

# 三级康复治疗改善脑卒中偏瘫患者综合功能的临床效果探讨

涂瀛瀛

黄石市第二医院，湖北黄石，435000；

**摘要：**目的：以脑卒中偏瘫患者为例，探讨三级康复治疗的实际应用效果。方法：研究对象为我院试验节点（2024.04-2025.04）接收的脑卒中偏瘫患者，整理基础资料并随机分为参照组、探究组，前者采取常规治疗，后者在其基础上增加三级康复治疗，每组纳入33例研究样本，对比康复效果、综合功能及生活质量。结果：相较于参照组而言，探究组三级康复治疗总有效率高达96.97%，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；探究组步行能力、肢体运动功能、平衡功能、神经功能改善幅度显著高于参照组（ $P<0.05$ ）；探究组生活质量评分高于参照组（ $P<0.05$ ）。结论：根据脑卒中偏瘫患者的个体差异开展三级康复治疗干预，有助于提高患病群体的综合功能，优化生活品质，整体疗效确切。

**关键词：**三级康复治疗；脑卒中；偏瘫；综合功能；生活质量

**DOI：**10.69979/3029-2808.25.02.055

脑卒中是以高发病率、高致残率、高死亡率为特征的心脑血管疾病，常因大脑运动传导通路受损、神经细胞损伤和死亡和大脑功能重组障碍等因素诱发偏瘫，表现为肢体运动障碍、感觉障碍、反射异常等，严重困扰患病群体的日常生活<sup>[1]</sup>。临床主张在药物治疗基础上开展康复治疗，既往多以推拿、按摩、针刺等干预途径为主，整体康复治疗效果有限。为此，如何改善脑卒中偏瘫患者综合功能已成为神经科重点关注课题。三级康复治疗是针对脑血管疾病的系统康复模式，重在提高患病群体的日常生活能力，帮助其最大程度回归社会，全程注重个性化、综合性特点，现被广泛应用于临床<sup>[2]</sup>。鉴于此，笔者选取若干脑卒中偏瘫患者为研究对象，旨在探讨三级康复治疗的实践价值，现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本次研究对象为2024.04-2025.04收纳的66例脑卒中偏瘫患者，整理相关资料并随机分组，相关资料如下：

参照组：常规治疗，男性/女性人数为18例/15例，年龄64-81岁，均值（72.39±2.93）岁，均值BMI（20.37±1.49）kg/m<sup>2</sup>，左侧偏瘫者16例，占比48.48%，其余患者均为右侧偏瘫。

探究组：三级康复治疗，男性/女性人数为19例/14例，年龄63-80岁，均值（72.15±2.47）岁，均值BMI（20.56±1.42）kg/m<sup>2</sup>，左侧偏瘫者15例，占比45.

45%，其余患者均为右侧偏瘫。

**纳入标准：**（1）符合《中国急性脑卒中临床研究规范共识2018》中脑卒中诊断标准，且单侧偏瘫者<sup>[3]</sup>；（2）改良Ashworth量表分级为1-3级者；（3）具备基本表达能力，且愿意配合研究者。

**排除标准：**（1）合并关节严重挛缩或畸形者；（2）合并器质性疾病者；（3）因听力或认知障碍而无法配合康复治疗者；（4）基础资料不齐全者。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 参照组

常规治疗：（1）药物治疗，医疗工作者指导患者遵医嘱服用神经保护药物、抗血小板聚集药物、他汀类药物等，具体服药频率根据个体差异予以调控，实时观察并记录用药后的不良反应。（2）推拿治疗，医疗工作者利用特定手法（按揉、拿捏、拔伸等）作用于脑卒中偏瘫患者的肩、臂等部位，通常结合患病群体实际病情、体质等因素予以调整手法、穴位。（3）针刺，医疗工作者利用体针、头针或电针作用于患病群体的头面部（百会、四神聪等）、下肢（环跳、阳陵泉等）和上肢穴位（曲池、手三里等），针刺频率、穴位根据患者病情、耐受程度予以调整。

#### 1.2.2 探究组

在上述基础上增加三级康复治疗：（1）一级康复治疗，研究对象在发病1-2周内开展早期康复治疗，如：a床上良肢位摆放，医疗工作者根据患者个体差异予以

个性化调整体位，使其处于抗痉挛体位，旨在预防关节挛缩或畸形。b. 关节活动度训练，脑卒中偏瘫患者遵照循序渐进的原则，依次开展大关节到小关节的被动活动，每日活动频率为2-3次，具体训练强度、频率遵循个体差异。c. 呼吸训练，为降低脑卒中偏瘫患者肺部感染风险，由医疗工作者辅助患者开展深呼吸、有效咳嗽训练。d. 物理因子治疗，医疗工作者根据患者实际情况开展低频电刺激、超声波治疗，具体参数根据患者耐受能力予以调整<sup>[4]</sup>。（2）二级康复治疗，研究对象在发病2周-3月内开展中期康复训练，如：a. 床上运动，医疗工作者协助患者开展翻身、坐起、坐位平衡训练等，具体训练频率、强度应根据患者自身肌力、耐力予以调整。b. 转移训练，卧位到坐位、坐位到站立等转移训练，有助于增强患病群体的协调能力。c. 步行训练，前期由医疗工作者、家属或辅助工具予以扶持步行，待其具备平衡能力后逐步过渡至独立步行。（3）三级康复治疗，研究对象发病3月后开展后期康复治疗，以上肢功能训练（写字、拼图等）、日常生活活动能力训练（穿衣、洗澡等）等为主，具体训练方案应遵循个性化、综合性原则，不宜超过患病群体机体耐受能力<sup>[5]</sup>。

