

早期良肢位摆放对脑卒中后肩手综合征的影响观察

鲁燕

新津县中医医院针灸康复科 611430

【摘要】肩手综合征是脑卒中后常见并发症之一，严重影响患者的康复进程，并增加了再住院率及治疗费用，良肢位摆放是脑卒中早期护理干预中的十分有效的措施，但在基层临床护理中对于良肢位摆放的重要性认识不足，本文通过对我科自 2014 年 1 月—2017 年 12 月收治的 137 例脑卒中患者的对比观察，客观评价早期良肢位摆放对脑卒中后肩手综合征的影响，为提高基层临床护理对早期良肢位摆放的重视提供临床数据支持。

【关键词】良肢位摆放；脑卒中；肩手综合征；临床护理

【中图分类号】R473.74

【文献标识码】A

【文章编号】1005-4596 (2019) 02-167-02

脑卒中俗称中风，是脑部血管发生的病变的总称，亦称之为脑血管疾病。分为缺血性和出血性两大类，是中老年的常见病和多发病。肩手综合征 (SHS) 又称反射性交感神经性营养不良 (RSD)，是脑卒中常见的并发症之一，常在卒中后 1~3 个月内发生，其发病率的报道差异较大，从 12.5% 到 70% 不等。^[1] 其临床分期为 III 期，I、II 期经过积极治疗可临床治愈，如转入 III 期，手的活动能力将永久丧失，成为固定的特征性畸形手，造成永久性后遗症。^[2] 良肢位摆放在康复治疗 and 护理中已经得到广泛的重视，注意正确摆放肢体体位，是预防肩手综合征，防止肩部肌肉痉挛，减轻肩部肌肉疼痛的重要措施之一。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我科在 2014 年 1 月—2017 年 12 月期间收治的 137 例脑卒中偏瘫患者，其中，观察组 75 例，男 43 例，女 32 例；年龄 49~78 岁，平均 (57.8±3.6) 岁；疾病类型：脑出血 30 例，脑梗死 42 例，混合性脑卒中 3 例。对照组 62 例，男 36 例，女 26 例；年龄 52~82 岁，平均 (53.4±3.5) 岁；疾病类型：脑出血 21 例，脑梗死 37 例，混合性脑卒中 4 例。纳入标准：符合脑卒中相关诊断标准：头部 CT 及 MRI 检测，诊断为脑卒中偏瘫的患者。

1.2 研究方法

1.2.1 良肢位摆放方案

仰卧位：头偏向患侧为宜；将肩胛置于外展、上旋位，下垫一小枕；肩关节置于外旋、外展位，腕、肘伸直，腋下可置一大枕头防上肢内收，肘后上方可垫一卷垫以保持肱三头肌腱受到一定压力刺激，前臂置于旋后或中立位，手指伸展或微屈，拇指外展，手心可握一毛巾卷或半球状物以防止手指屈曲。但在痉挛期要避免抓握硬质物体以防刺激掌心引起抓握反射。

健侧卧位：将一大枕头平放于胸前，使患侧肩胛前伸，上臂伸展放于枕上，注意勿内旋，肘关节尽量伸展或微屈，手指伸直，掌面朝床头，注意勿屈指、垂腕。

患侧卧位：患侧卧位是目前较提倡的一种体位，在脑卒中后早期就可采用。该体位可以伸张患侧躯体，减轻痉挛，使瘫痪侧关节韧带受到一定压力，促进本体感觉的输入，有利于功能康复，同时利于自由活动健肢。

尽量使肩胛处于上旋、前伸位，肩前屈、前伸，肘伸直，手掌面朝上，拇指分开。另外患侧卧位可使瘫痪侧关节早期受到一定压力，增加本体感觉输入，有利于缓解痉挛、抑制痉挛模式。

坐位：无论是坐在床上或坐在轮椅上都始终保持患侧上肢

置于前面的桌子上，可以在臂下放置一个软枕，防止腕关节屈曲，绝不能让患侧上肢悬垂于轮椅外。

站立位：部分学者还特别强调处于软瘫期患者坐轮椅及站立位时早期适当应用肩吊带，以防止肩关节脱位，并应防止肩关节的过度牵拉。另外还需注意的是翻身时禁止牵拉患肢。要定时更换体位，预防患肢受压。

