系统健康教育是一项有计划、有组织、有系统的教育和社会活动,是一项投资少,产出高,效益大的保健措施^[5-6]。通过系统健康教育能有效改变受教育者的不良的健康行为,提高患儿家长的健康知识和保健能力^[7],消除或减轻影响健康的危险因素,健康教育后患儿家长的情绪得以稳定,心理状态得以调整,只有稳定了家长的情绪,家长具有良好的心理状态后才能给患儿良好的心理支持,提高患儿的治疗依从性^[8],同时医生护士和患儿家长建立良好的关系,这是患儿治疗康复保健的重要保障^[9],提高患儿家长的依从性,促进疾病康复^[10-11],提高患儿的生活质量。随着医学的发展,健康教育已成为护理工作的重要内容之一,加强疝气患儿家长的健康教育,能够及时得到疾病的准确信息,掌握了疝气的早期临床症状、最佳治疗时间等,及时给予规范治疗,从而减少并发症的发生,降低病死率。对患儿家属实施健康教育,可以有有效的加强患儿和父母之间的互动,减少两者的焦虑情绪^[12]。

本研究对研究组患儿家长实施健康教育,使患儿家长的健康教育知晓率明显提高,患儿家长对疝气的认知水平及日常护理能力明显提高,主动配合治疗,参与治疗护理过程,进而影响到患儿复诊率显著高于对照组,研究组患儿手术后复诊率明显高于对照组($P < 0.05$),定期复诊可减少疾病复发率,对小儿疝气的治疗康复具有重要价值,值得临床推广。

参考文献

- [1] 吴海英,梁炯燕.腹腔镜手术治疗小儿腹股沟斜疝的护理[J].全科护理,2012,10(28):2613-2614.
- [2] 宋莉,司志英.单孔腹腔镜小儿疝气手术的配合及护理[J].内蒙古中医药,2012,31(18):144.
- [3] 王烈梅.小儿疝气的术后护理[J].中华现代临床护理学杂志,2011,6(7):229-230.

- [4] 栾明莉.系统健康教育在治疗慢性支气管炎中的效果[J].国际护理学杂志,2013,32(4):841-842.
- [5] Skarsgurd ED. Managing the adverse event occurring during elective, ambulatory pediatric surgery[J]. Semin Pediatr Surg, 2009, 18(2):122-124.
- [6] 黄惠绵,庄穗香.健康教育对手足口病患儿家长的影响[J].国际医药卫生导报,2009,15(21):99-101.
- [7] 张学兵.骨折患儿家长的健康教育需求分析与对策[J].检验医学与临床,2009,6(4):254-255.
- [8] 李便贞,彭翠云,来新风.家属健康教育对防止老年糖尿病患者低血糖反应的重要性[J].检验医学与临床,2010,7(1):70-71.
- [9] Demaso DR, Bujoreanu IS. Enhancing working relationships between parents and surgeons[J]. Semin Pediatr Surg, 2013, 22(3):139-143.
- [10] 陆青梅,黄境旺,赵日岚,等.健康教育对脑性瘫痪患儿社会适应能力影响的研究[J].右江民族医学院学报,2010,32(2):138-139.
- [11] 万娟,张琴,张元芳,等.全程健康教育对唇腭裂患儿家长健康知识知晓率的影响[J].当代护士:学术版,2013(10):129-131.
- [12] Wakimizu R, Kamagata S, Kuwabara T, et al. A randomized controlled trial of an at-home preparation programme for Japanese preschool children: effects on children's and caregivers' anxiety associated with surgery[J]. Journal of evaluation in clinical practice, 2009, 15(2):393-401.

(收稿日期:2013-10-18 修回日期:2013-12-25)

个性化沟通对颌面部整形手术患者护理效果的影响

许艺莲(海南省农垦总医院颌面整形外科,海口 570311)

【摘要】目的 探讨个性化沟通对颌面部整形手术患者护理效果的影响,以达到提高护理质量、节约医疗资源及提高疗效的目的。**方法** 选择2011年至2013年12月在该院实施颌面部整形手术的患者80例,随机分为对照组和观察组,每组40例。其中对照组实施常规护理模式,观察组在常规护理的基础上增加个性化的沟通,比较两组效果。**结果** 个性化沟通护理方法对颌面部整形患者在知识讲解、手术环境、护理态度、手术操作及治疗结果上的满意度明显高于一般护理方法,差异有统计学意义($P < 0.01$);在基础护理、个性化沟通护理、手术前操作准备、术中护理及整体的护理效果方面个性化沟通仍具有较明显的优势,差异有统计学意义($P < 0.01$);在伤口感染率、呼吸道感染率及并发症方面个性化沟通明显少于一般护理方法,差异有统计学意义($P < 0.01$),在住院时间上个性化沟通护理方法也比一般护理方法短,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 对颌面部整形手术患者实行个性化沟通,满足了患者护理的需求的同时也提高了护理质量,有效的改善了护患关系并提高了患者的治疗效率。