### 1.3 观察指标

（1）康复效果，根据症状、肢体活动改善状况评估康复效果，将其分为无效（无改善）、有效（头脑目眩、偏身麻木等症状有所改善，肢体活动轻微受限）、显效（上述症状显著好转或消失，肢体活动正常），比较总有效率<sup>[6]</sup>。（2）综合功能，采用 Holden 步行功能分级（FAC）、Fugl-Meyer 运动功能评定量表（FMA）、Berg 平衡量表（BBS）、美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）评定观察主体的步行能力、肢体运动功能、平衡能力和神经功能。（3）生活质量，在不同时间节点利用脑卒中专用生活质量量表（SS-QOL）评估观察主体的生活品质。

### 1.4 统计学方法

利用 SPSS29.0 统计学软件分析数据，计量资料利用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，对其行 t 检验，而计数资料利用[n (%)]表示，行  $\chi^2$  检验，若  $P < 0.05$  则代表差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 康复效果比较

探究组经三级康复治疗干预后的总有效率高达 97.97%，远高于参照组（ $P < 0.05$ ），详情见表 1。

表 1 康复效果比较 [n (%) ]

组别	例数	无效	有效	显效	总有效率
探究组	33	1 (3.03)	13 (39.39)	19 (57.58)	32 (96.97)
参照组	33	7 (21.21)	15 (45.46)	11 (33.33)	26 (78.79)
$\chi^2$					0.846
P					<0.001

### 2.2 综合功能比较

治疗前，脑卒中偏瘫患者 FAC、FMA、BBS 及 NIHSS 评分无统计意义（ $P > 0.05$ ）；治疗后，研究对象的各项

评分均呈现不同幅度的改变，且探究组 FAC、FMA 及 NIHSS 评分均高于参照组（ $P < 0.05$ ）；探究组 BBS 评分低于参照组（ $P < 0.05$ ），详情见表 2。

表 2 综合功能比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

指标	时间点	探究组 (n=33)	参照组 (n=33)	t 值	P
FAC 评分 (分)	治疗前	1.14 ± 0.24	1.15 ± 0.23	0.346	0.573
	治疗后	4.02 ± 0.53	3.18 ± 0.45	14.683	<0.001
FMA 评分 (分)	治疗前	25.72 ± 5.62	26.23 ± 6.04	0.632	0.673
	治疗后	65.48 ± 6.74	47.12 ± 5.87	13.572	<0.001
BBS 评分 (分)	治疗前	11.85 ± 2.96	12.01 ± 3.12	0.467	0.542
	治疗后	4.07 ± 1.13	6.08 ± 1.43	14.462	<0.001
NIHSS 评分 (分)	治疗前	20.52 ± 4.21	20.29 ± 4.82	0.486	0.183
	治疗后	34.38 ± 9.18	29.63 ± 8.03	15.284	<0.001

### 2.3 生活质量评分比较

治疗前，脑卒中偏瘫患者的SS-QOL评分无统计学

意义( $P>0.05$ )；治疗后，研究对象的家庭角色、活动能力等维度评分均呈现上升趋势，且探究组各项评分均高于参照组( $P<0.05$ )，详情见表3。

表3 生活质量评分比较(±s, 分)

指标	时间点	探究组(n=33)	参照组(n=33)	t值	P
家庭角色	治疗前	61.14±4.75	61.21±4.78	0.342	0.526
	治疗后	84.33±5.91	76.35±5.43	13.783	<0.001
活动能力	治疗前	59.92±3.45	60.13±3.54	0.632	0.852
	治疗后	82.28±6.35	76.72±4.83	14.958	<0.001
社会角色	治疗前	60.45±5.15	60.67±5.36	0.564	0.357
	治疗后	83.57±6.67	75.78±6.42	14.671	<0.001
工作能力	治疗前	60.35±4.82	60.43±4.84	0.927	0.183
	治疗后	83.29±6.27	74.73±5.82	15.723	<0.001