1.2.2 良肢位摆放方案执行要求

入院时进行良肢位摆放的康复护理，每隔 2 小时变换 1 次体位，包括仰卧位摆放、患侧卧位摆放、健侧卧位摆放以及坐位摆放；患者进行良肢位摆放康复训练时，注意锻炼的时机及时间，早期主要进行仰卧位摆放、健侧卧位摆放以及患侧卧位摆放这 3 种康复训练，并且交替按时循环进行，每 1~2 小时变换 1 种摆放的方式，避免患者发生其他的并发症，同时增强患者患侧位不同程度的刺激。

1.2.3 根据良肢位摆放措施的执行落实情况不同，分为有效执行组（观察组）和非有效执行组（对照组）。有效执行的标准为，患者在卧床治疗和休息期间执行良肢位摆放方案的执行率，执行率达到临床要求 $\geq 70\%$ 以上，认定为有效执行，数据归入观察组； $< 70\%$ 认定为非有效执行数据归入对照组。

1.3 观察指标

使用 Bathel 指数评价表^[3] 比较两组患者进行康复护理前后的日常生活活动能力，评分越高表明能力恢复越好；使用 Fugl-Meyer 评分来评价两组患者进行康复护理前后患侧上肢的运动能力，评分越高表明患侧肢体恢复情况越好；康复护理后，设计护理满意度调查表对两组患者（含家属）进行满意度调查，满意度评分采用百分制的方式，其中包括非常满意、满意、不满意 3 个等级，护理总满意率 = (非常满意 + 满意) 例数 / 总例数 * 100%。

1.4 统计学分析

采用 SPSS16.0 软件进行数据统计，计数资料采用 χ^2 检验，计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 t 检验，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者日常生活活动能力评分的比较

表 1: 两组患者日常生活活动能力评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	护理前	护理后	t 值	P 值
观察组	75	39±16	75±18	8.362	0.000
对照组	62	38±18	52±17	3.964	0.004
t 值		0.271	4.911		
p 值		0.786	0.000		

护理后，两组患者的日常生活活动能力评分均明显高于护理前，差异有统计学意义 ($P < 0.01$)；护理后，观察组的

日常生活活动能力评分明显高于对照组。差异有统计学意义 ($P < 0.01$) (表1)。

2.2 两组患者患侧上肢运动能力评分的比较

护理后,两组患者患侧肢体运动能力评分明显高于护理前,差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 护理后, 观察组患侧肢体运动能力评分明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$) (表2)。

表2: 两组患者患侧上肢运动能力评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	护理前	护理后	t 值	P 值
观察组	75	26±8	74±15	18.662	0.000
对照组	62	26±7	55±13	13.964	0.000
t 值		0.000	7.212		
p 值		1.000	0.000		

2.3 两组患者护理满意率的比较

护理后, 观察组的护理满意率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$) (表3)。

表3: 两组患者护理满意率比较 (n)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意 [n(%)]
观察组	75	41	19	5	32.8(80.0)
对照组	62	27	17	18	19.9(71.0)
t 值					2.510
p 值					0.015

3 讨论

脑卒中患者瘫痪早期, 肩关节周围的肌肉处于软瘫状态而无法将肱骨头固定于肩胛盂内, 造成肩关节半脱位。肩关节半脱位是引起脑卒中后肩手综合征的主要危险因素, 而卧床位不当致肩部受压, 转移患者时牵提上肢及早期大范围的患肢被动运动均可导致肩关节半脱位。良肢位摆放能使松弛的肩关节相对稳固, 使肱骨头不易向下或向侧方移动, 并且在肢体保持良肢位时垫高及抬高肢体, 可促进静脉回流, 防止血液淤滞。正确体位的摆放, 不仅能预防肩关节半脱位, 肩胛骨回缩、防止肩痛, 还能抑制偏瘫的异常运动模式, 同时能促进患肢的静脉回流, 减轻患肢水肿^[4]。通过本次对比观察, 再次证实脑卒中患者早期实施康复护理可以有效预防肩手综合征的发生, 对于患者后期康复, 尤其是上肢功能的

