

院时间,降低住院费用,提高治疗效果,增加患者的满意度^[3-5]。本研究中,整体护理组住院天数、卧床时间、住院费用、术后满意度、遵医行为情况以及出院时、术后6个月 Macnab 标准评分等指标均优于传统护理组,这也证实了整体护理的优势。

3.2 整体护理具有综合性、动态性、决策性及反馈性的特点,它要求护士为患者提供主动、全面、系统的护理服务^[6-8]。具体应用到 MED 围手术期,除一般的护理程序外,还要注意以下几点:(1)MED 有别于传统手术,对手术技术要求相对较高,术前宣教需强调该手术的安全性和有效性,提高患者对手术的接受程度。(2)术后住院期间短期内可能存在病情反复,这属于正常情况,应告知患者以减轻其顾虑,并与医生沟通,及时处理。(3)早期、合理的功能锻炼是手术良好效果的保证,如直腿抬高训练,可保持神经根的微动,避免术后粘连病情复发。需跟患者强调功能锻炼的重要性并对其进行指导。(4)注重疼痛的评估和干预,减轻患者的痛苦,更重要的是,增加患者的依从性,使其能更早、更充分地进行功能锻炼,促进康复。(5)MED 术后需要一个较长时间的恢复过程,配合医生对患者进行正确的出院指导,

定期回访,保证手术能获得较好的中远期疗效。

综上所述,在 MED 围手术期实施整体护理临床效果满意,值得推广。

参考文献

- 1 Lee KH, Anderson YM. The association between clinical pathways and hospital length of stay: a case study[J]. J Med Syst, 2007, 31(1): 79-83.
- 2 江 澜. 整体护理在手术室的应用效果分析[J]. 中国实用护理杂志, 2009, 25(24): 45-46.
- 3 卢 桑, 陈秋燕, 范召辉, 等. 腰椎间盘突出症实施临床路径治疗的医疗费用控制及效果评价[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2011, 15(39): 7399-7402.
- 4 杨 莉. 临床路径在腰椎间盘突出髓核摘除术患者中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2010, 26(11): 22-23.
- 5 张雪珍. 临床路径在腰椎间盘突出症患者围手术期护理中的应用效果[J]. 当代护士(学术版), 2011, (9): 33-34.
- 6 张好凤, 赵玉华. 整体护理存在的问题及对策[J]. 中国医学创新, 2009, 6(23): 143.
- 7 赵 洋, 金海莲, 强晓玉, 等. 开展整体护理面临的问题及对策[J]. 吉林医学, 2008, 29(14): 1209-1210.
- 8 徐林琴. 整体护理在骨科中应用的体会[J]. 中国医药指南, 2013, 11(16): 765-766.

[收稿日期 2014-12-04][本文编辑 蓝斯琪]

护理研讨

中药烫疗上肢肌群干预脑卒中后肩-手综合征的疗效

刘海兰

基金项目: 广西中医药管理局课题项目(编号: GZZC0922)

作者单位: 530011 南宁, 广西中医药大学附属瑞康医院康复科

作者简介: 刘海兰(1968-), 女, 大学本科, 学士学位, 主管护师, 研究方向: 脑卒中康复护理。E-mail: liuhailan2010@126.com

【摘要】目的 探讨中药烫疗上肢肌群结合康复训练对脑卒中后肩-手综合征患者的临床疗效。**方法** 将80例患者按随机单盲法分为干预组与对照组各40例。对照组采用神经内科常规治疗及康复护理。干预组在常规治疗康复护理基础上同时配合中药烫疗患侧上肢肱二头肌及前臂屈肌肌群。**结果** 治疗45d后, 干预组患者的上肢功能改善效果优于对照组($P < 0.05$), 日常生活能力提高程度优于对照组($P < 0.01$)。**结论** 采用中药烫疗上肢肌群结合康复训练的护理干预对脑卒中后肩-手综合征患者的疗效显著, 能更好提高患者的自理能力。

【关键词】 肌群烫疗; 脑卒中; 肩-手综合征; 康复护理

【中图分类号】 R 47 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2015)05-0462-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2015.05.25

Curative effect of Chinese traditional medicine hot treatment for upper limb muscle group in the treatment shoulder hand syndrome after stroke LIU Hai-lan. Department of Rehabilitation, Ruikang Hospital Affiliated to the University of Chinese Medicine, Guangxi 530011, China

[Abstract] **Objective** To explore the clinical efficacy of Chinese traditional medicine hot treatment of upper limb muscle group combined with rehabilitation training in the treatment of patients with shoulder hand syndrome after stroke. **Methods** Eighty patients were randomly divided into intervention group ($n=40$) and control group ($n=40$). The control group received nerve internal medicine routine treatment and rehabilitation nursing. On the basis of above therapy, the intervention group received Chinese traditional medicine hot treatment for upper extremities biceps and forearm flexor muscle group. **Results** The improvement of upper limb function in the intervention group was better than that in the control group significantly ($P<0.05$) after the treatment of 45 days and the improvement of daily life ability in the intervention group was better than that in the control group ($P<0.01$). **Conclusion** Chinese traditional medicine hot treatment of upper limb muscle group combined with rehabilitation training nursing in the treatment of patients with shoulder hand syndrome after stroke has significant curative effect, and can better improve the self-care ability of patients.