【关键词】 个性化沟通; 颌面部整形手术; 优质护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.15.055 文章编号:1672-9455(2014)15-2172-04

颌面部整形手术主要是矫正颌面部畸形和修复组织缺损为目的的手术,用以恢复患者生理功能和容貌的完整性。随着医学科技的发展及人们审美观念的提升,做整形手术的患者也是日趋增多。而整形的效果取决于手术技巧,但医护人员的职业素养及护理水平也起着相当重要的作用,其在临床应用中的价值也是日趋突出,在帮助患者病情有效改善的同时也减轻了患者治疗过程中的身心痛苦及紧张情绪。做颌面部整形手术之后,将会短期限制患者的口腔活动,使语言沟通及饮食都受到一定的影响。因此,做好患者术前及术后的个性化沟通护理

对整形手术的成功起着至关重要的作用。由于国内护士人员的短缺^[1],导致临床上住院患者与护士的沟通交流时间不足,护士要在短时间内输送给患者大量的信息,这对于不熟悉这块领域的患者来说显然是不能接受的,造成患者术前准备不足,甚至会延误患者治疗疾病及身体康复的最佳时间。个性化沟通能使患者享受到优质的护理服务^[2-3],能帮助患者满足他们所需,表现了临床护理中为患者提供心理、生理及社会性的一种完整的综合护理过程。为了保证护患沟通的有效性,让患者享受到优质的护理服务,笔者对2011年1月至2013年12月

在本院治疗的颌面部整形患者实施个性化沟通,对患者实施术前访视、术中关怀及术后回访的护理模式,起到了良好的护理效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 1 月至 2013 年 12 月在本科治疗的 80 例颌面部整形患者,随机分为两组,观察组和对照组,其中对照组 40 例,男 16 例,女 24 例,年龄 18~36 岁,平均 25.6 岁,其中大专及以上学历文化程度占 35%,高中文化水平占 42.5%,初中及以下水平占 22.5%,实施常规护理;观察组 40 例,男 17 例,女 23 例,年龄 17~35 岁,平均 25.8 岁,其中大专及以上学历文化程度占 37.5%,高中文化水平占 42.5%,初中及以下水平占 20%,实施个性化沟通护理。两组患者在性别、年龄、文化程度等临床资料进行比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 护理方法

1.2.1 常规护理方法 对照组实施常规护理方法,先对患者进行术前访视,讲解相应的知识,说明手术时应该注意的事项及如何配合手术,并给予相应的安抚及护理。并对患者病患的基本信息进行询问与登记、并做相关疾病的检查,并对患者进行做常规性的手术及相应的药物护理。

1.2.2 个性化沟通护理方法

1.2.2.1 术前沟通 观察组实施个性化沟通护理,在实施常规护理的基础上,结合患者各自的特点,实施个性化沟通,对患者治疗的整个过程进行护理陪同,从患者的入院开始,进入门诊、病房及出院,以及出院后对患者随诊,且个性化沟通护理根据患者自身条件、体质等因素的不同,实施更为合理的护理方案,包括对患者实施心理护理及亲情护理等,同时并为观察组患者配备了更为专业的护理人员。在对观察组患者院后随诊的过程中,专业护理人员应着重关注对患者疾病的恢复性治疗及生活治疗,患者进行的所有治疗过程都应有相应的详细的医疗记录。这种个性化的沟通加强了护患及医患之间的心灵沟通,降低了患者对自身情况的担忧程度。在术前 1 d 访视时就与患者进行有效的沟通,结合患者自身的情况给予相应的安抚,并告诉患者相应的手术情况及相应的知识,并让其了解手术医生及麻醉师的相应情况;并由护士长负责患者手术前后访视内容。由有丰富临床经验及较强心理素质的老同志搭配具有思维敏捷及热情高涨的年轻同志做为最近护理组合。每间手术间至少有 1 名护士配合手术,并通过病历及深入病房与患者及其家属进行术前访视,时间一般为 30 min,并与同台护士交换手术患者的各种资料及信息。术前访视按照相应的护理程序,通过患者的主客观资料,诊断并制定出相应的护理措施和护理计划。颌面部由于其自身解剖组织关系,手术部位常导致不同程度的瘢痕、畸形及一些功能障碍,会不同程度的损伤容貌、语言功能及咀嚼功能等,许多患者常因此产生焦虑、恐惧等不良心理。笔者根据患者的这一情况,依据患者的心理状态,对患者进行必要的心理护理。手术当天给患者适当的心理护理和安慰,在进入手术室之前给予患者介绍相应的环境,随时解答患者提出的问题,不仅使患者心理上感觉到重视,而且使患者增强对医护人员的信任感并加强其建立战胜疾病的信心,提高治疗依从性。对手术中清醒的患者给予眼神交流,来减轻他们的焦虑情绪。患者回到病房后仍给予相应的心理护理和安抚,告诉其手术情况,减轻他们的痛苦和焦虑。使患者整个治疗期都在安心的心理下进行。

