

脑卒中患者陪护人员实施强化康复教育干预对患者肩痛发生和康复的影响

胡裕君, 陈启波, 黄小蓓, 吴健凡, 郭佳

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院康复医学科

作者简介: 胡裕君(1982-), 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 脑卒中康复。E-mail: qidonghu2003@163.com

[摘要] **目的** 探讨脑卒中患者陪护人员实施强化康复教育干预对患者肩痛发生和康复的影响。**方法** 将 90 例脑卒中偏瘫患者随机分为观察组和对照组各 45 例。对照组仅给予常规康复治疗 and 护理; 观察组除采用常规的康复治疗 and 护理外, 同时对患者陪护人员进行康复知识教育。观察两组患者 Fugl-Meyer 肩关节活动功能评分和肩痛的发生率。**结果** 观察组肩关节活动功能评分优于对照组, 肩痛的发生率低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 陪护人员康复知识教育, 能有效预防脑卒中偏瘫患者肩痛的发生, 帮助促进肩关节活动功能的康复。

[关键词] 脑卒中; 陪护人员; 康复知识教育; 卒中后肩痛

[中图分类号] R 49 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2017)06-0540-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2017.06.12

Effect of strengthened rehabilitation education by caregivers on the hemiplegic shoulder pain in stroke patients HU Yu-jun, CHEN Qi-bo, HUANG Xiao-bei, et al. Department of Rehabilitation Medicine, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

[Abstract] **Objective** To explore the effect of strengthened rehabilitation education by caregivers on the hemiplegic shoulder pain in stroke patients. **Methods** 90 patients with hemiplegia were selected and were randomly divided into the observation group and the control group, with 45 cases in each group. The patients in the control group were treated with routine rehabilitation, and the patients in the observation group were treated with routine rehabilitation and the strengthened rehabilitation education that was given by the caregivers. The scores of the shoulder joint activity were evaluated by Fugl-Meyer assessment scale and the incidences of shoulder pain were calculated. The scores and the incidences were compared between the two groups. **Results** After the intervention, the scores of the shoulder joint activity in the observation group were significantly higher than those in the control group ($P < 0.05$), and the incidence of shoulder pain of the observation group was significantly lower than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The strengthened rehabilitation education given by caregivers can reduce the hemiplegic shoulder pain and improve the shoulder joint activity in the hemiplegia patients.

[Key words] Stroke; Caregiver; Rehabilitation education; Hemiplegic shoulder pain

脑卒中后肩痛是指脑卒中后患者偏瘫侧肩关节被动或主动活动时出现疼痛, 是脑卒中患者常见的并发症之一^[1], 多发生在脑卒中后第 2 周内, 也可早于 2 周或 2 周以后发生^[2], 发生率可达 21% ~ 72%^[3]。脑卒中后由于肩痛, 往往阻碍患者偏瘫上肢功能的改善和恢复^[4], 影响患者的康复训练, 严重者还可影响患者睡眠, 导致患者焦虑、抑郁, 因此, 脑卒中后肩痛的预防是脑卒中患者早期的康复目标之一。本研究通过对患者陪护人员强化康复教育对卒中后肩痛的预防和肩关节活动的改善取得一定效果, 现报

道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014-04 ~ 2016-08 我院康复医学科收治住院的脑卒中偏瘫患者 90 例为研究对象。纳入标准: (1) 经头颅 CT 或 MRI 检查确诊, 且符合全国第四届脑血管病学术会议通过的诊断标准, 有偏瘫; (2) 首次发病, 病程在 3 周内, 无明显肩痛病史, 视觉模拟量表 (visual analogue scale, VAS) 评分 < 4 分; (3) 陪护人员有一定的文化程度, 有较好的沟通能力, 并知情同意参与。排除标准: (1) 有

