention, the NIHSS score and complication rate of the observation group were significantly lower than those of the control group ($P<0.05$), and the FMA score and SS-QOL score were significantly higher than those of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The implementation of ultra-early rehabilitation nursing intervention deserves to be promoted since it can significantly improve the neurological function and limb movements of patients with hypertensive intracerebral hemorrhage after surgery, elevate the life quality of patients and the nursing services quality, and reduce the occurrence of complications.

〔Keywords〕 hypertensive intracerebral hemorrhage; ultra-early rehabilitation nursing; neurological function; limb function; quality of life; complications

〔收稿日期〕 2022-04-19

〔基金项目〕 国家自然科学基金面上项目(81874507);湖南中医药大学第一附属医院湖南省院士专家工作站(石学敏)开放基金(2019YSZJJ06)。

〔第一作者〕 胡蓉,女,护师,本科,研究方向:中西医结合临床护理。

〔通信作者〕 * 邓凯文,女,副主任医师,E-mail:940360299@qq.com。

脑出血是原发性高血压的严重并发症之一,在所有脑卒中疾病中占比为20%~30%,其临床常见症状主要为行为障碍、语言障碍和意识障碍等。该病多以突然发作为特征,且病情进展迅速,在未得到有效治疗时,往往具有发病率高、死亡率高、致残率高、复发率高以及并发症多的“四高一多”特点,致使患者神经中枢出现不可逆性损伤,严重影响身心健康水平^[1]。手术治疗是针对该病的主要治疗方法,通过清除患者颅内血肿,降低颅内高压,抑制病情进展,疗效明显^[2],但致残率仍居高不下,同时患者容易遗留不同程度的生理、心理和神经功能障碍,如偏瘫、表达性语言障碍等^[3]。因此,强化脑出血患者的临床护理措施,采取积极有效的康复治疗策略,提高康复速度和质量是手术治疗后的护理重点。

国内各指南指出,在脑出血患者术后能耐受的情况下,如有可能尽早开始适合和安全性好的康复治疗^[4]。既往认为脑出血发病半年内的康复训练均为早期康复,发病后3个月内是“黄金”康复期,4~6个月是“有效”康复期,尤以发病后第1个月在卒中单元进行的康复疗效最为显著^[5]。王天舒等^[6]研究中表明,待高血压脑出血患者生命体征稳定后、意识清晰且症状不再继续恶化后便给予超早期康复训练,对改善患者的运动功能以及提升生活质量都起到积极的促进作用。本次研究以高血压脑出血术后患者为对象,在术后48 h内评估患者病情稳定不再继续进展情况下,进一步分析其术后早期护理需求,实施一系列针对性干预措施,予个性化护理,取得了较好的临床效果,报道如下。

1 临床资料

选取湖南中医药大学第一附属医院神经外科ICU病房中,2019年5月至2021年5月期间收入的100例高血压脑出血术后患者,随机分为对照组50例和观察组50例,患者转归流向为ICU治疗后转入专科普通病房,后续再转科至康复病房。两

组患者在性别、年龄、BMI指数、偏瘫部位等一般资料对比无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。本研究经湖南中医药大学第一附属医院伦理委员会审批通过(伦理审批号:HN-LL-LW-2022-016)。

1.1 纳入标准

西医诊断发病前有明确高血压病史,与原发高血压诊断标准相符^[7];出现脑出血现象,参考《高血压性脑出血中国多学科诊治指南》^[8]。同时符合国家中医药管理局于1995年公布实施的中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》之出血性中风病分型标准^[9]。均于发病24 h内入院,采取手术治疗;既往无精神障碍性疾病,心智正常,各项生命体征平稳,配合度高者;家属知晓并同意参与本次研究的患者。

1.2 排除标准

先天性智能障碍;合并严重的精神障碍、认知功能障碍或既往有运动功能障碍者;其他出血性疾病,凝血功能障碍;严重躯体性疾病,合并类风湿、外伤骨折、恶性肿瘤等严重影响肢体功能患者。