1.2.2.2 心理护理 颌面部整形的患者常因生理障碍伴有严重的心理障碍。通常心理疾病和其残疾的部位相比,心理障碍严重影响着评价的结果。因此,心理护理在术前护理是极其重

要的。入院后应对患者的心理状态、生活环境及工作状态应做充分的了解和观察,根据实际情况给予个性化的心理护理。

(1)使用模型、图片等简单方法让患者了解发生原因、手术方法、及术前和术后相关知识,认真回答患者提出的问题。(2)让其了解本科已成功治疗的患者的图片,通过比较表明手术能让面容有一个良好的改善,提高患者对手术的信心。(3)讲解手术可能会出现的效果,因为每个人的审美不尽相同,正确的对待手术,提高对术后效果的承受能力,避免不必要的医疗纠纷。

1.2.2.3 术后呼吸道护理 颌面部整形手术一般都涉及到上颌窦或伤及鼻黏膜,稍有不慎就会并发呼吸道梗阻。呼吸道梗阻是颌面部整形手术后严重的并发症之一,由于鼻腔黏膜长时间的水肿及渗血,致鼻腔气道变窄,通气受阻;口内分泌物难以吸出;手术时的全身麻醉使患者舌后坠,加上气管插管损伤及刺激呼吸道黏膜等致气道梗阻。为了减少呼吸道梗阻的发生,应按以下具体措施操作:(1)手术后立即进行吸氧外加心电图监护,观察血氧变化,并时刻观察患者是否出现胸闷、气促等。

(2)头部抬高 10~20 cm 并偏向一侧,使用负压吸引器时勿损伤切口部位。(3)雾化吸入 500 mL 注射用水溶解的 10 mg 地塞米松及 30 mg 盐酸氨溴索溶液,用以稀释痰液及湿化气道,减少水肿,预防呼吸道梗阻^[4]。(4)未拔气管插管的术后未清醒患者,应定期吸痰,待清醒后拔管。

1.2.2.4 口腔护理 患者术后伤口疼痛,肌肉及舌的活动困难,口腔卫生下降,将影响伤口愈合。本科一般是在术后 48 h 用 2% 的呋喃西林清洗 3~4 次后再用生理盐水清洗 2~3 次,并注意防止损伤切口。

1.2.2.5 饮食护理 术后由于手术切口疼痛不能正常进食,应补充液体及输注清蛋白等营养,以增强抵抗力,促使伤口愈合。尽早放置鼻饲管^[5],给予高热量、高营养、高蛋白、高维生素的饮食,确保人体所需的各种电解质及营养物质。拆线后鼓励患者主动饮食汤、汁等流质物质,少食多餐,以补充多种维生素和电解质。

1.2.2.6 预防术后感染 术后 4~5 d 后会出现感染,术后 1~5 d 使用大剂量抗生素静脉滴注,预防伤口感染;并使引流管畅通,可于术后 48 h 拔除,拔管后并观察创口分泌物的性质。

1.2.2.7 术后心理护理 术后患者由于各种不便易产生心理障碍,针对各种障碍应及时进行心理疏导。由于术后肿胀明显,患者短期内无法看到预期效果,应告知患者和其家属相关知识,严格配合术后护理。术后 1 个月帮助患者进行适当的功能锻炼,如进食、清洁口腔等,半年内勿食较硬的食物;术后 3 月内尽量不要触碰术区,以免伤口愈合延缓。出院后必须按时复查,可于术后 2 周、4 周、8 周、3 个月及 1 年复查,必要时可适当延长。