康复意义重大。但是如何保证基层临床护理如何保证良肢位摆放措施的有效执行是需要解决的关键问题。

3.1 加强基层临床医护人员基础技能培训, 提高良肢位摆放意识

医护人员对于脑卒中早期良肢位摆放的价值的认可是该方案被重视和执行的前提, 本次观察研究的结果有力地证实了早期良肢位摆放的重要意义, 对于提升我科医护人员良肢位摆放意识起到了明显的促进。此外定期开展良肢位摆放临床实践技能示范和考核也进一步规范和提升我科脑卒中患者良肢位摆放的执行率和有效率, 改善了临床疗效。

3.2 加强患者及家属的健康教育和良肢位摆放训练

脑卒中患者的康复是一个十分艰辛和漫长的过程, 普遍病程都在6个月以上, 住院期间的护理只能集中在急性期, 后期的康复训练多于门诊执行, 患者大部分时间是在院外, 因此对于患者自身和患者家属的健康教育和良肢位摆放技能的指导就显得尤为重要, 这是保证治疗效果持续的核心, 对此结合基层群众实际情况, 我科除了传统的住院期间健康宣教外, 还额外通过发放精心编辑的图文并茂的良肢位摆放指导示范手册、开展在医护人员指导下由患者和家属主导的良肢位摆放演练等形式强化患者及家属的良肢位摆放意识和能力。实践证明, 这些措施有效地提升了患者良肢位摆放的执行率和有效率, 保障了干预措施的有效延续, 提升了临床疗效, 减轻了患者痛苦, 提高了患者的康复信心。

参考文献

[1] 南登崑. 康复医学 [M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 208.
 [2] 李树贞, 赵曦光. 康复护理学 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2001: 186-187.
 [3] 张建宏. 脑卒中后肩部问题 [J]. 中国临床康复, 2003, 7(5): 721.
 [4] 刘涓, 石翠霞, 唐文明, 等. 康复教育联合康复训练对老年脑卒中偏瘫肩关节半脱位发生率影响中国老年学杂志 [J], 2015, 35(10): 2837—2838.
 [5] 李安. 脑卒中并发肩手综合征的康复护理 [J]. 护理研究, 2006, 20(6): 1471-1472.

(上接第165页)

本研究对个性化护理在老年高血压患者护理中的应用效果进行分析, 两组干预前血压水平无显著差异, 干预后试验组指标优于对照组, 数据差异显著 ($P < 0.05$)。试验组并发症发生率低于对照组, 数据差异显著 ($P < 0.05$)。综上所述, 个性化护理在老年高血压患者中的应用效果显著, 能有效促使其血压下降, 减少并发症, 值得推广应用。

参考文献

[1] 杨军. 个性化护理在老年高血压并发症患者护理中的应用价值 [J]. 中国医药指南, 2018, 16(29): 217-218.
 [2] 哈里丹·斯拉木, 梁莉. 个性化护理干预在老年高血压患者中的应用效果分析 [J]. 中外医疗, 2018, 37(25): 165-167.
 [3] 崔金帅. 老年高血压患者实施个性化护理对其血压及并发症的影响分析 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(47): 13-14.
 [4] 孙桂云. 老年高血压病人的个性化护理方式与效果评估 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(05): 253-254.

(上接第166页)

能稳定好情绪, 改善生活质量, 提升满意度, 心理护理值得在肝硬化护理中应用。

参考文献

[1] 张春燕, 黄晓利, 王英. 心理护理对肝硬化患者生存质量和遵医行为的效果 [J]. 实用临床医药杂志, 2018, 22(2): 49-51.
 [2] 古延丽. 路径式健康教育结合心理护理在肝硬化失代偿期患者中的应用效果分析 [J]. 检验医学与临床, 2017, 14(Z1): 37-39.
 [3] 许萌. 住院乙型肝炎肝硬化患者发生抑郁的危险因素及心理护理干预的效果研究 [J]. 中华全科医学, 2017, 15(4): 715-717.
 [4] 王秀珍, 周菊, 王晓霖. 个性化心理护理对失代偿期肝硬化患者营养状态的影响分析 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2017, 22(5): 719-721.