1.3 剔除与脱落标准及处理

研究过程中患者突发呼吸、心搏骤停不能继续者;提前转院、出院、放弃治疗者。经分析,本次研究中无病例脱落。

2 护理方法

2.1 对照组

2.1.1 基础护理 持续监测生命体征、心电图及血氧饱和度等;持续颅内压监测7 d,动态评估意识状况、瞳孔大小及肢体活动情况;及时清理呼吸道,防止舌根后坠,保持呼吸道通畅;保持皮肤清洁,预防压疮;遵医嘱予饮食护理等。

2.1.2 管道护理 明确标识严防差错,妥善固定,保持通畅性,严格无菌操作预防感染,观察局部皮肤情况,记录引流液的颜色、性状、量,每日评估是否符合拔管指征、把控留置时间。

表1 两组患者一般资料比较[n(%), $\bar{x}\pm s$]

组别	例数	性别		BMI指数		偏瘫部位		年龄(岁)
		女性	男性	≤25	>25	左	右	
观察组	50	23(46.00)	24(54.00)	12(24.00)	38(76.00)	20(40.00)	30(60.00)	68.76±6.13
对照组	50	27(48.00)	26(52.00)	11(22.00)	39(78.00)	21(42.00)	29(58.00)	68.35±6.89
t值		0.040		0.056		0.041		0.314
P值		0.841		0.812		0.839		0.754

2.1.3 康复护理 患者48 h内给予常规护理,不做超早期康复护理介入。患者于术后48 h后进行康复训练,介入时机选择为患者生命体征平稳无过大波动变异时,原则上根据患者需求及耐受程度循序渐进,逐项逐步开展^[10]。康复护理内容包括以下措施 (1)良肢位摆放:患者卧床期间应用适宜体位垫,使偏瘫后的关节相对稳固,确保偏瘫的肌肉韧带处于功能位;指导并协助患者间断更换体位,采取仰卧位、健侧卧位、患侧卧位交替改变的方式,养成每2 h翻身1次的习惯。(2)被动活动训练:对患侧上肢关节(肘关节、腕关节和指关节)以及下肢关节(膝关节、踝关节和趾关节)尽早开展伸、屈等被动活动,每个关节的活动时间控制在5~10 min,训练频率为每日2次。患者病情进一步趋于稳定后,开展开肩关节和髋关节活动。根据患者活动能力进行,由被动渐进为主动展开肌力训练,方式有:抓握训练;强化踝泵运动(踝关节用力,缓慢进行全范围的跖屈、背伸、绕环运动);患侧肢体进行伸、屈、内旋、外展活动;腰背肌功能锻炼(五点支撑法)。(3)平衡训练:患者体力有所恢复后开始渐进性抗阻肌力训练、坐位平衡训练、上肢训练动作(抬高和前抬等)、下肢训练动作(站立、踏步和移步床旁)。患者肌力达到3级以上后,进行单腿站立平衡及正常步态训练,训练时长5~10 min/次,2次/d。训练进行时确保周围环境安全,有专人陪护在侧,如遇患者不适表现立即停止。(4)吞咽训练:患者神志进行性转清或清醒时,以洼田饮水试验评定患者吞咽障碍程度,协助患者取侧卧位,抬高床头15°~30°,用注射器从健侧口角注入少量温水,刺激吞咽反射。(5)言语功能训练:从患者熟悉的日常事物开始,将一对一训练和自主训练等方式联系在一起,引导患者就发音和口型展开模仿,令患者多发音、多表达和多练习;可选取图文并茂的方式,或反复为患者播放字词录音,加强视觉和听觉刺激。

2.2 观察组

2.2.1 超早期康复护理实行条件 符合《中国脑血管病临床管理指南》——脑出血临床管理推荐意见^[11]:血压控制收缩压130~160 mmHg,血糖7.8~10.0 mmol/L,心率60~100次/min,颅内压监测:ICP值5~20 mmHg,大脑存在可塑性,生理功能存在重组性,病情状态稳定不再继续进展。