严重心、肺、肝、肾等脏器疾病；(2)有严重认知功能障碍；(3)无固定陪护人员。90 例患者中男 52 例，女 38 例，年龄 48~89(66.46±9.38)岁，病程 7~21(14.76±3.86)d。患者陪护人员男 42 例，女 48 例，年龄 26~65(43.84±9.94)岁；亲属 52 例，非亲属 38 例；本科及其以上 8 例，大专 12 例，高中及中专 21 例，初中及以下 49 例。将患者随机分为观察组和对照组，每组 45 例，两组患者在年龄、性别、病程、病情等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。见表 1。两组患者陪护人员在性别、年龄、与患者关系、文化程度等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。见表 2。

表 1 两组患者一般资料比较 [$n, (\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	性别		年龄 (岁)	病程 (d)	肩痛	
		男	女			无(VAS 0 分)	轻度(VAS 1~3 分)
观察组	45	29	16	67.11±9.08	15.24±3.87	29	16
对照组	45	23	22	65.80±9.74	14.27±3.82	32	13
t/χ^2	-	1.640		0.661	1.205	0.458	
P	-	0.200		0.511	0.231	0.499	

表 2 两组患者陪护人员一般资料比较 [$n, (\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	性别		年龄 (岁)	与患者关系		文化程度	
		男	女		亲属	非亲属	高中(中专) 及以上	初中及 以下
观察组	45	19	26	42.51±10.08	27	18	23	22
对照组	45	23	22	45.18±9.73	25	20	18	27
t/χ^2	-	0.714		0.856	0.182		1.120	
P	-	0.398		0.205	0.670		0.290	

1.2 方法 对照组接受常规康复治疗 and 护理。观察组除了采用常规康复治疗 and 护理外，同时对患者陪护人员实施预防肩痛发生的康复知识教育，时间为 8 周，每周 2 次，1 h/次，陪护人员与患者同时参与(在病房进行)。康复教育的内容主要包括脑卒中一般知识、偏瘫肩痛的原因和危害、卧位良肢位的摆放、坐位上肢的摆放、肩悬吊带的正确使用、如何正确翻身、如何正确转移、日常护理中要避免的活动等。个别指导主要内容包括：(1)卧位时上肢的摆放。患者由入院开始注重肢体的摆放，由科室统一配备良肢位摆放辅助用具。偏瘫上肢的摆放：仰卧位时患肩稍垫起防止肩后缩，患侧上肢伸展稍外展，前臂旋后，拇指指向外方；健侧卧位时患侧肩胛带充分前伸，上肢置于枕头上，肩屈曲 90°~130°，肘与腕伸展；患侧卧位时患侧肩胛带充分前伸，肩屈曲 90°~130°，患肘伸展，前臂旋后，手自然地呈背伸位^[5]。健侧卧位及仰卧位每 2 h 更换体位 1 次，患

侧卧位每 1 h 更换体位 1 次。(2)坐位时上肢的摆放。坐在床上或轮椅上时，保持患侧上肢平放在前面的小桌子上。坐轮椅时，要避免患侧上肢悬垂于轮椅外。(3)肩悬吊带的使用。当步行或站立时可选择使用肩悬吊带^[5,6]。(4)床上翻身。应避免牵拉患侧肩关节，教会患者及陪护人员掌握正确的翻身技术，动作不能粗鲁，以免牵拉患肢。(5)患者位置移动。在床面上移动患者位置时，应托住患者的肩背部、腰部及臀部，避免牵拉患侧上肢。由病床移至轮椅时轮椅应放在患侧，陪护人员两脚放在患者脚两边，用膝部在前面抵住患者膝关节，陪护人员将患者前臂放在自己的肩上，将自己的手放在患者肩胛骨上，抓住肩胛骨内缘，使其向前，陪护人员用伸直的上肢托住患者的上肢，鼓励患者抬头，将患者重心前移至其脚上，在肩胛骨上向下压，直至患者的臀部离开床面，引导患者接近坐位，放在轮椅靠后背处坐下；由轮椅移动到病床时注意操作手法同上^[5]。患者从摇高的床头或轮椅上下滑时，避免将双手置于双侧腋下将其拖向靠背，以防肩关节过度被动外展。(6)避免盲目训练。肩部的康复训练包括肩胛骨被动活动、肩胛骨主动活动、肩关节肌力及活动度训练等，均应由治疗师操作。治疗师指导陪护人员督促患者行自助上肢运动。未经治疗师指导，避免自我盲目训练，尤其避免患者反复练习主动抬举手臂及用滑轮进行交互运动等可能引起肩部损害的运动^[7]。(7)其他护理注意事项。避免患侧输液，出现患侧手背肿胀在卧位时垫高上肢，量血压、穿衣、洗澡时避免牵拉患侧上肢。(8)督促指导。责任护士按要求每日巡视 3 次，进行督促指导，康复医师和治疗师查房或康复训练时随时纠正患者不良姿势与陪护人员错误的护理方法。

