

3.2 治疗前后桡骨远端骨折患者腕关节活动度及疼痛程度比较

与治疗前相比,治疗后患者腕关节屈伸活动度明显增加,疼痛视觉模拟评分(VAS)显著降低,差异具有统计学意义($P < 0.05$);见表2。

时间	例数	腕关节屈伸活动度(°)	VAS评分(分)
治疗前	40	58.7±12.4	6.2±1.1
治疗后	40	102.6±15.8	1.8±0.9
t值	—	4.345	6.214
P值	—	0.032	0.001

4. 讨论

4.1 卫生院开展桡骨远端骨折保守治疗的可行性分析

桡骨远端骨折解剖位置较为表浅,在影像检查上比较清晰,并且大部分患者伤后短时间就可以到卫生院诊治,便于实施保守疗法。本次试验所选取的研究对象全部是闭合性的骨折情况,而且移位不明显,属于可以使用手法复位以及采用石膏进行固定的类型,具有卫生院常见病、多发病人的一般代表性。从结果来看,本组病例经正规手法整复和固定后,腕关节功能、活动范围以及疼痛程度明显好转,说明在卫生院,只要熟练掌握指征,并严格按照标准进行操作,非手术疗法也可达到满意效果^[3]。

从现实角度考虑,卫生院虽然医疗设备有限,但是有CR机检查条件以及熟练掌握的临床医师完全可以胜任桡骨远端骨折的评价、复位、固定治疗。石膏固定容易操作、可塑性好,在肿胀消退后可以随时调整绷带,既达到骨折固定的稳定性,同时定期随访避免了固定过紧导致的各种并发症,贴近基层临床实际。

4.2 规范手法复位与石膏固定对骨折稳定性的作用

保守治疗的成功有赖于复位质量以及固定的稳定性,在本研究中,严格按照牵引、纠正移位、恢复桡骨的高度和掌倾角的原则进行复位并经CR片证实复位良好后方可实施治疗,是保证后期骨痂生长及功能恢复的基础^[4]。

石膏固定是一种成熟传统的固定方法,其优点是固定牢靠、通气性相对较好、后续调整方便、经济实惠、方便检查患肢血液循环情况等。正确使用石膏并用棉纸包裹后可以较好地制动腕关节,避免再次发生骨折错位。在本文的研究过程中,在随访的过程中并没有发现明显的再错位的情况,提示规范石膏固定在基层环境下治疗属于安全、经济、稳定的方案。

4.3 全程随访观察在基层骨折管理中的重要意义

保守治疗方法的关键在于对患者的随访观察。由于基层病人受教育程度不同以及对疾病的认识也存在差异性,没有定期随访就很容易因为肿胀消退石膏松动、自行活动或者复位后又再次移位等情况导致病情无法痊愈。本文中在随访过程中采取了分期随访的方式进行,早期主要是了解血运状况和是否发生松脱的情况,中期则主要了解是否有骨痂形成。后期评估功能恢复情况,保证整个治疗过程处于可控的状态中^[5]。

研究表明,经规范随访后患者的骨折愈合情况满意,腕关节功能恢复较好,并且在随访过程中能随时发现问题,及时纠正,有利于增加病人对治疗的信心及依从性,提高治疗的成功率,也发挥了基层医疗连续性的优势。

4.4 分阶段康复指导对腕关节功能恢复的促进作用

腕关节功能丧失也是桡骨远端骨折常见的远期并发症之一,仅依靠制动而不进行康复锻炼易出现关节僵硬及肌力减弱等问题。本文依据骨折愈合规律对康复训练进行了分期,分为早期、中晚期以及后期三阶段,逐步恢复功能。

早期以消除肿胀、防止僵硬为主,在进行手指及上臂锻炼的前提下保持肌容积活力;中期内固定保护下进行腕部小范围的活动锻炼,促使骨痂生长;后期加强主动活动和肌力练习,恢复正常生活能力。本研究结果表明,经过治疗,患者的腕关节屈伸活动角度均得到提高,VAS积分明显下降,提示给予合理有效的个性化康复宣教对基层医院也有重要的意义。

