

镜像视觉反馈联合恐惧-回避模型疗法 治疗截肢术后幻肢痛 1 例的护理

章晓明, 乔世娜, 张熔熔, 刘敏君, 潘红英

浙江大学医学院附属邵逸夫医院, 浙江杭州 310016

摘要:总结 1 例镜像视觉反馈联合恐惧-回避模型疗法治疗截肢术后幻肢痛的护理。护理要点包括镜像视觉反馈治疗护理, 依据恐惧-回避模型的心理护理, 残肢局部护理。患者经治疗和护理后, 幻肢痛现象好转, 入院后第 39 天出院, 出院 4 个月后随访, 主诉幻肢痛完全消失。

关键词:截肢; 幻肢痛; 镜像; 恐惧-回避模型; 护理 DOI: 10. 3969/j. issn. 1671-9875. 2022. 02. 020

中图分类号:R473. 6

文献标识码:B

文章编号:1671-9875(2022)02-0069-03

幻肢痛(phantom-limb pain, PLP)是指肢体被截除后患者能够主观感受到肢体仍然存在不同程度、不同性质的疼痛^[1]。疼痛发生时间可在截肢后立即发生, 也可在术后 1 周或数周内发生^[2]。疼痛发生的主要部位集中在被截除肢体的远端, 疼痛性质主要为针刺样痛、烧灼样痛、切割样痛等。PLP 是截肢术后常见的并发症, 发生率为 55%~80%^[3]。其发病机制目前尚不完全清楚, 通常被认为是神经病理性疼痛的一种, 与中枢及外周神经元损伤有关^[4]。目前尚没有一种治疗方法对 PLP 有确切的疗效^[5]。镜像视觉反馈疗法是基于镜像神经元理论的动作观察, 通过镜像错觉提供视觉反馈输入, 影响人脑中的镜像神经元系统, 重塑病理状态下已经形成的脑皮质模式, 从而减轻患者疼痛的治疗方法^[6]。恐惧-回避模型是基于认知行为理论发展起来的疼痛心理干预模型, 其核心是疼痛恐惧导致了患者对疼痛的不同反应和行为^[7], 已被证实对于疼痛患者的康复有重要的指导意义^[8]。浙江大学医学院附属邵逸夫医院骨科于 2020 年 4 月收治 1 例截肢后并发 PLP 的患者, 给予镜像视觉反馈联合恐惧-回避模型疗法干预后 PLP 好转, 顺利出院。现报告如下。

1 病例简介

患者, 男, 38 岁, 因“右下肢开放性外伤术后

6 d”收住入医院。2020 年 4 月 15 日患者被水泥搅拌机绞伤致右下肢畸形、皮肤广泛挫裂、膝关节及骨外露、肌肉肌腱断裂伴活动性出血, 立即在当地医院行右下肢清创探查+内、外固定术治疗, 后因患肢皮肤及软组织血运及感觉变差、感染加重于 4 月 21 日转入浙江大学医学院附属邵逸夫医院。入院时, 患者意识清, 主诉右下肢持续性胀痛、麻木样痛, 视觉模拟评分法(Visual Analogue Scales, VAS)^[9]评分 4 分, 无既往疾病史。入院诊断: 右下肢机器绞伤内、外固定术后, 胫腓骨粉碎性骨折伴骨缺损, 小腿肌肉、肌腱、神经血管损伤, 下肢广泛皮肤挫裂伴坏死。患者入院后完善相关检查, 入院第 2 天、第 9 天分别行保肢手术, 围手术期给予舒芬太尼自控静脉镇痛泵+静脉推注注射用帕瑞昔布钠+静脉滴注地佐辛, 口服氨酚曲马多片+普瑞巴林胶囊+甲钴胺片+度洛西汀片, 经皮神经电刺激止痛方案, 疼痛控制不佳, 5 月 6 日(入院后第 16 天)行右大腿截肢术, 术后 6 h 出现已截除右小腿、脚踝、脚背、脚趾阵发性针刺样、麻木样、绞痛等感觉, 每半小时发作 1 次, VAS 评分 8~9 分, 多次调整药物止痛方案未见明显效果, PLP 严重影响患者睡眠。5 月 18 日(入院后第 28 天)使用镜像视觉反馈治疗, 并依据恐惧-回避模型疗法加强对患者的疼痛健康教育和心理护理。5 月 20 日(入院后第 30 天), 患者主诉 PLP 较前好转。5 月 29 日(入院后第 39 天), 患者 PLP 发作次数 3~4 次/d, VAS 评分 2~4 分, 顺利出院。出院 4 个月后对患者电话随访, 患者主诉 PLP 完

