

无缝隙姿势控制对脑卒中偏瘫患者肩痛的影响

叶小云, 汤巧敏

(浙江大学医学院附属第二医院, 浙江杭州 310009)

摘要:目的 观察无缝隙姿势控制对脑卒中偏瘫患者肩痛的影响。方法 将 238 例脑卒中偏瘫患者按住院时间先后分为对照组 125 例、观察组 113 例, 对照组实施常规护理, 观察组在对照组基础上增加无缝隙姿势控制。比较两组患者肩痛发生率、肩痛程度和依从性。结果 观察组的肩痛发生率为 14.2%、肩痛程度(5.94 ± 0.93)分, 均低于对照组, 依从性高于对照组, 比较差异有统计学意义, 同时进行患者依从性与肩痛程度相关性分析 $r = -0.748, P < 0.01$ 。结论 脑卒中偏瘫患者实施无缝隙姿势控制能提升患者依从性, 降低肩痛发生率及肩痛程度, 促进康复。

关键词: 脑卒中; 偏瘫; 肩痛; 无缝隙姿势控制; 依从性 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2017.04.021

中图分类号: R493

文献标识码: A

文章编号: 1671-9875(2017)04-0359-03

脑卒中后肩痛是在治疗和检查脑卒中患者手臂时, 在关节活动的终末端出现的锐痛, 在偏瘫的各个分期均存在, 尤其在早期患者处于弛缓期及无任何主动运动的情况下易发生, 是常见和严重的并发症^[1], 严重影响患者的肢体康复锻炼及预后。Adey - Wakeling 等^[2]研究提及脑卒中后肩痛的发生率 25% ~ 54%, 偏瘫肩痛不仅增加患者的痛苦, 而且延缓上肢运动功能恢复, 进而影响患者日常生活活动、行走和上肢功能康复治疗进展, 延长住院时间。目前国内外对偏瘫后肩痛治疗的研究有主动或被动肢体功能锻炼^[3], 放散体外冲击波^[4], 针刺中平、三间穴, 口服低剂量的皮质类固醇以及注射 A 型肉毒毒素等, 但这些对症治疗的疗效仍不理想。因而, 临床上普遍认为肩痛的预防比治疗更为重要。2016 年 3 月至 8 月, 本研究对脑卒中偏瘫患者采用“无缝隙姿势控制”干预, 让患者在治疗和康复的整个过程中均能正确摆放良肢位、控制肢体角度和运动的方向, 维持正确的运动模式, 以有效降低肩痛的发生率。现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 本研究通过本院伦理委员会审核同意。纳入标准: 本院住院脑卒中偏瘫患者, 年龄 18 ~ 80 岁; 经颅脑 CT 或 MIR 检查, 符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议制定的诊断标准, 伴有上肢运动功能障碍; 首次发病, 病程 7 d 以内, 一侧肢体瘫痪, 患者知情并自愿参与。排除标

准: 脑卒中前患有肩部疼痛、肢体感觉障碍, 有严重的失语不能合作者, 有明显的意识障碍、精神病、痴呆等其他原因不合作者, 有严重的心、脑、肾等功能不全者, 骨折未愈合及愈合小于 6 个月, 研究者认为有其他不适合康复治疗的疾病。2015 年 9 月至 2016 年 8 月, 符合纳入标准和排除标准的患者 238 例, 按无缝隙姿势控制干预前后进行分组, 2015 年 9 月至 2016 年 2 月收治的患者 125 例为对照组, 2016 年 3 月至 8 月收治的患者 113 例为观察组。对照组: 男 64 例, 女 61 例, 年龄 23 ~ 80 岁; 大专及以上学历 23 例, 中学 65 例, 小学及以下 37 例; 脑梗死 98 例, 脑出血 27 例。观察组: 男 60 例, 女 53 例; 年龄 18 ~ 77 岁; 大专及以上学历 19 例, 中学 61 例, 小学及以下 33 例; 脑梗死 87 例, 脑出血 26 例。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 患者入院后, 做好入院评估, 按脑卒中常规护理要求予系统健康教育, 做好饮食、肢体良肢位、被动运动的指导, 与主管医生沟通后向患者讲授疾病知识。