[Key words] Muscle group hot treatment; Stroke; Shoulder hand syndrome; Rehabilitation nursing

肩-手综合征 (shoulder-hand syndrome, SHS) 是脑卒中偏瘫患者常见的并发症, 其发生率为 12% ~ 74.1%^[1]。主要表现患侧上肢肩、腕、手指关节疼痛肿胀, 活动受限以及血管运动障碍所致的手背部皮肤发红、发绀、皮温增高, 重者可出现关节僵硬, 皮肤肌肉萎缩或挛缩, 严重影响患侧上肢功能的恢复。近年来, 我们采用神经内科常规治疗及康复护理的同时结合中药烫疗患侧上肢肱二头肌及前臂屈肌肌群, 取得良好效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013-06 ~ 2014-06 在我科住院的脑卒中后 SHS 患者 80 例, 均符合 1995 年第四届全国脑血管病学术会议的提出的诊断要点^[2], 并经头颅 CT 或 MRI 确诊, SHS 诊断符合《神经康复学》标准^[3], 并排除肩关节疾病及丘脑病变所致的疼痛和运动障碍。采用随机数字表法将患者分为干预组与对照组各 40 例。两组患者在年龄、性别、病情、SHS 分期、Brathel 指数评分和 Fugl-Meyer 评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。见表 1, 2。

表 1 两组患者基线资料比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别		年龄 (岁)	SHS 分期	
		男	女		I 期	II 期
干预组	40	29	11	65.3 ± 4.2	26	14
对照组	40	25	15	64.8 ± 5.1	22	18
$t/\chi^2/u$	-	0.513		0.479	0.902	
P	-	0.474		0.634	0.368	

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 按神经内科常规治疗给予改善脑

血循环及脑细胞代谢等及康复护理。早期加强良肢位摆放, 在不引起疼痛下对患肢进行缓慢按摩、冰刺激及各关节被动、助力、主动等训练; 正确使用肩、肘、腕、手等支具; 禁止在患侧肢体静脉输液, 并配合针灸、理疗及心理护理等综合治疗。

1.2.2 干预组 除按对照组常规治疗及康复护理外同时配合中药材 (鸡血藤 30 g, 络石藤 30 g, 秦艽 30 g, 伸筋草 15 g, 艾叶 30 g, 泽兰 30 g, 防风 10 g, 乳香 15 g, 没药 15 g, 薄荷脑 15 g, 樟脑 15 g) 按常规浓煎成汤剂, 将汤剂渗透于棉垫 (棉垫不滴水为宜), 将汤剂棉垫置于患侧上肢肱二头肌及前臂屈肌肌群, 使用型号 T03-B 场效应治疗仪进行烫疗, 2 次/d, 30 min/次, 根据病情选择强度在低 ~ 中档, 治疗 45 d 为一个疗程。

1.3 疗效评定 治疗 45 d 后由同一治疗师评定疗效, FMA 及 BI 指数评分高则表示活动能力强。

1.3.1 疗效标准^[4] (1) 痊愈: 关节疼痛消失, 活动达正常范围, 水肿消失, 肌肉无萎缩。(2) 显效: 水肿、疼痛消失, 关节活动无明显受限, 手部小肌肉无萎缩。(3) 有效: 水肿基本消失, 疼痛明显缓解, 关节活动轻度受限, 手部小肌肉萎缩不明显。(4) 无效: 症状无明显改善, 关节活动明显受限, 肌肉萎缩逐渐加重。

1.3.2 上肢运动功能评定 采用改良的 Fugl-Meyer 评分 (FMA)^[5]。

1.3.3 日常活动能力评定 采用改良 Brathel 指数 (BI) 评定^[5]。

1.4 统计学方法 应用 SPSS12.0 统计软件进行数据处理, 计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 两组比较采用 t 检验, 计数资料组间比较采用 χ^2 检验, 等

级资料比较采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 干预组 40 例中痊愈 15 例, 显效 19 例, 有效 5 例, 无效 1 例; 对照组 40 例中痊愈 10 例, 显效 14 例, 有效 9 例, 无效 7 例。干预组疗效优于对照组, 差异有统计学意义 ($u = 2.265, P = 0.024$)。