1.3 观察指标 干预前和干预 8 周后分别进行 Fugl-Meyer 肩关节活动功能评分和 VAS 评分。Fugl-Meyer 肩关节活动功能评分包括肩关节运动和疼痛两部分，分别测评肩关节屈曲、外展 90°、外旋、内旋时活动度和疼痛情况，运动分 8 分，疼痛分 8 分，共计 16 分。运动分：活动度只有几度评 0 分，被动关节活动受限评 1 分，被动关节活动度正常评 2 分。疼痛分：在关节活动范围内或整个活动过程中疼痛评 0 分，有些疼痛评 1 分，无痛评 2 分。VAS 评分是使用一条长约 10 cm 的游动标尺，一面标有 10 个刻度，两端分别为“0”分端和“10”分端，“0”分表示无痛，“10”分代表难以忍受的最剧烈的疼痛，将有刻度的一面背向患者，让患者在直尺上标出能代表自

己疼痛程度的相应位置,评估者根据患者标出的位置为其评出分数。本研究将VAS评分 ≥ 4 分定为有明显肩痛,计算两组明显肩痛的发生率。

1.4 统计学方法 应用SPSS17.0统计软件进行数据处理,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料用率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后Fugl-Meyer肩关节活动功能评分比较 干预前,两组评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,观察组评分显著高于对照组($P < 0.01$)。见表3。

表3 两组患者干预前后Fugl-Meyer肩关节活动功能评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	干预前	干预后	t	P
观察组	45	10.56 $\pm$ 2.78	11.84 $\pm$ 3.07	2.087	0.040
对照组	45	10.82 $\pm$ 2.10	9.04 $\pm$ 2.24	3.866	0.000
t	-	0.513	4.949	-	-
P	-	0.609	0.000	-	-

2.2 两组患者干预后明显肩痛发生率比较 观察组干预后明显肩痛发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表4。

表4 两组患者干预后明显肩痛发生率比较

组别	例数	有明显肩痛	无明显肩痛	发生率(%)
观察组	45	12	33	26.67
对照组	45	22	23	48.89

注:两组发生率比较, $\chi^2 = 4.727, P = 0.030$

3 讨论

3.1 卒中后肩痛最常见原因是肩周软组织损伤、肩-手综合征、臂丛神经损伤、中枢痛等。卒中后肩痛的确切机制尚不明确,一般认为其可能的发生机制为(1)肩关节半脱位:肩关节周围的肌肉张力低下,无法固定肱骨头及关节盂,表现为肩关节半脱位。肩关节半脱位本身不会引起肩痛,主要是由于肩关节稳定性差,肌肉的支撑力量无法抵抗手臂的重力作用,过度牵拉关节囊和周围软组织,刺激这些部位的神经感受器,从而导致肩痛^[8]。不过,肩痛与肩关节半脱位之间的关系尚有不同意见。(2)肌张力异常:肩关节正常机制被异常或不平衡的肌张力破坏,上肢屈肌痉挛模式占优势,肩胛骨肱骨节律丧失,肱骨外旋不充分以及在关节盂内肱骨头缺乏向下的滑动,当未充分松动肩胛骨和肱骨外旋不够

