

· 康复护理 ·

偏瘫肩关节半脱位的早期康复护理介入

袁光辉¹

摘要 目的:研究脑卒中后肩关节半脱位的早期康复护理介入及效果。**方法:**100例脑卒中患者随机分为治疗组和对照组,常规药物治疗的同时治疗组通过矫正肩胛骨姿势、刺激肩周围稳定肌的活动和张肌力、保持肩关节全范围无痛性被动活动等措施进行康复护理治疗。**结果:**治疗组患侧上肢运动功能及ADL明显提高,优于对照组($P<0.05$)。**结论:**早期康复护理介入是预防肩关节半脱位发生发展的关键,能很大程度提高患侧上肢运动功能及ADL。

关键词 偏瘫;肩关节半脱位;早期康复;护理

中图分类号:R473.3,R743.3 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2006)-04-0360-02

脑卒中偏瘫所致肩关节半脱位是偏瘫患者的主要并发症之一,它不仅妨碍了偏瘫患者上肢功能的恢复,而且影响日常生活活动能力的提高,最常见的是患者偏瘫侧的上肢活动困难,功能受限,生活不能自理,最终出现废用综合征。如何降低偏瘫肩关节半脱位的发生率,已被广大医务工作者所关注,本研究通过对100例脑卒中偏瘫患者观察以期探讨早期康复护理介入对偏瘫肩关节半脱位预防及治疗疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2004年1月—2005年4月因脑血管意外在我院神经内科住院患者共100例,均经临床、头颅CT和MRI确诊,均为首发病例,随机分为治疗组和对照组,两组一般资料见表1。

1.2 肩关节半脱位诊断标准

表1 两组患者一般资料

组别	例数	年龄范围(岁)	平均年龄(岁)	男(例)	女(例)	脑出血(例)	脑梗死(例)	右侧瘫(例)	左侧瘫(例)	平均病程(天)
治疗组	50	45—74	65.3	36	14	21	29	28	22	32
对照组	50	42—76	64.7	34	16	24	26	26	24	30

有明显半脱位体征(肩峰下可触及凹陷)。肩关节正位片显示肩峰与肱骨头间隙超过14mm,或两侧相差>10mm。

1.3 治疗方法

两组常规神经内科治疗,治疗组予以以下康复护理措施:

1.3.1 运动疗法:良肢位摆放;Bobath式握手;双上肢充分伸展上举,反复进行,卧位、坐位均可。肩胛带主动或被动运动;通过牵拉反射、快速刺激、患侧负重、关节按摩等,恢复肌张力及输入刺激信号;肩关节全范围无痛性被动活动度训练^[1]。

1.3.2 康复护理:早期康复护理是肩关节半脱位患者的必要措施。一般从急性期开始在专业治疗师指导下进行康复训练,责任护士做配合,注意观察患者反应,护理患者时不拉患手;坐位时用枕头将患肢托起;站立时正确使用肩部吊带。对患有肩关节半脱位的患者采取不适当动作就可引起肩痛,如牵拉其上肢,不正确地把患者从轮椅中提起等,除了医护人员避免错误动作以外,应对患者家属进行指导。

1.3.3 心理康复:心理康复治疗应贯穿于整个康复过程中,应向患者讲明病情发展和治疗过程,使其能充分认识病情和疾病的转归,对各种康复治疗手段及预后有较好的了解,使患者积极配合治疗。同时着重帮助患者消除畏难和抑郁等消极心理。

1.4 评价标准及统计学分析

患者坐位观察肩峰下有无凹陷。检查者用手指轻按凹陷部位,以1/2、3/4、1及2横指的方法记录。

X线片^[2]采用双侧肩关节同时X线投照^[3],测量肩峰与肱骨头间的间隙,按间距分为0—10mm、11—14mm、15—

20mm、>21mm 4组,两侧进行比较。采用Brunnstrom法^[4]进行上肢功能级别评定;用Barthel指数^[5]进行ADL评定。采用 χ^2 检验进行统计学分析。

2 结果

两组治疗后肩峰触诊差异有显著性意义($P<0.05$),两组治疗后X线片检查比较有显著性意义($P<0.05$),治疗前两组间相比上肢运动功能和ADL能力差异无显著性意义($P>0.05$),治疗后,两组上肢运动功能和ADL能力差异均有显著性意义($P<0.05$)。见表2—4。

表3中肩峰与肱骨头间距小于14mm,对照组28例,康复组42例。表4中上肢运动功能Ⅳ级以上对照组15例,康复组26例,两组病例患者比较,治疗前肩峰与肱骨头间隙之距离及上肢Brunnstrom分级评分、ADL评分无显著性差异($P>0.05$)治疗后两组指标均有改善,但康复组优于对照组,两组患者相比有显著性差异($P<0.05$),说明早期康复护理介入是预防肩关节半脱位发生发展的关键,能很大程度提高患侧上肢运动功能及ADL能力。

表2 两组治疗后触诊肩峰凹陷比较 (例)

组别	无凹陷	1/2横指	3/4横指	1横指	2横指
治疗组 ^①	34	8	5	3	0
对照组	22	10	7	6	5

①两组比较 $\chi^2=72.2, P<0.01$

1 湖南省株洲市第一医院神经内科康复治疗室,412000

作者简介:袁光辉,女,主管护士

收稿日期:2005-09-21

表3 两组治疗后X线检查肩峰与肱骨头间的间隙比较(例)

