

康复理疗 MOTomed 训练联合心理干预 对脑梗死患者康复效果的影响

肖 燕 王新志

(河南中医药大学第一附属医院, 河南 郑州 450000)

〔摘 要〕 目的: 探讨康复理疗 MOTomed 训练联合心理干预对脑梗死患者康复效果的影响。方法: 选择河南中医药大学第一附属医院 2022 年 1 月至 2022 年 12 月期间诊治的 199 例脑梗死患者, 按照随机数表法分成对照组 100 例和观察组 99 例。对照组予以常规康复训练, 观察组予以康复理疗 MOTomed 训练联合心理干预, 比较两组患者日常生活能力、运动功能、心理状态、生活质量以及家属满意度。结果: 观察组患者干预后 Barthel 指数、Fugl-meyer 运动功能评定量表 (FMA) 评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者干预后汉密尔顿焦虑量表 (HAMA)、汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者干预后躯体功能、心理活动、社会能力、物质生活状态评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者家属总满意度为 97.98 %, 高于对照组的 90.00 %, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 康复理疗 MOTomed 训练联合心理干预可改善脑梗死患者运动功能、心理状态, 提高日常生活能力与生活质量, 加强家属对于干预工作的满意度。

〔关键词〕 脑梗死; 康复理疗 MOTomed 训练; 心理干预

〔中图分类号〕 R 722.15⁺1 〔文献标识码〕 B

脑梗死是临床上常见的脑血管疾病, 具有较高的发病率、致残率以及死亡率。多数存活患者会出现偏瘫、失语等表现, 影响生活质量, 增加家庭负担、压力。因此, 尽早展开积极有效的护理干预, 促进肢体功能恢复正常是尤为重要的^[1-2]。现今, 康复训练是有效的康复方式, 随着康复理疗 MOTomed 训练的提出, 在帕金森综合征、痉挛、偏瘫等功能障碍性疾病中均取得良好的治疗效果, 利于改善肢体功能^[3-4]。本研究选择 199 例脑梗死患者为研究对象, 探讨康复理疗 MOTomed 训练联合心理干预对脑梗死患者康复效果的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择河南中医药大学第一附属医院 2022 年 1 月至 2022 年 12 月期间诊治的 199 例脑梗死患者, 按照随机数表法分成对照组 100 例和观察组 99 例。对照组男性 59 例, 女性 41 例; 年龄 15~86 岁, 平均年龄 (50.03 ± 4.29) 岁; 住院时间 7~40 d, 平均时间 (22.03 ± 2.19) d。观察组男性 79 例, 女性 20 例; 年龄 27~90 岁, 平均年龄 (55.32 ± 4.10) 岁; 住院时间 4~36 d, 平均时间 (21.39 ± 2.08) d。两组患者一般资料比较, 差异均无统

计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 患者经检查后符合脑梗死相关表现, 经计算机断层扫描 (computer tomography, CT) 或磁共振成像 (magnetic resonance imaging, MRI) 等影像学确诊; (2) 第一次发病者; (3) 患者机体各项指标无异常; (4) 病程 ≤ 6 个月; (5) 临床资料完善者; (6) 患者及其家属知情同意本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 存在视觉障碍; (2) 认知功能异常; (3) 合并下肢肌肉痉挛或关节功能障碍; (4) 患有癌症; (5) 存在肝肾等重要组织器官衰竭; (6) 患者临床资料缺失或拒绝参与本研究。

1.3 方法

1.3.1 对照组 常规康复训练。(1) 步态训练: 患者采取站位负重训练, 负重程度根据患者承受度而定, 之后训练逐渐过渡至移动重心、行走, 直到患者可在日常环境中步态行走。(2) 桥式运动: 患者采取平卧体位, 双腿弯曲, 腰部发力, 抬高臀部, 升髋, 维持该姿势 30 s, 回归原位, 反复操作。(3) 坐位平衡训练: 患者在静态状态下, 头部、肩部及髋部在同一水平面, 保持垂直, 逐渐前倾盆骨、挺直脊柱, 髋关节弯曲 90° , 足部点地。

〔收稿日期〕 2023-02-26

〔基金项目〕 中医药传承与创新“百千万”人才工程 (岐黄工程) — 岐黄学者 (国中医药人教函 (2018) 284 号)

〔作者简介〕 肖燕, 女, 主管护师, 主要研究方向是康复医学。

在动态状态下,患者身体重心向前后左右移动,不依靠手部力量,使患者调整重心。(4)坐位卧位训练:向健侧方向转动机体,借助健侧手部力量支撑身体,转为坐立位。每次训练 40 min,1 次·d⁻¹,每周 6 d,持续 2 个月。