1.2.2 观察组 在对照组基础上增加无缝隙姿势控制干预。

1.2.2.1 成立无缝隙姿势控制管理团队 由医疗组长 1 人、康复师 1 人、护士长、护理责任组长 1 人(推荐产生)组成无缝隙姿势控制管理团队, 康复师为组长。康复师依据中国脑卒中康复治疗指南制定无缝隙姿势管理流程, 并对科室所有医生、护士进行相关培训考核, 要求医护人员掌握姿势控制标准、疼痛评分(目测类比法)、患者治疗依从性评价。康复师和护理责任组长负责对无缝隙

作者简介 叶小云(1967-), 女, 本科, 副主任护师, 科护士长。

收稿日期 2016-11-25

浙江省教育厅一般科研项目, 编号: Y201534617

姿势控制实施情况进行监督及评价。

1.2.2.2 成立无缝隙姿势控制医护联合小组
将全科医护人员按照职称、专科知识、专业技能、工作年限、工作能力并结合护士的性格特征,划分为 3 个责任制无缝隙姿势控制医护合作小组。每组有 6 名护士和 1 名医生、1 名康复师,每组设置护理责任组长担任负责人,要求组长经验丰富、业务水平高,能够对本组的护士进行指导和监督,责任护士 5 人,进行老、中、青搭配。根据病情及护士能力,每名护士分管 6~8 例患者,组长对本组患者的姿势控制情况进行质量控制,使患者在住院期间得到医护一体化的小组责任制护理;医生负责疾病治疗方案制定,共同参与患者依从性评价及肩痛评定、无缝隙姿势控制教育、指导;康复师负责对患者、家属进行无缝隙姿势控制全面教育、方法指导、患者依从性评价。

1.2.2.3 实施无缝隙姿势控制 患者入院后,责任护士向患者介绍住院的环境、科室、主任、护士长、主管护师、责任护士、同病房的病友等,消除患者的陌生感,建立良好的护患关系,主动进行偏瘫肢体摆放的指导、监督,对主要陪护者进行培训及健康教育,告知姿势控制对康复的重要性,取得患者及陪护者配合,教会患者根据目测类比法(visual analogue scale, VAS)^[5]评定肩痛程度。主管医生评估患者神经功能,讲解疾病过程,康复要求,必要时开立肩关节摄片医嘱。康复师每天查房并进行现场指导及评价。医护联合小组加强巡视,务必使患者卧床、坐位、站立、搬运及日常生活训练等所有活动时的姿势维持和姿势变换均能正确摆放良肢位、控制肢体角度和运动的方向,维持正确的运动模式。

1.3 效果评价

1.3.1 肩痛程度 采用 VAS 评估疼痛,评分 0~10 分,0 分为无痛,10 分为剧痛。1~3 分为轻度疼痛,可以忍受,不影响正常睡眠;4~7 分为中度疼痛,能忍受,也不会对睡眠造成影响;8~10 分为重度疼痛,伴有自主神经功能紊乱或被动体位,对患者睡眠造成很大影响,通常无法正常睡眠或极易从睡眠中痛醒,要求服用止痛药。每天评定 1 次,疼痛变化时及疼痛对症处理后再评价。以出院时出现持续疼痛、评分 ≥ 1 分为效果评价指标。

1.3.2 依从性 采用林蓓蕾等^[6]编制的社区脑卒中患者功能锻炼依从性量表,从 3 个维度即与坚

持参与锻炼有关的依从性、与锻炼时主动学习有关的依从性、与保持患者功能位有关的依从性,评价患者的治疗依从性共 14 条目,每条目采用 1~4 级进行评分,“根本做不到(1 分)”“偶尔做得到(2 分)”“基本做得到(3 分)”“完全做得到(4 分)”,14 条目得分之和为依从性得分。 ≥ 42 分为依从性好,28~41 分为依从性一般, < 28 分为依从性差。每天下午由组长牵头医护联合小组成员共同对患者当天的依从性情况进行评定,以出院时依从性作为效果评价指标。