1.3 评判方法 出院后患者对护理效果进行全面评估。(1)患者满意度,术前相关知识的讲解、手术环境、护理人员的态度、手术操作及结果等 5 项,每项最满意为 100 分,最不满意为 0 分。(2)护理质量,一般护理、个性化护理、手术前工作准备、手术中的护理及整体护理的衔接等 5 项,每项每个细节都做得十分完善为 100 分,做得最差为 0 分。(3)比较两组患者伤口愈合情况及在护理过程中出现的并发症或不良反应等情况。

1.4 统计学方法 用 SPSS18.0 统计软件进行数据处理。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计量资料比较采用 t 检验;计数资料的比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两种护理方法患者满意度比较 两种护理方法在知识讲解、手术环境、护理态度、手术操作及治疗结果上差异有统计学

意义($P < 0.01$)。见表1。

2.2 两种护理方法护理的综合质量比较 两种护理方法在基

础护理、个性化沟通护理、手术前操作准备、术中护理及整体的护理效果方面差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表2。

表1 两种护理方法患者满意度比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	知识讲解满意度	手术环境满意度	护理态度满意度	手术操作满意度	治疗结果满意度
观察组	40	93.2±5.8	94.1±6.3	97.3±3.2	95.9±4.2	97.4±2.1
对照组	40	70.5±6.3	71.2±6.6	74.6±6.8	78.0±5.5	82.3±3.0
t	—	3.61	3.25	2.88	2.85	2.71
P	—	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

注:—表示无数据。

表2 两种护理方法护理的综合质量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	基础护理	个性化护理	手术前准备	术中护理	整体护理
观察组	40	93.2±5.5	94.1±4.8	95.2±4.2	92.6±5.1	93.8±4.2
对照组	40	70.2±6.1	71.52±5.8	73.6±5.5	76.2±4.8	80.1±4.4
t	—	5.31	5.02	4.88	4.51	3.86
P	—	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

注:—表示无数据。

2.3 两种护理方法患者并发症情况比较 观察组与对照组相比,伤口感染率、呼吸道感染率及并发症方面差异有统计学意义($P < 0.01$),住院时间方面观察组要比对照组少,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 两种护理方法患者并发症情况比较[n(%), $\bar{x} \pm s$]

组别	n	伤口感染	呼吸道感染	并发症	住院时间(d)
观察组	40	1(2.5)	1(2.5)	2(5.0)	8.2±2.3
对照组	40	5(12.5)	5(12.5)	9(22.5)	14.2±4.2*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

个性化沟通护理是一种特殊的护理理念,它能根据患者的一些生活习惯制定相应的护理方案,满足患者心理需求的同时又能利于患者对疾病状态改善功能的诉求^[6]。个性化沟通是护理学科的一部分,它其实是以患者为中心,以患者的感受和需要为基础,充分尊重患者的感受,同时为患者提供优质的疾病护理、心理护理、人文关怀、文化和精神等多方面的需求^[7-8]。进行颌面部整形的患者一般都存在心理障碍,应针对其心理进行分析。这些患者普遍都有悲观、抑郁的心理特征^[9]。其这种心理的形成其外表是一方面,但更主要的是社会环境因素,特别是青少年。因为颌面部的缺陷最易引起他人的注意,并由此影响他们的正常工作、学习及社交活动,长期的心理问题容易使患者产生自卑和悲观的心理状态,甚至失去心理承受能力,产生异常行为,严重者会产生轻生的念头。患者一般都有多疑的心理,听到医务人员或病友悄悄说话,都会是认为在讨论自己的面容,并会对治疗的措施及整形方案持不信任的态度。患者在手术前、后多具有焦虑、恐惧的心理,手术是否成功是整容的关键。有报道认为,手术对11%~80%的患者的刺激能使患者不同程度产生术前焦虑症。患者会在手术前忧心忡忡,怕不能承受手术本身的疼痛及术后面部整形的效果。颌面部是人体形象的关键部位,一般患者对手术都会有很高的期望,都希望通过治疗恢复正常的容貌^[10-11]。针对患者的这一心理应实施个性化沟通,制定相应的护理对策。整形患者更需要别人对他们的尊重,护理的过程中一定要注意自己的言行,避免直视患者的畸形部位,没有特殊原因不要轻易寻问其原因。更不