从医疗经济学角度看,保守治疗联合随访与康复指导成本低、操作可复制性强,适合在卫生院长期推广应用。该模式不仅减轻患者经济负担,也有助于缓解上级医院骨科门诊及手术压力。同时,在治疗的同时给予密切随访及康复指导工作,能增进基层医生与患者的医患关系,提升患者的满意度以及基层医疗单位的工作能力。

但卫生院在桡骨远端骨折保守治疗中,应严格把握治疗适应证,并在CR片下充分评估骨折类型、移位情况以及是否稳定等情况后再进行手术,以防将不适宜保守治疗的病人延误手术治疗时机;复位以及固定的医生最好是有相关经验者,石膏固定松紧度合适,制动后需密切注意患侧远端肢体血液供应情况、知觉以及皮色,避免发生因束缚过于紧密而导致的局部血液循环受阻或者神经受压,以保证治疗的整体安全性和有效性。

综上所述,在卫生院条件下,对符合指征的桡骨远端骨折患者进行手法整复、石膏外固定,并在术中术后全程随访观察以及分阶段康复指导,能减轻疼痛,促进骨折愈合,明显改善腕关节活动功能,值得推广。

参考文献

- [1] 谢健,袁惠霞,宋海亚.“顺序逐渐复位”理念在老年桡骨远端骨折保守治疗中的运用[J].运动科学与健康研究,2025,(02):15-20.
- [2] 宋慧,刘红,刘静.不同中药熏洗方案对桡骨远端骨折保守治疗患者腕关节障碍及骨折愈合时间的影响[J].医学理论与实践,2025,38(03):517-519.
- [3] 胡艳春,季亮.浮针疗法联合康复功能训练促进老年桡骨远端骨折保守治疗后早期功能康复:随机对照研究[J].针灸临床杂志,2024,40(11):29-35.
- [4] 蔡承霖,苟凌云,朱勇,等.不同改良石膏技术在桡骨远端骨折保守治疗中的研究进展[J].新中医,2024,56(12):191-196.
- [5] 王静,李银华.互动式健康教育模式在桡骨远端骨折保守治疗患者中的应用[J].中国临床护理,2024,16(05):286-289.

The effect of family intervention on limb function of stroke paralysis patients

Peishan Jian Minjie Liu

Chongqing Shapingba District People's Hospital New Campus, Chongqing, 400030, China

Abstract

Objective: To explore the effects of clinical and early home nursing interventions on limb function recovery in patients with stroke paralysis. **Method:** 100 stroke paralysis patients were selected and divided into two groups, with 50 cases in each group. Statistical analysis of neurological function, cognitive function, balance ability, walking function, motor function, living ability, quality of life, prognosis, clinical efficacy, and incidence of complications. **Result:** The NIHSS score of patients in the early nursing intervention group was lower than that in the conventional nursing intervention group ($P < 0.05$), while the CDR score, WMS score, MMSE score, BBS score, TCT score, FAC score, upper limb function score, lower limb function score, FMA total score, MBI score, SS-QOL score, and GOS score were all higher than those in the conventional nursing intervention group ($P < 0.05$). The total effective rate of patients in the early nursing intervention group was 84.00% (42/50) higher than that in the conventional nursing intervention group, which was 52.00% (26/50) ($\chi^2=6.239, P < 0.05$). The incidence of complications in the early nursing intervention group was 6.00% (3/50) lower than that in the conventional nursing intervention group, which was 26.00% (13/50) ($\chi^2=4.320, P < 0.05$). **Conclusion:** Family intervention for stroke paralysis can better promote the recovery of limb function in patients.