2.2 两组治疗前后 FMA 及 BI 评分比较 两组治疗前 FMA、BI 评分无明显差异, 治疗后干预组明显高于对照组 ($P < 0.01$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后 FMA 及 BI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FMA(分)		BI(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
干预组	40	34.36 $\pm$ 6.28	63.93 $\pm$ 7.21	36.67 $\pm$ 9.32	74.56 $\pm$ 7.38
对照组	40	35.92 $\pm$ 5.98	50.68 $\pm$ 5.98	35.95 $\pm$ 8.12	61.38 $\pm$ 6.72
<i>t</i>	-	1.138	8.946	0.368	8.352
<i>P</i>	-	0.259	0.000	0.714	0.000

3 讨论

3.1 脑卒中后 SHS 与中风患者早期不正确的运动模式导致肩、腕关节损伤, 上肢体液回流受阻以及中枢神经损伤后血管运动功能障碍等有关。临床上 SHS 分三期: I 期可持续 3~6 个月, 如得不到及时正确治疗可逐渐发展进入 II 期或 III 期。III 期是不可逆的终末阶段, 患手可完全废用, 成为终身残疾。现代康复理论认为, 脑卒中后中枢神经系统在结构和功能上均有较强的重组能力, 部分神经元可以再生, 早期加强良肢位正确摆放, 以维持肩关节正常解剖位, 解除肩痛; 在不引起疼痛下对患肢进行缓慢按摩及进行各关节被动、助力、主动等训练, 正确使用肩、肘、腕、手等支具, 能增加患者肩关节活动范围。冰刺激能使血管收缩舒张, 加强交感神经刺激, 有利消肿止痛。禁止在患侧肢体静脉输液, 防止液体渗漏而加重患肢肿胀, 同时配合针灸、理疗及心理护理等综合治疗, 能促进正常功能模式的形成与恢复。

3.2 中医学认为, 脑卒中后 SHS 属“中风”、“痹证”范畴; 疼痛和水肿是 SHS 尚处于早期的标志, 也是治疗可能有效的标志。本特色中药方: 鸡血藤、秦

芫、伸筋草、络石藤具有祛风除湿、舒筋通络之功效; 泽兰、没药、乳香具有活血化瘀, 消肿止痛之功效; 艾叶、防风具有除湿、祛风散寒、温经止痛之功效; 薄荷脑、樟脑作用于皮肤、黏膜, 有清凉止痒, 除湿杀虫, 温散止痛, 开窍辟秽等作用。诸药合用明显加强了活血化瘀, 温通经络, 祛风除湿, 强筋健骨之功效, 对卒中后偏瘫肢体的麻木、筋脉拘挛, 关节屈伸不利, 风湿痹痛等治疗效果更明显。

3.3 场效应治疗仪具有远红外线温热、交变磁场、穴位刺激经络等效应; 另外, 肌群烫疗是根据脑卒中后偏瘫肢体的上肢强化屈肌, 下肢强化伸肌特点, 上肢选取肱二头肌及前臂屈肌肌群烫疗。因此, 早期应用中药温热功效与场效应直接作用在患侧肌群, 作用范围大且直接, 有促进皮肤黏膜、汗腺皮脂腺吸收, 加强药物渗透进入人体, 改善经络的生理作用, 使骨骼肌吸收热量, 局部温度升高, 导致肌梭内纤维兴奋性减弱, 提高 Golgi 腱器官活性, 抑制 γ 纤维活性, 改善局部组织的血液循环, 同时减轻了神经间肌纤维的传出冲动, 使肌张力下降, 偏瘫肢体痉挛、疼痛、水肿均得到减轻。

3.4 根据脑卒中后 SHS 的发病机制, 临床实践证明, 脑卒中后 SHS 患者采用常规治疗及康复护理基础上同时配合本中药特色方汤剂, 利用场效应治疗仪对患侧肌群进行烫疗等综合护理干预, 取得显著疗效, 体现中医护理操作与现代康复技术相结合应用, 对现代康复医学是一个很好的补充^[6], 从而有利于患者的全面康复。

参考文献

- 1 刘 奕. 体外冲击波配合中药熏蒸治疗脑外伤后肩手综合征 68 例[J]. 河南中医, 2012, 32(2): 196-197.
- 2 1995 年全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- 3 朱镛连. 神经康复学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2003: 545.
- 4 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.
- 5 恽晓平. 康复疗法评定学[M]. 北京: 华夏出版社, 2005: 429.
- 6 金荣疆, 朱天民, 王 倩, 等. 电针拮抗肌腓穴复合易化技术对脑梗塞后偏瘫患者运动功能及日常生活能力的影响[J]. 成都中医药大学学报, 2010, 33(3): 9-12.

[收稿日期 2013-10-18][本文编辑 黄晓红]