能给其起绰号去刺激患者,使患者产生排斥心理。因此,护理人员应具备有高尚的道德品质、良好的心理素质及扎实而精湛的业务技术的同时还应具备良好的沟通技巧。

护士应与患者建立良好的护患关系,护士应与患者进行积极的心理沟通^[12-13],并主动介绍自己及住院部的环境、手术设施及饮食情况等。在有新患者住入同室时,应热情主动地介绍给新病友,使患者尽快地融入其中,使患者心情放松,而不让其产生较大的情绪波动。鼓励患者家属、同事、亲友尊重及关心患者,与其在生活环境上通过各种方式保持联系,消除其孤独、自卑的心理,并获得感情上的满足,对生活充满信心,消除因其容貌而产生的抑郁心理。针对不同年龄阶段的患者应针对其年龄阶段应有的心理制定相应的方案,给以不同的心理护理,使其积极配合治疗。

随着医学科学技术的不断进步与发展,个性化沟通护理对需要特殊护理的患者也越来越重要,本研究表明个性化沟通护理能提高护理质量^[14],并能明显改善护患关系,提高患者治疗效率,具有广泛的临床意义,值得临床进一步推广使用。

参考文献

- [1] 朱俊红. 中国亟需高度重视护理人力资源保障问题[J]. 中国护理管理, 2010, 10(12): 17-20.
- [2] 谢娟, 王颖. 个性化沟通在优质护理服务中的应用效果观察[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(11): 1334-1336.
- [3] 冯斯特, 刘素珍. 优质护理服务的内涵分析[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(11): 1336-1338.
- [4] 莫美芳, 郁惠创. 持续质量改进在提高患者氧气雾化吸入规范性中的应用[J]. 全科护理, 2012, 10(6): 518.
- [5] 胡红英, 吕霞, 肖秋娟, 等. 长期鼻饲老年患者硅胶胃管在胃内留置安全时间的研究[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(14): 1659-1661.
- [6] Scherb CA, Weydt AP. Work complexity assessment, nursing interventions classification, and nursing outcomes classification; making connections[J]. Creat Nurs, 2009, 15(1): 1622.
- [7] Burns M, Papa A. Selfreported changes in nurse manager

proficiency resulting from participation in the Rising Star Leadership Program[J]. Pa Nurse, 2008, 63(4): 12.

- [8] 张华,李蓉蓉,黄丽君,等.改进健康教育模式对住院患者进行健康教育的效果[J].中华现代护理杂志,2010,16(13):1511-1513.
- [9] 唐素荣,谢春梨,梁桂月,等.持续质量改进在结核性胸外科健康教育中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2013,19(14):1657-1659.
- [10] 孙惠,方芬.先天性无牙颌合并外胚叶发育不良综合征正颌手术 1 例围手术期护理[J].齐鲁护理杂志,2012,18(27):92.

- [11] 孙惠,方芬,胡芳,等.分析护理在正颌外科手术治疗牙颌面畸形中的临床效果[J].口腔颌面修复学杂志,2013,14(2):87-88.
- [12] 张军,盛晓红,宁宁.加强与护理沟通确保检验标本质量[J].检验医学与临床,2011,8(11):1401-1402.
- [13] 马后英.如何预防护士出现差错事故[J].检验医学与临床,2013,10(6):767-769.
- [14] 张会,刘兴珍.优质护理服务在手术室的应用[J].检验医学与临床,2013,10(6):748-749.

(收稿日期:2014-01-10 修回日期:2014-03-13)

强化步行训练在早期脑卒中偏瘫患者肢体康复过程中的效果分析

曹 莉,田维琴[△](重庆市九龙坡区第一人民医院神经内科 400050)

【摘要】目的 研究强化步行训练(SAT)在早期脑卒中偏瘫(HAS)患者肢体康复过程中的效果。方法 从 2012 年 7 月至 2013 年 7 月,选择于该院治疗的早期 HAS 患者 86 例作为研究对象。以数字法随机分成观察组(43 例)和对照组(43 例)。对两组患者均予以药物行每日常规治疗,对照组予以常规康复性治疗,观察组则在此基础上另实施 SAT 措施。4 周后对比两组治疗前后上肢运动功能评分(FMA)和 MBL 评分情况,以及两组出院时的步行能力。结果 两组治疗后的 FMA 和 MBL 评分水平平均上升,但观察组的上升程度显著大于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组可独立步行的患者占 30.23%(13/43),显著多于对照组的 11.63%(5/43),差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 以 SAT 方案对于早期 HAS 患者进行治疗,可有效促进患者康复,增强其独立步行能力,疗效显著,值得临床推荐。