Keywords

Stroke paralysis; Clinical and early home nursing interventions; Recovery of limb function; Complication

家庭干预对脑卒中瘫痪患者肢体功能的影响

蹇沛杉 刘敏杰

重庆市沙坪坝区人民医院新院区, 中国·重庆 400030

摘要

目的: 探讨脑卒中瘫痪临床及家庭早期护理干预对患者肢体功能恢复的影响。**方法:** 选取脑卒中瘫痪患者100例, 分为两组, 各50例。统计分析神经功能、认知功能、平衡能力、步行功能、运动功能、生活能力、生活质量、预后、临床疗效、并发症发生情况。**结果:** 早期护理干预组患者的NIHSS评分低于常规护理干预组 ($P < 0.05$), CDR评分、WMS评分、MMSE评分、BBS评分、TCT评分、FAC评分、上肢功能评分、下肢功能评分及FMA总分、MBI评分、SS-QOL评分、GOS评分均高于常规护理干预组 ($P < 0.05$)。早期护理干预组患者的总有效率84.00% (42/50) 高于常规护理干预组52.00% (26/50) ($\chi^2=6.239, P < 0.05$)。早期护理干预组患者的并发症发生率6.00% (3/50) 低于常规护理干预组26.00% (13/50) ($\chi^2=4.320, P < 0.05$)。**结论:** 脑卒中瘫痪家庭干预更能促进患者肢体功能恢复。

关键词

脑卒中瘫痪; 临床及家庭早期护理干预; 肢体功能恢复; 并发症

1 引言

卒中的发病率、致残率、死亡率均较高, 有研究表明^[1], 有一定程度瘫痪等后遗症遗留的卒中存活者占总数的80%, 严重影响患者的日常生活自理能力, 患者很难自理生活。

2 资料与方法

2.1 一般资料

选取脑卒中瘫痪患者100例, 分为两组, 各50例。

早期护理干预组50例患者女性22例, 男性28例; 年龄42~77岁, 平均(55.35±9.46)岁; 在卒中类型方面, 脑梗死31例(62.00%), 脑出血19例(38.00%); 在卒中部位方面, 基底节区31例(62.00%), 皮质区14例(28.00%), 小脑区5例(10.00%)。常规护理干预组50例患者女性21例, 男性29例; 年龄41~76岁, 平均(55.31±9.42)岁; 在卒中类型方面, 脑梗死32例(64.00%), 脑出血18例(36.00%); 在卒中部位方面, 基底节区30例(60.00%), 皮质区12例(24.00%), 小脑区8例(16.00%)。两组一般资料比较差异均不显著 ($P > 0.05$)。纳入标准: 均符合卒中中偏瘫的诊断标准^[2]。排除标准: ①有脑出血; ②短暂性脑缺血发作; ③有认知障碍。

【作者简介】 蹇沛杉 (1986—), 女, 中国重庆人, 本科, 护师, 从事提高脑卒中患者的康复研究。

2.2 方法

2.2.1 常规护理干预组

依据患者实际病情指导患者正确喂食方法与休息方法，对呛咳的发生进行预防。督促患者将体位定时改变，使通畅的全身血流得到有效保证，将局部受压减少。机械吸痰辅助或帮助患者翻身、拍背等对患者通畅的呼吸道进行保持等。

2.2.2 早期护理干预组

①行走训练。病人双足平放在地面上，双足分开与双肩同宽（双足之间的距离相同），健足稍靠前，病足稍后退，病人的健侧上肢搭在家人的肩颈部，家人用膝抵住病人的病膝以适当固定，同时一手托住病人病手的肘部，另一手扶住病人的腰背部，让病人上身前倾，重心前移，扶持病人站起步行，每天4次，每次30 min；②上下阶梯训练。实际在训练上下楼梯的时候，要注意跌倒防护。还要注意上楼的时候迈腿的顺序特别重要，上楼梯的时候一般先迈健肢，用力的时候健腿支撑，坏腿跟着提上来。下楼梯时需要健腿支撑，防止跌倒。所以无论是上楼还是下楼，都是健腿作为支撑，上的时候是迈健腿，把坏腿带上来，下的时候坏腿先下，健腿支撑，坏腿跟着下来。总之，上楼的时候健腿先上，下楼的时候坏腿先下。每次20 min，每天4次。