2.2.2 护理方法 48 h内即开始超早期康复护理干预,接受“2.1.3”项下康复护理训练,并联合中医特色护理 (1)循经按摩:按经脉流注方向,以滚法、揉法、拿法等手法推拿,力量适中,逐渐增加刺激量,以患者有酸、麻、胀、微痛感且皮肤出现红晕为度。患者软瘫时注重恢复肌力,操作点击手厥阴心包经、足阳明胃经。硬瘫时注重剥离关节周围的筋结,滑利关节。另于患者大腿根部顺沿股四头肌,经由膝关节、小腿外侧,一直到足背进行按摩,每次时间为15 min,1次/d。(2)手指点穴:在经脉的特定穴部位进行手指重点按法、点法。头部取穴:头维、百会、四神聪、印堂、风池;躯干部取穴:气海、关元等;上肢重点取穴:手三里、内关、天府、肩髃、合谷、外关和曲泽;下肢重点取穴:足三里、昆仑、环跳、委中、太冲和血海。(3)情志护理:遵循《内经》提出的异常情志引起气机紊乱原理实施心理疏导。对于平素性情急躁,善怒易生气的患者,避免不良声光刺激、予播放正念舒缓音乐等以控制愤怒情绪,预防肝火生成。对于思虑过度导致的忧愁不解、意志消沉患者及时进行健康宣教,鼓励患者保持情绪条达,促使患者忘思虑、解忧愁、消郁结,达到治疗目的。

其余护理方法同对照组并由康复科治疗师全程跟进护理人员展开各项操作。

2.3 观察指标

2.3.1 评估神经功能改善情况 使用美国国立卫生研究院神经缺损功能量表(NIHSS)对两组患者干预前及干预后第1、3、6个月的神经功能进行评分,评分范围为0~42分,分数越高,代表患者神经缺损情况越严重^[12]。0~1分:正常或接近正常;1~4分:轻度/小卒中;5~15分:中度卒中;15~20分:中-重度卒中;21~42分:重度卒中。

2.3.2 评估运动功能改善情况 采用Fugl-Meyer运动功能评定量表(FMA)对两组患者干预前及干预后第1、3、6个月的肢体功能进行评定。评分包括上肢33项,下肢17项,每项2分,总分100分。得分越高,说明运动功能恢复越好,FMA评分与运动功能成正比。I级:FMA<50分,为严重运动障碍;II级:50分≤FMA≤84分,为明显运动障碍;III级:85分≤FMA≤95分,为中度运动障碍;IV级:96分≤FMA≤99分,为轻度运动障碍^[13]。

升,其具有持续性,出现疼痛感,关节僵硬,程度严重者有可能出现永久性关节挛缩,对其日常生活自理能力和运动功能产生严重影响。

中医推崇的“治未病”思想包括“未病先防、既病防变、瘥后防复”3个方面,对应着疾病的预防、治疗、康复3个阶段,对疾病的发生、发展、转归及预后具有重要的临床指导意义。但在临床实践中,这3个阶段是密不可分的,体现医者要能够预测疾病的发展顺逆传变的规律,及时阻断疾病的加重或转变,临床中应灵活应用,以力求提升患者健康水平。

4.1 超早期康复护理能够改善神经功能

常规康复护理在术后48 h后进行,而早期实施科学有效疗法被忽视,延误各项功能最佳恢复时期,且容易引发肌肉萎缩、关节僵硬等症状,为后期实施综合性康复带来阻碍,疾病恢复慢。基于此,遵循患者机体发展规律,分析病情,制订针对性的科学干预方案,以帮助患者快速康复。超早期康复护理,即在患者生命体征稳定后,掌握颅脑神经组织可塑性的基础上,通过科学规范的康复训练,恢复和重新连接受损神经元,并使其可塑化,从而加强神经组织功能,推进生理功能康复,改善患者预后^[16]。