时做肱骨的暴力外展活动会造成肩峰和喙肩弓反复的撞击和拉伸,造成肩部软组织损伤^[7]。有学者用核磁共振成像和超声检查研究发现卒中后肩痛患者冈上肌肌腱、肱二头肌长头肌腱、肩峰下-三角肌下滑囊等损伤最为常见^[9~11]。(3)肩-手综合征:Dursun等^[12]研究认为肩-手综合征的发生与肩关节半脱位、上肢不活动、关节结构损伤、肩袖撕裂有关。吴文斌等^[13]和赵纯等^[14]认为,卒中后的患者会因为屈曲位长时间受压、手关节的过度牵拉、治疗师无意之中使患者的手做过度活动、瘫痪后肌肉运动减弱或消失、血液回流受阻等而出现肩-手综合征导致肩痛。(4)臂丛神经损伤:吴文斌等^[13]认为,在偏瘫的弛缓性瘫痪期,患者肌张力降低,肌肉松弛,不正确地牵拉患肢可造成臂丛神经牵拉伤,造成偏瘫肩痛。(5)其他因素:中枢痛、异位骨化等。

3.2 早期康复护理可以有效改善卒中患者生活自理能力^[15],卒中单元早期康复治疗也可减少卒中患者下肢深静脉血栓、肺炎等并发症的发生^[16],但很多医务人员对卒中后肩痛的认识仍欠缺,对卒中后肩痛的预防仍不够重视,甚至有部分医务人员认为卒中后肩痛是不可避免的。从以上可能的发病机制可以看出,卒中后肩痛很大程度与患者不恰当的姿势、不恰当的被动活动及主动活动有关。有很多造成肩部软组织损伤的活动本身是可以避免的,整个康复治疗小组包括患者和陪护人员都要参与患者肩痛的预防和治疗^[7],并且要从卒中早期开始。单纯依靠医护人员很难达到预期效果,因为患者大部分时间依赖陪护人员的照顾,如良肢位的摆放、床上翻身、床面上转移、坐-站转移、床-椅转移、进食、穿衣等,都需要陪护人员的参与,因此陪护人员的正确护理尤为重要。正确的护理可以有效地减少肩痛的发生,而陪护人员不正确的护理会造成患者偏瘫侧肩部软组织的损害,引起肩痛和肩关节活动受限。本研究结果显示,观察组Fugl-Meyer肩关节活动功能评分高于对照组($P < 0.01$),明显肩痛的发生率低于对照组($P < 0.05$),这提示脑卒中患者在康复治疗的同时,对陪护人员采取强化康复知识教育,可对脑卒中患者偏瘫侧肩关节提供保护,有效减少卒中后肩痛的发生,改善肩关节活动功能。

参考文献

1 Lindgren I, Jönsson AC, Norrving B, et al. Shoulder pain after stroke: a prospective population-based study[J]. Stroke, 2007, 38(2): 343 - 348.

2

Chantraine A, Baribeault A, Uebelhart D, et al. Shoulder pain and dysfunction in hemiplegia: effects of functional electrical stimulation [J]. Arch Phys Med Rehabil, 1999, 80(3): 328 – 331.

3

Ward AB. Hemiplegic shoulder pain [J]. Neurol Neurosurg Psychiatr, 2007, 78(8): 789.

4

高圣海, 倪朝民, 韩 瑞, 等. 偏瘫肩痛对上肢功能恢复的影响 [J]. 中国康复医学杂志, 2006, 21(3): 215 – 217.

5

侯永辉, 刘 瑛, 陈秀明, 等. 综合康复措施预防卒中后偏瘫性肩痛 81 例临床观察 [J]. 河北中医, 2014, 36(1): 31 – 32.

6

李爱东, 刘洪涛, 黄宗青, 等. 脑卒中后肩关节半脱位的综合康复治疗 [J]. 海南医学院学报, 2006, 12(1): 47 – 49.