组别	健侧(mm)				患侧(mm)			
	0—10	11—14	15—20	>20	0—10	11—14	15—20	>21
治疗组 ^①	37	13	0	0	30	12	8	0
对照组	39	11	0	0	18	10	17	5

两组比较 $\chi^2=8.06, P<0.05$

表4 两组治疗前后上肢运动功能及ADL评定比较(例)

组别		Brunnstrom 分级						Barthel 指数		
		I	II	III	IV	V	VI	差	中	良
治疗组	治疗前 ^①	24	18	6	2	0	0	30	18	2
	治疗后 ^②	0	6	18	22	4	0	5	32	13
对照组	治疗前	26	14	7	3	0	0	29	17	4
	治疗后	2	11	22	13	2	0	13	29	8

与对照组治疗前后比较^① $P>0.05$,^② $P<0.05$

3 讨论

急性脑血管病存活的部分患者会现肩关节半脱位,尤其是整个上肢处于迟缓性麻痹时,发病率可达60%—73%^[9]。常规治疗疗效不明显。本人选择100例脑卒中偏瘫患者分两组进行肩关节的早期康复治疗,治疗组明显优于对照组。

肩并节半脱位后是否应用吊带目前尚有争议,因为可能加重上肢屈肌痉挛模式。但在患者上肢能力较低时即可应用,患者肩关节半脱位恢复后仍应坚持康复训练,否则会再次出现肩关节半脱位并影响上肢功能的恢复,因此,建议偏瘫患者应在康复治疗师指导下,不断坚持训练,提高患肢活动能力及ADL。

由于肩关节半脱位会妨碍偏瘫患者上肢功能的恢复,因此对脑卒中患者应在早期就采取针对性的肩周防治措施。如

为患者翻身、变换体位时,特别要注意肢体的正确摆放和功能康复护理的指导和训练。在操作过程中,随时与患者沟通,观察反应,适时调整手法和力度,循序渐进地进行,做到无疼痛操作。这样才能促进上肢功能的早日恢复,提高患者日常生活能力。

心理防御机制的作用,直接影响着康复的成效,当患者处于兴奋状态及良好的情绪中,神经抑制解除,这时神经肌肉的调节达到最佳状态^[9]。本组中我们重视心理护理的作用就在于通过心理疏导改善和消除心理障碍,增强患者对康复的信心,提高康复效果。康复护士作为康复小组的成员之一,与患者接触时间最长,因此可以在康复治疗师的指导下,对患者的卧姿、坐姿及站姿给予正确指导,能积极参与肩关节半脱位的预防和治疗。早期系统的康复护理对肩关节半脱位有良好的预防治疗效果。

参考文献

- [1] 刘四文,唐丹.脑卒中肩并发症预防与治疗[J].中国康复医学杂志,2004,19(3):237.
- [2] 缪鸿石,朱镛连.脑卒中的康复评定和治疗[M].北京:华夏出版社,1996.149.
- [3] 于兑生.康复医学评价手册[M].北京:华夏出版社,1993.181—185.
- [4] 南登昆,缪鸿石.康复医学[M].北京:人民卫生出版社,1993.54—55.
- [5] 卓大宏.中国康复医学[M].北京:华夏出版社,1990.637—643.
- [6] 郭世绂.临床骨科解剖学[M].天津:天津科学技术出版社,1988.399—400.

·康复护理·

卒中单元对蛛网膜下腔出血患者康复的影响

黄 惠¹

1 资料与方法

1.1 一般资料

2003年7月—2005年1月在我院神经内科住院治疗的蛛网膜下腔出血(subarachnoid hemorrhage, SAH)患者76例,患者均神志清楚,伴持续性头痛,于入院后当天随机分为试验组(n=36)和对照组(n=40),两组患者一般资料统计学分析比较差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性(表1)。

表1 两组患者一般资料

组别	例数	年龄(岁)	性别(例)		发病时间(天)	文化程度(例)		
			男	女		大中专	中小学	文盲
试验组	36	41.62±7.82	21	15	5.26±3.18	4	28	3
对照组	40	40.89±7.95	24	16	5.87±2.69	6	32	4

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组:采用常规护理及止血、降低颅内压、镇静、抗感染,给予持续低流量吸氧,防止再出血发生等治疗。

1.2.2 试验组:采用卒中单元护理,组建卒中小组。工作人员

包括:至少有5年以上脑血管病神经内科工作经验的医生、卒中病房专业护士、物理治疗师等。护理措施有:①详细入院介绍,前瞻性评估患者病情和心理情况,结合护理问题和医生、患者一起制订护理计划和治疗方案并具体实施。②密切观察病情变化,重点观察容易诱发再出血、脑疝发生的危险因素。③诱因的预防:a.饮食宜清淡,低盐低脂,禁食含高酪胺食物(如巧克力、乳酪、柑橘),忌烟酒;b.避免一切用力而增高颅内压,保持大、小便通畅,在物理治疗师的指导下进行腹部按摩训练,每日2—3次,每次20min,防止腹胀、便秘发生;尿潴留患者留置尿管处理,4—6h放尿1次,防止患者因此烦躁不安;c.减少探视,避免情绪激动。④腰椎穿刺后去枕平卧4—6h,减少翻动,腰背部垫软枕,增进患者舒适感,头疼剧烈

1 四川省泸州医学院附院神经内科,四川泸州,646000

作者简介:黄惠,女,主管护师

收稿日期:2005-04-26