1.4 统计学方法 用 SPSS20.0 软件分析数据。

2 结 果

2.1 两组患者肩痛发生率比较 见表 1。

表 1 两组患者肩痛发生率比较

组别	例数	肩痛 / 例 (%)	VAS 评分
对照组	125	38(30.4)	6.87 \pm 1.40
观察组	113	16(14.2)	5.94 \pm 0.93
χ^2/t 值		8.92	5.97
P 值		< 0.01	< 0.01

2.2 两组患者依从性情况比较 见表 2。

表 2 两组患者依从性情况比较 例 (%)

组别	例数	好	一般	差
观察组	113	90(79.6)	16(14.2)	7(6.2)
对照组	125	85(68.0)	34(27.2)	6(4.8)

$Z=1100.5, P < 0.05$

2.3 患者依从性与肩痛程度相关性 经 Spearman 相关分析,肩痛程度与患者依从性存在负相关, $r = -0.748, P < 0.01$ 。

3 讨 论

3.1 无缝隙姿势控制保证康复护理的连续性
无缝隙护理模式在 1989 年由美国佛罗里达州湖地医疗中心开始推行,医护人员的一切工作都要围绕着患者进行服务,引导并且教育所有医护人员在护理过程中时刻以患者的健康为中心,对患者的安全一定要有最大程度的保证,并且同时也要充分体现出连续性的护理工作^[7]。随着护理事业的发展,无缝隙护理越来越受到重视,很多的研究均显示出无缝隙护理的优势。陈莉^[8]的研究表明,无缝隙护理提高了鼻窦炎患者的护理质量,减少了术后并发症。纪慧^[9]的研究显示,无缝隙护理服务能提高脑卒中后卧床患者家庭照顾者相关知识水平与技能,减少卧床患者压疮的发生。罗南等^[10]的研究显示,无缝隙护理服务模式可以提高患者护理质量和满意度。张萌等^[11]研究

显示,无缝隙护理服务模式能显著增强孕产妇的信心。无缝隙姿势控制是在良肢位的基础上增加了更容易造成患者损伤的移动环节的管理,覆盖了患者整个住院过程,所以取得了更好的治疗效果。通过无缝隙的姿势控制可以及早纠正患者的不良姿势,减轻患者不适感,使患者不仅在运动时维持正确的运动模式,同时在休息时、转运时、日常活动时均能正确摆放良肢位、控制肢体角度和运动的方向,从而获得连续性专业康复指导与监督,减轻患者家属及社会的负担。

3.2 无缝隙姿势控制降低患者偏瘫肩痛的发生 脑梗死的发病率高,康复时间长,恢复缓慢,特别是肩痛不仅增加患者的痛苦,而且延缓上肢运动功能恢复,影响患者日常生活活动、行走和上肢功能康复治疗进展,延长住院时间。因此,脑卒中后偏瘫患者的肩痛治疗是患者康复的关键问题。尹伟华^[12]的研究显示,正确的肢体摆放对脑卒中后患者肩痛有预防作用。本研究对 113 例脑卒中偏瘫患者实施无缝隙姿势控制的结果表明,观察组的肩痛发生率低、疼痛程度轻,优于对照组($P < 0.05$),无缝隙姿势控制对于偏瘫肩痛的发生有良好的预防效果,而且对于肩痛发生的程度有减轻的作用。分析原因,一方面与无缝隙姿势控制通过发挥姿势控制医护联合小组的作用,制定了各级人员的职责和工作标准,提高护理人员和患者的姿势控制意识,让医护参与到患者的治疗和护理中有关;另一方面与对患者实施了无缝隙的有侧重性的姿势控制护理,使患者获得专业护理。