作者简介:章晓明(1988—), 男, 本科, 硕士在读, 主管护师。

收稿日期:2021-03-12

通信作者:潘红英, panhy@srrsh.com

基金项目:浙江省医药卫生科技计划项目, 编号 2021KY748; 浙江省医药卫生科技计划项目, 编号 2019ZD006

全消失。

2 护理

2.1 镜像视觉反馈治疗护理

治疗前,护士向患者详细解释镜像视觉反馈治疗的作用机制与配合要点。治疗在患者病房内进行,嘱患者取舒适半坐卧位,准备一面专用镜子,将镜子摆放在患肢侧,康复治疗师首先演示脚趾屈伸、踝关节屈伸、向上直抬腿、膝关节屈伸等4组动作,直到患者完全理解,在进行肢体活动前,先让患者安静观察镜像中健侧肢体3 min,再开始活动健侧肢体,每组动作持续3 min。患者将注意力集中在镜像中,观察镜像中的肢体及动作,想象镜像中的肢体就是患侧肢体。镜像视觉反馈治疗每天进行2次,15 min/次,每次治疗结束后,护士主动与患者交流感受,以了解治疗的效果。该患者PLP从治疗前每半小时出现1次,VAS评分8~9分,睡眠时间少于3 h,到治疗后第4天,PLP发作频率与VAS评分下降,睡眠时间延长至5 h,入院后第39天,PLP发作频率为3~4次/d,VAS评分2~4分,不影响患者夜间睡眠。

2.2 依据恐惧-回避模型疗法的心理护理

2.2.1 识别患者恐惧心理

恐惧-回避模型中经典的行为是“回避”和“对抗”,“回避”行为会因为对疼痛的恐惧而加重疼痛程度,采用“对抗”行为的患者随着疼痛的消退而恢复身体功能和社会活动。护士需要评估和识别患者出现PLP时的恐惧刺激,帮助患者澄清期望,界定哪些特殊条件或刺激会影响患者实现他的期望,实施行为干预,使患者对疼痛的恐惧得到缓解。本案例中通过评估发现患者的疼痛恐惧刺激为身体活动、医生换药及听到“截肢”相关话题,如截肢前患者经历严重外伤及多次手术,疼痛未得到有效控制,进行翻身等轻微身体活动、右下肢换药时均会导致疼痛加剧,截肢后每次进行身体活动与创面换药时,患者均会将疼痛灾难化,非常紧张与恐惧,继而出现恐惧-回避模型中的“回避”行为;患者在听到家属或者医护人员说到“截肢”两个字时,会唉声叹气并流露出悲伤沮丧的表情,并大声呵斥制止家属谈论“截肢”相关话题,亦“回

避”行为。

2.2.2 引导患者接受截肢事实

患者右下肢因意外被水泥搅拌机绞伤,受到极大打击,同时经历多次手术,疼痛控制不佳,夜间难以休息好,一直处于焦虑、无助的状态,且对保肢及痊愈的期望极高,得知右下肢需要截肢时,患者及家属情绪崩溃。截肢手术后,患者认为其以后会被人歧视、无法融入社会,经常一个人望着窗外发呆,对医护人员冷漠,不配合治疗,对家属不耐烦,动则大声呵斥、情绪激动,家属亦情绪低落,唉声叹气,术后使用大量止痛药无法缓解疼痛,甚至出现严重PLP,加重了患者焦虑、悲观、抑郁、恐惧的心理,进一步导致疼痛加重。针对以上情况,引导患者看到截肢造成的危害和痛楚,也认识到截肢可以保全生命,从心理上给予其安慰,对其不合理的认知、期望和信念进行校正。护士取得家属的理解,劝慰家属不要在患者面前流泪、埋怨、焦虑、着急等,避免影响患者的情绪,并告知其在心理护理中的重要作用,鼓励家属一起参与到患者心理护理中。在意识到自己的情绪会给患者带来负面影响后,家属通过正向的言语、行为给予患者支持和鼓励,并经常向医护人员请教心理护理的具体做法。直到出院,患者未出现明显的情绪波动。

2.2.3 多措施落实恐惧-回避模型疗法

将患者安排在远离护士站的单人房间,为患者营造一个安静、整洁、舒适、安全的环境。在护理人员安排上,通过弹性排班的方式,安排高年资护士,减少患者陌生感,每日晨间护士长查房,关心患者PLP情况、活动情况,鼓励患者说出内心的想法,并耐心倾听。与患者的沟通交流方式上选择正反双向沟通法,对患者配合治疗、配合康复活动甚至露出笑容时给予肯定及鼓励,流露出沮丧等负性情绪时,保持耐心倾听,了解患者心理状况,适度表达同情与理解,与患者建立起良好的护患关系,也给予适当的提醒,告知目前的消极情绪会导致疼痛恐惧回避行为。向患者介绍恐惧-回避模型,使其明白疼痛是可以通过治疗得以缓解的,是暂时的损伤导致的,嘱其在出现疼痛时及时告