1.3.2 观察组 康复理疗 MOTOMed 训练联合心理干预。(1)康复理疗 MOTOMed 训练:采取由德国 PECK 公司生产的 MOTOMed 智能运动系统训练,训练前 5 min,康复师指导患者被动训练,随后展开相应训练,训练分为 3 个阶段,卧床期、肌力恢复期、步态矫正期,每次训练 20 min,1 次·d⁻¹,每周 6 d,持续 2 个月。(2)心理护理:患有脑梗死对患者造成严重的生理、心理影响,导致患者出现不良情绪,影响护理效果,需要护理人员根据患者的病情,结合心理学知识,自身护理经验,给予患者针对性的心理疏导,采取一对一的谈话模式,护理人员耐心倾听患者主诉,适当进行疏导,在疏导过程中,护理人员给予患者充分的尊重、理解和安慰,以此来消除患者内心不良情绪,每次干预 30 min,每周 2~3 次,持续 2 个月。

1.4 观察指标

(1)两组患者日常生活能力、运动功能比较。日常生活能力采用 Barthel 指数,包括大小便、上下楼梯、穿衣等,采取百分制,分数越高患者自理能力越佳。运动功能选取 Fugl-meyer 运动功能评定量表(Fugl-Meyer assessment scale, FMA)评定上肢部分,该量表共有 33 个检查条目,满分为 66 分,得分越高患者上肢功能恢复越好。(2)两组患者心理状态比较。选择汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)及汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)予以评估, HAMD 评分标准:正常为<7 分;可能存在抑郁症为 7~17 分;一定存在抑郁症 17~24 分;严重抑郁症>24 分。HAMA 评分标准:≥29 分为可能存在严重焦虑;21~<29 分为一定存在显著的焦虑;14~<21 分为肯定存在焦虑;7~<14 分为可能存在焦虑;<7 分为不存在焦虑。(3)两组患者生活质量比较。采取 SF-36 健康量表(the mos 36-item short form health survey, SF-36)评估,该量表共有 8 个维度,36 个条目,采取百分制,分数越高表示患者生活质量越佳。(4)两组患者家属满意度比较。分为高度满意(护理期间,患者无任何异常,可高度配合护理人员工作)、满意(护理期间,患者出现轻微异常,配合度较高)、基本满意(护理期间,患者出现的异常反应较严重,配合度一般)和不满意(护

理期间,患者出现严重不良反应,配合度差),总满意度=(高度满意+满意+基本满意)/总例数×100%。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件进行数据处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验,计数资料用百分比表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后日常生活能力、运动功能比较

干预前,两组患者日常生活能力、运动功能比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,观察组患者 Barthel 指数、FMA 评分均高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者干预前后日常生活能力、运动功能比较
($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	时 间	Barthel 指数	FMA
对照组	100	干预前	38.32 ± 5.19	23.22 ± 8.38
		干预后	54.50 ± 8.55	40.05 ± 6.20
观察组	99	干预前	38.30 ± 5.11	23.19 ± 8.40
		干预后	78.39 ± 8.42 ^a	67.43 ± 6.99 ^a

注:FMA—Fugl-meyer 运动功能评定量表。
与对照组干预后比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者干预前后心理状态比较

干预前,两组患者心理状态比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,观察组患者 HAMA、HAMD 评分均低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者干预前后心理状态比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	时 间	HAMA	HAMD
对照组	100	干预前	26.30 ± 3.09	25.72 ± 3.09
		干预后	20.68 ± 2.48	20.03 ± 2.01
观察组	99	干预前	26.32 ± 3.04	25.69 ± 3.12
		干预后	16.23 ± 2.42 ^b	15.53 ± 1.98 ^b

注:HAMA—汉密尔顿焦虑量表;HAMD—汉密尔顿抑郁量表。
与对照组干预后比较,^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者干预前后生活质量比较

干预前,两组患者生活质量比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,观察组患者躯体功能、心理活动、社会能力、物质生活状态评分均高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组患者干预前后生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	时 间	躯体功能	心理活动	社会能力	物质生活状态
对照组	100	干预前	53.22 ± 2.17	52.31 ± 2.15	53.39 ± 2.10	55.04 ± 2.09
		干预后	71.13 ± 2.11	68.80 ± 2.64	70.05 ± 2.35	70.60 ± 2.11
观察组	99	干预前	53.20 ± 2.14	52.29 ± 2.19	53.35 ± 2.16	55.01 ± 2.04
		干预后	80.48 ± 2.64 ^c	79.95 ± 2.58 ^c	78.84 ± 2.54 ^c	80.04 ± 2.43 ^c

注:与对照组干预后比较,^c $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者家属满意度比较

观察组患者家属总满意度为 97.98%，高于对照组的 90.00%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 4。

表 4 两组患者家属满意度比较 ($n(\%)$)

组别	n	高度满意	满意	基本满意	不满意	总满意
对照组	100	33(33.00)	25(25.00)	32(32.00)	10(10.00)	90(90.00)
观察组	99	47(47.47)	25(25.25)	25(25.25)	2(2.02)	97(97.98) ^d

注：与对照组比较，^d $P < 0.05$ 。

3 结 论

脑梗死是造成我国居民死亡的原因之一，溶栓治疗虽然可有效改善相关病症，但依旧有不少患者存在肢体功能障碍^[5]。相关研究指出，脑梗死后的受损神经细胞可以通过“轴突再生”实施修复，这一过程利于未受损的大脑皮层发挥关键性作用，经过专业的康复训练指导、学习利于神经生长因子表达功能提升，同时影响神经递质的传递过程^[6-7]，因此康复训练成为了脑梗死患者治疗中关键环节。