### 3 讨论

脑卒中是高发于老年群体的神经科疾病，具有发病急、病情进展迅速的突出特点。诸多患者由于脑部血管的损伤导致大脑供血不足或出血，可不同程度影响大脑的运动神经，伴随大脑区域及神经通路传导受阻，自主控制力、肌力素质下降，表现为不同程度的麻木或瘫痪<sup>[7]</sup>。脑卒中患者偏瘫程度往往与脑受损程度密切相关，而经现代医学研究发现，中枢神经系统的结构或功能均具备再塑、重组能力。多数学者认为，在脑卒中偏瘫患者常规治疗期间全面加强康复治疗力度，有助于刺激细胞再生，进而提高日常生活能力。三级康复治疗网络的建立符合我国分层级康复医疗服务体系的基本要求，其中的早期康复治疗重点在于预防再发脑卒中和并发症，恢复期康复治疗注重于全身协调性训练，而三级康复则要求医疗工作者根据患病群体居住环境予以制定康复计划，现已成为脑卒中组织化管理模式的关键环节<sup>[8]</sup>。

本研究显示，探究组经三级康复治疗干预后的总有效率高达97.97%，远高于参照组( $P<0.05$ )，提示三级康复治疗对于提高康复治疗效果具有积极意义。经分析：医疗工作者根据脑卒中偏瘫患者发病不同阶段制定康复治疗方案，有助于实施精准治疗，如：发病早期开展一级康复训练，可通过良肢位摆放、关节被动活动、物理因子治疗等方式，有效降低并发症(关节挛缩、肌肉萎缩等)风险。在发病2周-3月期间开展二级康复训练，可通过坐立训练、转移训练、步行训练等，全面提高患病群体的运动功能，为神经功能恢复奠定良好基础。此外，医疗工作者指导患者在发病3月后开展三级康复，

并以上肢精细运动、日常生活活动能力训练为主，可进一步提高患病群体的生活能力，康复效果由此提高。

通过临床不断深入研究发现，探究组FAC、FMA及NIHSS评分均高于参照组( $P<0.05$ )；探究组BBS评分低于参照组( $P<0.05$ )，提示三级分段康复治疗可全面改善患病群体的综合功能。常规治疗多以药物治疗、肢体按摩和针刺等方式为主，无法根据脑卒中偏瘫患者的个体化需求予以加快病变周边组织的重构，因而整体功能评分改善程度有限。三级康复治疗可有效弥补上述不足，例如：床上良肢位摆放可预防并发症(关节挛缩或畸形等)；关节活动度训练可防止关节粘连；呼吸训练可预防肺部感染；床上运动可提高患者平衡能力；转移训练可增强患者协调能力；步行训练可提高患者下肢力量；上肢功能训练可改善喉部功能；日常生活活动能力训练可提高患者自理能力。与此同时，本研究显示：探究组SS-QOL各项评分均高于参照组( $P<0.05$ )，说明三级康复治疗可全面提高患病群体的生活品质。试分析原因如下：医疗工作者根据脑卒中偏瘫患者的个体差异开展多方面、多层次、多领域的康复训练，并在患者肌力、耐力承受范围内调整训练频率、强度，可促进患者身体机能恢复，加速脑侧支循环建立，为认知、肢体功能恢复提高有利基础，生活质量由此提高。

综上所述，在脑卒中偏瘫患者诊疗期间，全面加强三级康复治疗干预力度，有助于全面提高患病群体的综合功能，进一步优化生活品质，值得推广。

### 参考文献

[1] 崔海峰,李蕊.电刺激疗法联合康复锻炼对治疗脑

- 卒中后偏瘫患者肢体运动功能的影响[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2024, 8(24): 83-85.
- [2] 艾学玲, 隋艳, 林婷婷. 早期良肢位摆放对脑卒中偏瘫患者康复效果、肢体功能的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2024, 30(23): 118-120.
- [3] 李桂英, 秦羽, 陈娟, 等. “三级康复”训练模式在脑卒中偏瘫患者中的应用效果[J]. 医药前沿, 2024, 14(31): 99-101+105.
- [4] 周冰. 强制性运动疗法应用于脑卒中偏瘫康复治疗对患者日常生活能力的改善分析[J]. 智慧健康, 2024, 10(08): 39-42. DOI: 10.19335/j.cnki.2096-1219.2024.08.010.
- [5] 刘华. 阶段目标性护理在老年脑卒中偏瘫患者中的应用效果[J]. 当代护士(下旬刊), 2023, 30(04): 25-29. DOI: 10.19793/j.cnki.1006-6411.2023.12.007.
- [6] 吴近仪, 吴敏杰, 魏鹏, 等. 早期综合康复治疗对改善中老年脑卒中偏瘫患者运动功能及日常生活能力的临床疗效观察[J]. 中华全科医学, 2022, 20(12): 2123-2126. DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.002784.
- [7] 张红. 综合康复治疗对脑卒中偏瘫患者运动功能的改善效果分析[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2022, 6(10): 10-13.
- [8] 邹丽萍, 徐敏鹏, 旷丽, 等. 多级康复护理模式对脑卒中偏瘫患者的影响[J]. 护理实践与研究, 2022, 19(07): 1074-1077.