【关键词】 强化步行训练; 早期; 早期脑卒中偏瘫; 肢体康复; 效果观察

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.15.056 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)15-2175-03

早期脑卒中偏瘫(HAS)患者发生下肢功能性障碍通常是因卒中损伤机体神经细胞和运动传导的通路,进而致使躯体主动控制的能力下降,并使肌张力变化,相应肌肉正常功能减弱等因素导致^[1]。除此之外,患者发病数周之后形成的肌肉痉挛和肌肉延展性等异常亦会对患者的下肢功能形成一定影响。而郭俊峰等^[2]报道称,早期 HAS 患者步行能力较为低下往往是其所需面对的主要日常问题。其中下肢肌肉乏力和平衡障碍,以及伸肌痉挛和屈、伸肌的共同运动性模式均为致使脑卒中患者在行走能力方面低下的主要因素^[3]。且早期 HAS 患者的生活自理性较差的重要原因即为行走能力并未有效恢复。因此,采取积极措施以促进早期 HAS 患者早日康复在临床显得尤为必要。本文即通过以强化步行训练(SAT)方案治疗早期 HAS 患者,获得了较好疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从 2012 年 7 月至 2013 年 7 月,选择于本院治疗的早期 HAS 患者 86 例作为研究对象。其中男 60 例,女 26 例。年龄 38~71 岁,平均年龄(54.3±3.8)岁。脑梗死 62 例,脑出血 24 例。诊断标准:全部患者均由头颅 CT 亦或是 MRI 确诊,并满足第四届全国性脑血管疾病会议中制定的 HAS 诊断标准^[4]。所有患者均在常规治疗之后神志清醒,且可以配合治疗。排除标准:(1)有严重的认知障碍者;(2)心肺肾等器官功能性不全者;(3)恶性肿瘤患者;(4)均有一侧肢体发生功能性障碍;(5)因其他疾病无法配合训练者。以数字法随机分成观察组(43 例)和对照组(43 例)。其中观察组男 31 例,女 12 例。年龄 38~69 岁,平均年龄(54.1±2.7)岁。脑

梗死 30 例,女 13 例。对照组男 29 例,女 14 例。年龄 40~71 岁,平均年龄(54.4±1.9)岁。两组在性别和年龄,以及病情等方面对比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。具有可比性。

1.2 研究方法 对两组患者均予以药物行每日常规治疗,主要含营养神经和控制血压及血糖,改善患者的脑血液循环等措施。对照组予以常规康复性治疗,含良肢位摆放以及指导家属为其实施患侧上、下肢体的被动按摩。观察组则在此基础上另实施 SAT 措施,具体措施如下。

1.2.1 健康宣教 患者在入院时对其及家属实施 HAS 相关知识的宣教,使家属掌握 HAS 肢体康复的知识,并要求家属积极配合协助患者进行康复训练。指定康复师在患者入院后 48 h 评定其残疾程度,指定训练计划。

1.2.2 坐位平衡性训练 待患者主要生命体征稳定,且神经系统的症状亦不再进展后 48~72 h 可实施坐位训练。要求患者自侧卧位向床边坐起时,侧屈颈部和躯干,以健侧上肢的手臂作为杠杆健腿勾起患腿后双腿移至床边,治疗人员可于膝部及小腿部位实施推压以利于患者坐起。训练选择高度为 40 cm 的板凳进行,利于其下肢更为平稳的着地。逐渐使患者自无力支撑其坐位过渡至不必扶持的静止性坐位。要求患者在训练时通过移动自身重心从而调整姿势,最终获得坐位平衡。

1.2.3 站立位平衡性训练 因尽早使患者站立通常是最为理想的康复目标。训练时可使患者的双足后移,曲髋,要求其躯干保持伸直并前倾,而后双肩前移至越过自身脚尖和双膝前,重心到达其足上,再将身体向前并向上站起。训练时利用夹板将患侧的上、下肢固定,并予以外部支撑。避免协同和拮抗失

[△] 通讯作者, E-mail: 1364819149@qq.com.