3.3 无缝隙姿势控制提高患者对治疗的依从性 张海花等^[13]的调查显示,82%脑卒中偏瘫患者难以保持良好的姿势体位,76%患者由于知识缺乏,没有采用良肢位摆放,38%患者觉得良肢位难以维持的原因是由于生活得不到家属应有的支持和照顾,还有 16%脑卒中患者由于心理因素影响了良肢位摆放的依从性。医护人员或家属在给患者进行各种被动活动、体位转移等训练时的方法不正确是造成肩部损伤疼痛的重要原因^[14]。通过临床实践反馈,取得康复治疗效果是否获得最大化,有赖于患者主动参与程度的高低,即治疗的依从性至关重要。本文就无缝隙姿势控制过程中患者的依从性及肩痛发生情况进行了观察,比较两组患者依从性与肩痛发生之间的相关性。结果显示,观察组患者依从性好(79.6%),患者依从性

与肩痛呈负相关($r = -0.748, P < 0.01$),即依从性越高,肩痛发生程度越轻。无缝隙姿势控制增加了医护人员与患者的直接接触时间,对患者治疗过程中进行全程干预,提高了患者对疾病和康复知识的认知,从而提升患者对疾病的治疗态度和重视程度,当患者出现问题或疑问时,可以第一时间与医护人员沟通,避免各项活动中损伤,提高治疗安全性和有效性。

3.4 局限性 开展无缝隙姿势控制使团队工作量增加,尤其护士,且对医护人员的专业知识、沟通能力提出了更高的要求,需要通过医院层面的人力配置、激励及培训手段进行解决,今后将对合理排班、建立更多的沟通渠道、提供更全面的姿势控制指导等方面进行优化,从而确保为患者提供更为优质的服务。

参考文献:

- [1] 刘亚楠.脑卒中患者肩痛的原因分析及康复训练方法[J].中国误诊学杂志,2012,12(6):1361.
- [2] Adey-Wakeling Z,Crotty M,Shanahan EM.Suprascapular nerve block for shoulder pain in the first year after stroke:a randomized controlled trial[J].Stroke,2013,44(11):3136-3141.
- [3] 钦晓英,葛秋华,叶祥明.中药熏洗结合中频电疗治疗偏瘫后肩痛的疗效观察[J].护理与康复,2015,14(5):461-463.
- [4] 陈庆梅,杨卫新.放散状体外冲击波治疗脑卒中后肩痛 38 例[J].交通医学,2011,25(3):266-267.
- [5] 高真真,徐道明,李彦彩,等.针刺结合肩部控制训练对脑卒中后肩痛的康复疗效观察[J].中国康复医学杂志,2014,29(4):370-372.
- [6] 林蓓蕾,张振香,孙玉梅,等.社区脑卒中患者功能锻炼依从性量表的编制及信效度检验[J].中国康复医学,2013,28(6):574-578.
- [7] 徐琼英.无缝隙护理模式在急诊科应用的效果评价[J].中国实用护理杂志,2012,28(10):14-15.
- [8] 陈莉.无缝隙护理在提高鼻窦炎手术围术期护理质量中的应用[J].实用临床医药杂志,2014,18(18):62-65.
- [9] 纪慧.脑卒中后卧床病人实施无缝隙护理服务预防压疮形成的研究[J].国际护理学杂志,2011,30(9):1341-1343.
- [10] 罗南,李溪晶.无缝隙护理服务模式在 CCU 的应用[J].中国实用护理杂志,2011,27(1):72-73.
- [11] 张萌,王静波,王庆碧.“三位一体”无缝隙护理服务模式对孕产妇分娩方式的影响[J].护理与康复,2015,14(12):1140-1142.
- [12] 尹伟华.正确肢体摆放预防脑卒中后患者肩痛的临床观察[J].中国实用护理杂志,2008,24(14):19-20.
- [13] 张海花,何爱娟.脑卒中患者对良肢位摆放依从性的调查分析[J].中国伤残医学,2013,21(5):393-394.
- [14] Niessen MH,Veegeer DH,Meskers CG,et al.Relationship among shoulder proprioception,kinematics,and pain after stroke [J].Arch Phys Med Rehabil,2009,90(9):1557-1564.