本次研究表明,观察组采取超早期护理干预后第1、3、6个月的NIHSS评分均明显低于对照组($P<0.05$),偏瘫患者依据中枢神经系统的可塑性进行超早期康复训练,促进新突触的形成,刺激细胞的修复和再生。患肢反复活动可刺激大脑皮质,促进反射功能恢复,缩短意识、语言、运动功能恢复时间。此外,与神经补偿相结合,可修复和再生一些受损的组织、细胞和神经元,缓解中枢神经系统微循环长期受损造成的缺氧与缺血,促进细胞功能恢复,最终完成无损伤区域的功能重建^[17]。

4.2 超早期康复护理能够改善运动功能

观察组干预后第1、3、6个月的FMA评分均明显高于对照组($P<0.05$),表明实施超早期康复护理,安全有效,且随着时间延长,患者的运动能力呈持续性良性改变,为后期延续综合性康复开展奠定良好基础,降低困难程度,减轻患者痛苦,促使患者尽快恢复。将中医特色技术渗透进该病护理中,采

取手指点穴、循经按摩等疗法,能够起到疏经通络、定志开窍安神、祛风利节、健脾理气、扶正培元等功效,对增强肢体功能有积极意义^[18-19]。

4.3 超早期康复护理能够提升生活质量

本次研究表明,观察组干预后第1、3、6个月的SS-QOL评分均明显高于对照组($P<0.05$),表明为患者提供超早期康复护理,强化健康宣教,可加深对疾病的认知,解决知识缺乏引发的焦虑问题,帮助适应病后状态;强化心理护理,及时发现患者存在的负性情绪,采取针对性疏导,及时消除各项不良心理,提高治疗依从性;充分调动患者的主观能动性,树立其战胜疾病的信心,推动术后康复顺利进行,促使患者机体功能和心理功能恢复,提升干预效果。

4.4 超早期康复护理能够降低并发症发生

马菲韩等研究指出,越早期的康复训练介入其治疗效果越明显^[20]。另有研究表明,ICU中经常遇到固定不动导致患者并发症发生,ICU超早期康复锻炼引起更早和更程度的活动,已被证实可以减少与危重病相关的并发症,而不增加神经外科并发症;通过早期康复,脑血管痉挛可得到缓解,临床严重性血管痉挛风险降低30%^[21]。

本次研究表明,观察组的并发症发生率明显低于对照组($P<0.05$),说明高血压脑出血患者术后48 h内应用超早期康复护理能够及时发现患者出现的异常现象,并采取针对性护理措施,为患者提供全面化、精细化的临床护理服务,有效预防患者出现关节僵硬和肢体萎缩等并发症,具有预见性和前瞻性;同时可有效预防患者在长期卧床情况下出现压疮和肺部感染等并发症,缩短实际康复时间,提高患者满意度的同时,提升护理质量。这一结论和刘秀华等的研究一致,其以高血压脑出血78例为研究对象,一组实施常规治疗护理,抑郁并发症发生率为82.14%;另一组实施早期康复护理干预,并发症发生率为21.74%^[22]。表明采取超早期康复护理,并融入中医护理理念,应用综合性医护措施,可改善患者身心健康,有助于促使患者康复。

综上所述,分析高血压脑出血术后患者护理需求并实施超早期康复护理能够显著改善患者神经功能、肢体功能,提升患者生活质量,减少并发症,优化护理服务质量,安全性高,具有推广价值。

