

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^①P>0.05,^②P<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%^[5]。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性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,直接影响着康复的效果,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^[6]。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] 郭世俊.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)		文化程度(例)			
			男	女	大	中专	中小学	
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	26	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,禁食含高脂肪食物(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属医院神经内科,四川泸州,646000

作者简介:黄惠,女,主管护师

收稿日期:2005-04-26

时用手抚摸患者头部,给予患者安全感。⑤心理护理:患者常产生焦虑、失眠,形成较大的压力和心理问题,通过给予心理支持,护理心理疏导,耐心安慰患者,向其介绍、列举已成功治愈的病例,减少负性心理对正常功能恢复的妨碍。⑥争取家属配合,住院期间根据病情不同进行健康宣教4—6次。让患者能充分体会到亲人和他人的关心和温暖,激发他们的家庭和社会责任感。树立战胜疾病的信心,促进早期康复。⑦药物治疗与对照组相同。

1.3 疗效评定

在疗程14天时采用视觉模拟评分测量法(VAS)线段分级法评定疼痛程度。疼痛分级法:0为完全无痛;I度(1—3cm)为轻度疼痛;II度(4—6cm)为中度疼痛;III度(7—10cm)为重度疼痛。

在疗程30天时评定抑郁情况,用汉密尔顿量表(HAMD),轻度抑郁:8—20分;中度抑郁:21—35分;重度抑郁:>35分。

表3 两组30天时临床疗效、便秘、抑郁发生率比较

组别	例数	临床疗效						便秘		抑郁		
		痊愈		有效		无效		总有效率(%)	例	%	例	%
		例	%	例	%	例	%					
试验组	36	28	77.8	6	16.7	2	5.6	94.4 ^①	3	8.3 ^②	1	2.8 ^③
对照组	40	15	37.5	19	47.5	6	15	85	11	27.5	4	10

①与对照组比较 $\chi^2=12.51, P<0.01$; ②与对照组比较 $\chi^2=4.63, P<0.05$; ③与对照组比较 $\chi^2=4.36, P<0.05$

卒中单元是一个针对脑卒中患者诊断、治疗、护理、营养、物理康复、心理治疗及健康教育为一体的、独立的或相对独立的综合性病区^[1]。主管医生能够良好的贯彻卒中单元的理念和操作流程^[2];卒中单元有专业心理医师,帮助患者预防和解除卒中后心理疾病,减少卒中后焦虑、郁闷的发生^[3]。基本目标是通过干预措施,营造让患者“主动接受治疗”的医疗环境,从而预防一切可能的并发症。

蛛网膜下腔出血患者起病急,持续剧烈头痛,持续时间长及泛化,大多数患者以头痛为首发症或主要症状^[4]。患者由于头痛、呕吐可造成消化系统功能障碍,消化腺被抑制,患者不思饮食,腹胀,长期卧床也会造成肠蠕动减少,易便秘;生活自理困难,社会功能减退,角色转化,既害怕疾病发展,又担心预后,使患者易烦躁不安情绪差,解便用力等原因均会引起颅内压升高头痛加剧,甚至诱发再出血。试验组患者重视心理、物理治疗、腹部按摩训练和饮食管理等综合措施,头痛症状明显减轻,舒适感增加;能明显降低便秘的发生率,减少诱因,降低再出血发生的危险。

脑卒中后抑郁发生的原因目前不完全清楚,国内外报道均认为与原发性内源性机制有关^[5]。有报道我国脑卒中后20%—63%的患者可发生抑郁^[6],针对患者在诊断、治疗及康复过程中存在严重地心理障碍,试验组根据患者不同情况,有针对性实施护理计划、措施。使紧张、恐惧、焦虑情绪得到明显缓解;其次,家庭支持和配合也是康复的关键,通过专人陪护,解除心理压力及精神上的恐惧感,使家庭成员之间的关系更加亲密,准确了解患者的需求,及时为患者提供更合适的帮助,减轻他们的心理压力。减轻负性心理对正常功能恢复的影响,因此,患者心理健康平衡,使自己处于良好状态,抑郁发生率明显少于对照组,为治疗和康复提供创提条件,促进疾病康复。本研究表明试验组患者能主动参与治疗及护理计

统计治疗30天发生便秘的例数。

在疗程30天时,由指定的专业人员评定临床疗效(VAS),临床痊愈(0):头痛完全消失;有效(I度):仍有轻微头痛;其余为无效(II、III度)^[7]。

1.4 统计学分析

采用SPSS 10.0统计软件,进行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果及讨论

见表2—3。

表2 两组患者14天时头痛程度(VAS)比较(例)

组别	例数	0	I	II	III
试验组	36	5	18	11	2
对照组	40	1	13	18	8

两组比较 $\chi^2=8.58, P<0.05$

划的制订,密切配合治疗及护理,主动进行康复训练;通过护士对神经系统变化的密切观察和对患者神经生理状况恶化的早期发现和护理干预,减少偏瘫、失语等由于脑缺血所致的神经功能缺失的症状发生。安全性是每个医生、患者都非常关心的问题,以往有报道早期康复训练导致疾病加重,特别是脑出血的患者^[8]。卒中单元使试验组患者,神经肌肉调节处于最佳状况,促进了疾病的转归,无一例导致疾病加重。本文试验组患者无再出血和其他并发症发生,提高了临床疗效。卒中单元护理工作规范化、系统化、制度化,通过在护理工作中满足患者的健康需求并应用护理专业知识及增加护患的沟通,增强患者在住院期间的舒适感,增强患者对疾病的预防和自我保护意识,减轻和缩短患者的病情和病程,卒中单元对出院的患者建立随访档案,详细记录其家庭住址和联络方式,以了解出院后病情变化,继续给予健康指导,修改护理措施,使患者早日达到完全康复状态。

参考文献

- [1] 孙丽娟.心理干预对43例偏头痛患者生活质量的影响[J].中国全科医学,2004,19(7):1394—1395.
- [2] 刘建坤.脑卒中单元病区中患者健康教育需求的调查和分析[J].中国健康教育,2004,20(12):1136—1137.
- [3] 王少石,杨建道,朱鑫璞.综合性卒中单元对急性脑卒中患者近期预后的影响[J].中国康复医学杂志,2005,20(11):827—829.
- [4] 温森,张亚清,马锐华.卒中单元的建立对脑卒中患者平均住院日的影响[J].中国康复医学杂志,2005,20(4):283—284.
- [5] 卢天舒,徐风,薛惠.自发蛛网膜下腔出血患者的护理[J].国外医学·护理学分册,2002,21(1):43—44.
- [6] 黄承繁.脑卒中后抑郁的研究现状[J].中国临床康复,2001,5(8):84—85.
- [7] 李旭东,周宝玉.卒中康复的研究进展[J].国外医学·脑血管病分册,1999,7(3):169—172.
- [8] “九五”攻关课题组.急性脑卒中早期康复的研究[J].中国康复医学杂志,2001,16(5):266—269.