本研究显示，观察组患者干预后 Barthel 指数、FMA 评分均高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；观察组患者干预后 HAMA、HAMD 评分均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。通过本研究可知，在对脑梗死患者的护理中选择康复理疗 MOTOMed 训练联合心理干预利于提高日常生活能力、运动功能，改善患者负面情绪。分析原因为，既往临床以常规训练为主，具有一定的改善效果，但见效缓慢，整体效果一般；康复理疗 MOTOMed 训练是一种新型康复训练指导方式，可根据患者肌张力实施针对性、重复性的训练，增强轴突的可塑性，强化肌肉力量，给患者建立新的神经回路，利于肢体功能逐渐恢复正常^[8-9]。此外，早期患者训练效果不理想与患者情绪有关，而负面情绪会降低患者的训练依从性。在患者康复期间，予以针对性的心理指导，疏导不良情绪，使其保持良好心态配合训练，利于日常生活能力、运动功能早日恢复正常^[10]。本研究中，观察组患者干预后躯体功能、心理活动、社会能力、物质生活状态评分均高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；观察组患者家属总满意度为 97.98%，高于对照组的 90.00%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。在本研究可以看出，对脑梗死患者选择康复理疗 MOTOMed 训练联合心理干预利于增加家属满意度，改善生活质量。分析原因为，康复理疗 MOTOMed 训练具有高强度的针对性，重复性等优势，利于促进患肢血液循环，改善大脑信息输入及输出能力，通过主动训练、被动训练、助力训练三种模式，协助患者逐渐恢复与运

动功能^[11]。此外结合心理干预可有效缓解患者心理障碍，发挥其主观能动性，提高配合度，护理人员通过有效的交流、沟通不仅可以掌握患者内心真实想法，还能构建患护友好关系，对患者展开针对性的护理指导，给患者早日康复打下坚实的基础^[12]。

综上所述，康复理疗 MOTOMed 训练联合心理干预对脑梗死患者康复效果的影响较为积极，改善患者运动功能、心理状态，提高日常生活能力与生活质量，加强家属对于干预工作的认可及满意度。

〔参考文献〕

- (1) 张丽辉. 优质护理联合积极的心理干预对急性脑梗死患者焦虑及生活能力的影响 (J). 中国药物与临床, 2021, 21(14): 2596-2598.
- (2) 闫双颖. 移动互联网管理下联合快速康复外科理念干预对脑梗死患者术后近远期效果及心理状况的研究 (J). 武警后勤学院学报: 医学版, 2021, 30(11): 167-168.
- (3) 张孟利, 孙建森, 周天天. 急性脑梗死患者经早期针刺康复与改良强制性运动疗法对患者肢体功能生活质量评分心理状态的影响 (J). 山西医药杂志, 2022, 51(13): 1452-1455.
- (4) 李超凤, 管建国, 徐玉龙, 等. 问题导向式健康宣教联合康复指导对脑梗死患者肢体功能及自护能力的影响 (J). 中国临床研究, 2021, 34(3): 426-429.
- (5) 吴运景, 徐艳艳, 郑靖婧, 等. 静脉溶栓联合早期康复干预对急性脑梗死患者运动功能恢复的影响 (J). 中华物理医学与康复杂志, 2021, 43(4): 355-356.
- (6) 温隆妹. 血府逐瘀汤联合综合康复训练对气虚血瘀型脑梗死偏瘫的疗效及肢体功能, 神经功能的影响 (J). 中国医药导报, 2022, 19(24): 139-142.
- (7) 徐冬, 胡小波. 通窍活血汤联合康复训练对脑梗死后吞咽障碍患者神经功能及日常生活能力的影响 (J). 中国医师杂志, 2022, 24(1): 112-115.
- (8) 申丽霞, 刘丽爽, 刘爱贤, 等. 精细化护理干预对急性脑梗死经高压氧治疗后所致中耳气压伤疗效及治疗依从性和生活质量的影响 (J). 现代中西医结合杂志, 2021, 30(15): 1694-1697.
- (9) 沈海清. 下颏抗阻力训练与 Shaker 训练对脑梗死后吞咽障碍的疗效比较 (J). 贵州医药, 2021, 45(3): 404-406.
- (10) 刘李文姬, 程风华, 陈志伟. 头针联合康复训练对急性脑梗死患者神经功能及下肢肌力的疗效观察 (J). 中国中医急症, 2022, 31(4): 657-660.
- (11) 睦昕, 郭川, 朱仕哲, 等. 经颅直流电刺激联合虚拟现实康复机器人对脑梗死后上肢功能影响的临床研究 (J). 中国脑血管病杂志, 2022, 19(12): 801-808.
- (12) 杨晓敏. 早期康复护理干预在老年脑梗死患者护理中的效果及生活自理能力评分影响分析 (J). 生命科学仪器, 2022, 20(3): 75.