2.3 观察指标

随访1个月。①神经功能、认知功能、平衡能力、步行功能、运动功能、生活能力、生活质量、预后。分别采用美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）、临床痴呆评定量表（CDR）、韦氏记忆量表（WMS）、简明精神状态检查量表（MMSE）、Berg平衡量表（BBS）和躯干控制测试（TCT）量表、功能性步行量表（FAC）、Fugl-Meyer运动功能评分量表（FMA）、改良 Barthel 指数（MBI）量表、脑卒中专用生活质量量表（SS-QOL）、格拉斯哥预后评分（GOS），总分均0~45分、0~3分、0~100分、0~30分、0~100分和0~56分、0~5分、0~100分、0~100分、49~245分、0~5分，分别表示优~差、好~差、差~好、差~好、差~好、低~高、差~优、低~高、低~高、死亡~预后良好^[3-7]；②并发症

发生情况。

2.4 疗效评定标准

依据 NIHSS 评分，降低 0~17% 评定为无效、降低 18%~45% 评定为进步、降低 46%~90% 评定为有效、降低 91%~100% 评定为基本痊愈^[4]。

2.5 统计学分析

采用 SPSS28.0，计数资料以率 / 百分比表示、 χ^2 检验，计量资料以均数 ± 标准差（ $\bar{X} \pm S$ ）表示、*t* 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

3 结果

3.1 两组神经功能、认知功能、平衡能力、步行功能、运动功能、生活能力、生活质量、预后比较

护理干预前，两组患者的 NIHSS 评分、CDR 评分、WMS 评分、MMSE 评分、BBS 评分、TCT 评分、FAC 评分、上肢功能评分、下肢功能评分及 FMA 总分、MBI 评分、SS-QOL 评分、GOS 评分比较差异均不显著（ $P > 0.05$ ）；护理干预后，两组 CDR 评分、WMS 评分、MMSE 评分、BBS 评分、TCT 评分、FAC 评分、上肢功能评分、下肢功能评分及 FMA 总分、MBI 评分、SS-QOL 评分、GOS 评分均高于护理干预前（ $P < 0.05$ ），NIHSS 评分均低于护理干预前（ $P < 0.05$ ），早期护理干预组患者的 NIHSS 评分低于常规护理干预组（ $P < 0.05$ ），CDR 评分、WMS 评分、MMSE 评分、BBS 评分、TCT 评分、FAC 评分、上肢功能评分、下肢功能评分及 FMA 总分、MBI 评分、SS-QOL 评分、GOS 评分均高于常规护理干预组（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

3.2 两组临床疗效比较

早期护理干预组患者的总有效率 84.00%（42/50）高于常规护理干预组 52.00%（26/50）（ $\chi^2=6.239, P<0.05$ ）。见表 2。

3.3 两组并发症发生情况比较

早期护理干预组并发症发生率 6.00%（3/50）低于常规护理干预组 26.00%（13/50）（ $\chi^2=4.320, P<0.05$ ）。见表 3。

表 1-1 两组神经功能、认知功能比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	时间	NIHSS 评分	CDR 评分	WMS 评分
早期护理干预组	50	护理干预前	26.23 ± 4.15	2.08 ± 0.42	35.02 ± 4.36
		护理干预后	2.56 ± 0.47	1.71 ± 0.34	46.85 ± 5.41
常规护理干预组	50	护理干预前	24.44 ± 4.25	2.16 ± 0.37	34.88 ± 4.19
		护理干预后	5.23 ± 1.14	1.90 ± 0.28	40.12 ± 5.21

表 1-2 两组认知功能、平衡能力比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	时间	MMSE 评分	BBS 评分	TCT 评分
早期护理干预组	50	护理干预前	19.75 ± 3.02	20.15 ± 3.47	24.56 ± 4.61
		护理干预后	27.02 ± 4.03	37.14 ± 6.42	72.36 ± 9.05
常规护理干预组	50	护理干预前	19.25 ± 3.14	20.20 ± 3.45	23.97 ± 4.61
		护理干预后	23.26 ± 3.41	28.62 ± 4.52	60.56 ± 8.36