参考文献

- [1] 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.中国脑出血诊治指南(2019)[J].中华神经科杂志,2019,52(12):994-1005.
- [2] KALARIA R N. Cerebrovascular disease and mechanisms of cognitive impairment: evidence from clinicopathological studies in humans[J]. Stroke, 2012, 43(9): 2526-2534.
- [3] SOUSTIEL J F, SVIRI G E, MAHAMID E, et al. Cerebral blood flow and metabolism following decompressive craniectomy for control of increased intracranial pressure[J]. Neurosurgery, 2010, 67: 65-72.
- [4] 张通,赵军.中国脑卒中早期康复治疗指南[J].中华神经科杂志,2017,50(6):405-412.
- [5] 中华医学会神经外科学分会,中国医师协会急诊医师分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组,等.高血压性脑出血中国多学科诊治指南[J].中华神经外科杂志,2020,36(8):757-770.
- [6] 王天舒,谢玉环,相艳艳,等.高血压脑出血术后早期康复训练介入的疗效观察[J].安徽医药,2016,20(9):1797-1800.
- [7] 陈红梅.超早期康复护理对高血压脑出血病人预后的影响[J].安徽医药,2019,23(9):1789-1792.
- [8] 中国高血压防治指南修订委员会,高血压联盟(中国),中华医学会心血管病学分会,等.中国高血压防治指南(2018年修订版)[J].中国心血管杂志,2019,24(1):24-56.
- [9] 中风的诊断依据、证候分类、疗效评定:中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(10):16.
- [10] 张通,赵军,白玉龙,等.中国脑血管病临床管理指南(节选版):卒中康复管理[J].中国卒中杂志,2019,14(8):823-831.
- [11] 曹勇,张谦,于洮,等.中国脑血管病临床管理指南(节选版):脑出血临床管理[J].中国卒中杂志,2019,14(8):809-813.
- [12] OLIVATO S, NIZZOLI S, CAVAZZUTI M, et al. e-NIHSS: an expanded national institutes of health stroke scale weighted for anterior and posterior circulation strokes[J]. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 2016, 25(12): 2953-2957.
- [13] SULLIVAN K J, TILSON J K, CEN S Y, et al. Fugl-Meyer assessment of sensorimotor function after stroke: standardized training procedure for clinical practice and clinical trials[J]. Stroke, 2011, 42(2): 427-432.
- [14] PEDERSEN S G, HEIBERG G A, NIELSEN J F, et al. Validity, reliability and Norwegian adaptation of the Stroke-Specific Quality of Life (SS-QOL) scale[J]. SAGE Open Medicine, 2018, 6: 2050312117752031.
- [15] 国家心血管病中心.《中国心血管健康与疾病报告》2020[J].心血管病杂志,2021,40(10):1005-1009.
- [16] HU L J, LIU G W. Effects of early rehabilitation nursing on neurological functions and quality of life of patients with ischemic stroke hemiplegia[J]. American Journal of Translational Research, 2021, 13(4): 3811-3818.
- [17] 朱国行,胡永善,吴毅,等.规范的三级康复治疗对急性脑卒中偏瘫患者神经功能恢复的影响[J].中华医学杂志,2004,84(23):252-253.
- [18] 游俊莉,陈钢妹,胡平浪,等.中西医结合护理干预措施在高血压脑出血患者中的应用效果及预后分析[J].辽宁中医杂志,2015,42(10):1984-1986.
- [19] 周军华.中医特色护理对高血压脑出血患者术后康复的影响[J].智慧健康,2021,7(18):127-129,132.
- [20] 马菲韩.高血压脑出血开颅术后患者康复训练介入时机的选择研究[J].实用临床医药杂志,2016,20(8):152-153.
- [21] KARIC T, RØE C, NORDENMARK T H, et al. Effect of early mobilization and rehabilitation on complications in aneurysmal subarachnoid hemorrhage[J]. Journal of Neurosurgery, 2017, 126(2): 518-526.
- [22] LIU X H, ZHANG P, GUO C H, et al. Effect of rehabilitation therapy and nursing intervention on postoperative recovery of patients with hypertensive intracerebral hemorrhage[J]. Experimental and Therapeutic Medicine, 2019, 17(6): 4598-4604.

(本文编辑 李路丹)