知医生护士,并将既往截肢患者成功回归社会的例子介绍给患者,帮助其进一步树立信心。鼓励患者与家属每日书写疼痛日记,将出现 PLP 的时间点、VAS 评分、疼痛性质、持续时间及具体感觉等记录下来,并与医生护士分享疼痛日记,共同探讨止痛方案。在生活上给予关心和帮助,结合患者的年龄、兴趣,与家属一起引导其转移注意力,如进行娱乐活动(看电视、听音乐)。依据恐惧-回避模型进行疼痛健康教育后,患者能正视自己截肢的事实,明白 PLP 产生原因,并且相信 PLP 是可以治疗的,对疼痛的恐惧减缓,愿意“对抗”疼痛,主动配合治疗与康复。

2.3 残肢局部护理

术后使用舒适柔软枕头适度支撑残肢,使残肢处于伸展、内收位,及时冷敷,减少截肢切口周围肌肉渗血,缓解疼痛。妥善固定残端引流管,避免牵拉,每日进行评估,观察引流液的颜色、性状及量,尽早拔除。在进行切口换药等操作时动作轻柔,告知患者可以提前按压镇痛泵,避免对残端的刺激引起疼痛。鼓励患者积极配合康复治疗师进行早期康复锻炼,术后即开始残肢肌肉的等长收缩活动,保持残端处于功能位,防止髋关节屈曲挛缩,逐渐从主动运动过渡到抗阻力运动,尽早下床活动,进行适当的平衡训练,适应截肢后的身体活动。该患者出院时残肢肌肉力量良好,未出现髋关节屈曲挛缩的情况。

3 小结

截肢术后 PLP 发生率高,而发生机制目前尚

未完全清楚,也没有明确有效的治疗方法。本例患者截肢术后发生 PLP,通过镜像视觉反馈治疗联合恐惧-回避模型疗法 PLP 好转出院。护理重点为如何做好镜像视觉反馈和恐惧-回避模型疗法的相关护理,重视残肢局部护理,以促进患者早日康复。

参考文献:

- [1] 张国兴,丘开亿. 镜像治疗结合经皮神经电刺激对截肢后幻肢痛的影响[J]. 中国疼痛医学杂志,2017,23(4):310-311.
- [2] COLQUHOUN L, SHEPHERD V, NEIL M. Pain management in new amputees: a nursing perspective[J]. British Journal of Nursing, 2019, 28(10): 638-646.
- [3] IMAIZUMI S, ASAI T, KOYAMA S. Agency over phantom limb enhanced by short-term mirror therapy[J]. Frontiers in Human Neuroscience, 2017, 11: 483.
- [4] LI J, LI T, LI G, et al. Selective nerve root injection of ozone for the treatment of phantom limb pain: Three case reports[J]. Medicine (Baltimore), 2020, 99(16): e19819.
- [5] 田中义,郝涌刚,刘新伟,等. 幻肢痛发病机制研究及临床治疗新进展[J]. 中国康复医学杂志, 2016, 31(1): 110-114.
- [6] 谢娜,阮祥梅,陈旦. 镜像疗法对乳腺癌术后持续性疼痛的效果[J]. 中国康复理论与实践, 2018, 24(2): 134-137.
- [7] 童莺歌,田素明. 疼痛护理学[M]. 杭州:浙江大学出版社, 2017: 109.
- [8] KOMANDUR B, MARTIN P R, BANDARIAN-BALOOCH S. Mindfulness and chronic headache/migraine: mechanisms explored through the fear-avoidance model of chronic pain[J]. The Clinical Journal of Pain, 2018, 34(7): 638-649.
- [9] ALGHADIR A H, ANWER S, IQBAL A, et al. Test-retest reliability, validity, and minimum detectable change of visual analog, numerical rating, and verbal rating scales for measurement of osteoarthritic knee pain[J]. Journal of Pain Research, 2018, 11: 851-856.

(上接第 68 页)

3 小结

排斥反应是细胞组织和器官移植术后的特有现象,小肠移植术后排斥反应发生率较高,早期识别排斥反应,加强患儿移植肠造口护理及肠镜检查的配合和护理,促进检查 and 治疗的顺利,正确使用免疫抑制剂降低排斥反应的发生率等。经早期发现、及时诊治与护理,患儿恢复良好,术后顺利康复出院。

参考文献:

- [1] 李元新. 小肠移植发展现状、困惑与挑战[J]. 器官移植, 2016, 7

(1): 8-13.

- [2] MOON J I, ZHANG H, WALDRON L, et al. Stoma or no stoma: first report of intestinal transplantation without stoma[J]. American Journal of Transplantation, 2020, 20(12): 3550-3557.
- [3] 中华医学会器官移植学分会. 小肠移植临床技术操作规范[J]. 中华器官移植杂志, 2019, 40(10): 580-590.
- [4] 中华医学会器官移植学分会. 移植小肠病理学临床操作规范(2019版)[J]. 器官移植, 2019, 10(5): 552-558.
- [5] 沈倩倩. 小儿经皮内镜下胃造瘘置管术 7 例的护理[J]. 护理与康复, 2018, 17(1): 53-55.
- [6] 李芬. 巨大肠系膜肿瘤离体肿瘤切除小肠自体移植术后 1 例护理[J]. 上海护理, 2019, 19(2): 69-71.