7

Patricia M. Davies, 刘钦刚. 循序渐进: 偏瘫患者的全面康复治疗 [M]. 第 2 版. 北京: 华夏出版社, 2007: 293 – 305.

8

Suethanapornkul S, Kuptniratsaikul PS, Kuptniratsaikul V, et al. Post stroke shoulder subluxation and shoulder pain: a cohort multicenter study [J]. J Med Assoc Thai, 2008, 91(12): 1885 – 1892.

9

Huang YC, Liang PJ, Pong YP, et al. Physical findings and sonography of hemiplegic shoulder in patients after acute stroke during rehabilitation [J]. J Rehabil Med, 2010, 42(1): 21 – 26.

10

贾 敏, 刘志华, 于晓明, 等. 脑卒中中偏瘫肩痛患者的超声图像表现 [J]. 中国康复医学杂志, 2014, 29(2): 127 – 132.

11

Lee CL, Chen TW, Weng MC, et al. Ultrasonographic findings in hemiplegic shoulders of stroke patients [J]. Kaohsiung J Med Sci, 2002, 18(2): 70 – 76.

12

Dursun E, Dursun N, Ural CE, et al. Glenohumeral joint subluxation and reflex sympathetic dystrophy in hemiplegic patients [J]. Arch Phys Med Rehabil, 2000, 81(7): 944 – 946.

13

吴文斌, 吴景芬, 胡长林. 脑血管病神经系统并发症的诊断与处理 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2007, 10(9): 57.

14

赵 纯, 金 旻, 张玉梅, 等. 脑卒中恢复期常见并发症及其康复治疗 [J]. 中国临床康复, 2006, 10(24): 131 – 132.

15

郑英华, 王菊廷, 李顺芬, 等. 脑卒中中偏瘫患者的早期康复护理 [J]. 中国临床新医学, 2012, 5(7): 647 – 648.

16

马莉琴, 温德树, 覃佩红. 卒中单元早期康复治疗对急性脑卒中患者疗效的影响 [J]. 中国临床新医学, 2009, 2(11): 1165 – 1167.

[收稿日期 2017-01-05][本文编辑 韦 颖]

博硕论坛 · 论著

传统开放甲状腺切除术与腔镜甲状腺切除术
治疗甲状腺良性疾病的临床效果比较

莫凯迪, 杨建荣, 李碧锦, 何二松, 许宇彪, 林昌荣,
唐 毅, 潘颐聪, 李 军, 凌凯南, 季志强

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区江滨医院普通外科
作者简介: 莫凯迪 (1979 -), 男, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 普通外科疾病的诊治。E-mail: 812701946@ qq. com
通讯作者: 杨建荣 (1966 -), 男, 大学本科, 医学学士, 主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 肝胆腺体疾病的诊治。E-mail: 1637340358@ qq. com

[摘要] 目的 比较传统开放甲状腺切除术与腔镜甲状腺切除术治疗甲状腺良性疾病的临床效果。方法 95 例甲状腺良性疾病患者根据手术方式不同分为腔镜组 55 例和开放组 40 例, 分别采用经乳晕入路腔镜甲状腺手术和传统开放甲状腺手术治疗。结果 两组手术均能顺利完成。与开放组比较, 腔镜组美容满意度较高、手术时间短、术中出血量少、术后住院时间短、住院费用高, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。两组术中、术后均未发生明显并发症。结论 经乳晕入路腔镜甲状腺切除术具有美容效果显著、手术创伤小、术后恢复快、术后住院时间短等优势。

[关键词] 甲状腺良性疾病; 乳晕入路; 腔镜; 甲状腺切除术

[中图分类号] R 581 [文献标识码] A [文章编号] 1674 - 3806(2017)06 - 0543 - 04
doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2017.06.13

Comparison of the clinical efficacy between conventional open thyroidectomy and endoscopic thyroidectomy in treatment of benign diseases of thyroid MO Kai-di, YANG Jian-rong, LI Bi-jin, et al. Department of General Surgery, Jiangbin Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China