

良肢位摆放在脑卒中偏瘫患者早期康复中的应用效果

秦玉梅

中国中铁阜阳中心医院 安徽阜阳 236000

【摘要】目的 探讨良肢位摆放在脑卒中偏瘫患者早期康复护理中的应用效果。**方法** 选取2018年1月~2019年6月本院收治的脑卒中偏瘫患者40例按照随机数字表法分为观察组和对照组,各20例,观察组在康复护理早期即加强各种体位的良肢位摆放,对照组仅在护理后期才给予少数次的良肢位摆放,两组干预周期为2个月,比较肌力恢复程度。**结果** 观察组肌力恢复总有效率显著比对照组高($P < 0.05$)。**结论** 良肢位摆放可有效提升脑卒中偏瘫患者肌力,改善患者生存质量及预后,值得借鉴。

【关键词】 良肢位摆放;脑卒中;偏瘫;康复护理

【中图分类号】 R473.74

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2019) 12-120-02

脑卒中是一种急性脑血管疾病,因血液循环障碍而引发,其发病率呈逐年上升趋势,且脑卒中后有50%~70%的患者会出现偏瘫、共济失调、口角歪斜以及猝然晕倒等后遗症,严重时甚至会猝死^[1-2]。有研究表明,早期康复护理有利于脑卒中偏瘫患者肢体功能的恢复,降低致残率以及提高患者的生活质量,而良肢位摆放能够有效防止痉挛的发生,保护患者的患侧肢体及关节功能、肌肉功能,预防肌肉发生功能障碍,在最大程度上恢复患者的肢体功能及生活能力^[3]。本研究旨在探讨良肢位摆放早期康复护理在脑卒中偏瘫患者中的应用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2018年1月~2019年6月本院收治的脑卒中偏瘫患者40例按照随机数字表法分为观察组和对照组。其中,观察组20例,男11例,女9例;年龄42~78岁,平均(55.8±3.2)岁;疾病类型:脑出血7例,脑梗死10例,混合性脑卒中3例。对照组20例,男12例,女8例;年龄43~75岁,平均(56.35±2.8)岁;疾病类型:脑出血8例,脑梗死9例,混合性脑卒中3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;心、肾、肺、肝功能均检测正常;未合并其他严重疾病患者;能够积极配合本研究直至结束的患者。两组患者在性别、年龄及病理类型等一般资料方面差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本次研究经医院医学伦理委员会批准,所有患者均同意配合本研究,并签署知情同意书。

1.2 方法

对照组采取常规治疗及护理,包括控制血压,脱水治疗,给予降低颅内压药物,改善脑血管循环,给予营养脑细胞的药物治疗等。观察组在对照组的基础上,入院时便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,同时增强患者患侧不同刺激。后期在对患者进行坐位摆放的康复训练,并且叮嘱患者以及患者家属认真学习领悟良肢位摆放的技巧以及方法,踝关节维持中立位,防止发生趾屈及内翻。医务人员向家属

讲明每种体位的具体摆放方式以及意义,督促患者家属严格执行。

1.3 观察指标

比较两组肌力恢复程度:以Brunnstrom量表判定肌力,肌力改善等级>3级为显效;肌力改善等级>2级为有效;肌力改善等级在1级以下为无效,总有效=显效+有效。

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

观察组肌力恢复总有效率为90%,高于对照组的70%($\chi^2 = 7.6037, P = 0.0058$),见表1。

表1: 两组肌力恢复程度比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	20	10 (50%)	8 (40%)	2 (10%)	18 (90%)
对照组	20	6 (30%)	8 (40%)	6 (30%)	14 (70%)

3 讨论

脑卒中的发生主要是由于脑部动脉病变,导致局部血栓破裂、栓塞、痉挛,对脑部正常血流供应造成了严重不良影响。临床有研究显示:脑卒中的致残率高达70%~80%,重度残疾者占40%,加重了家庭以及社会负担,现已受到临床高度重视。肢体等动作受损是导致脑卒中患者残疾的重要原因,对其日常生活造成了严重不良影响。脑卒中偏瘫患者肌肉长期处于收缩期,降低了肌肉恢复速度,如果此时被动运动患肢,伸展肌肉,可有效降低肌肉障碍等并发症发生率^[4]。

本研究示:观察组肌力恢复总有效率显著比对照组高($P < 0.05$)。说明良肢位摆放在脑卒中偏瘫患者护理中的有效性较高。分析如下:良肢位摆放不需要过多的医疗器械,在病房中即可完成相关护理措施,节省了大量的医疗资源,可有效预防肌肉痉挛、肌肉紧张等问题,改善局部血液循环,提高肢体活动能力,降低并发症发生率;良肢位摆放可增加患侧感觉传入,牵拉整个肢体,增加患侧血液供应,避免肌肉、组织出现痉挛,明显提升了患者肢体运动功能与肌张力,减轻了家庭以及社会负担。

参考文献:

[1] 高晓阳,戴玲.护理工作者对脑卒中偏瘫患者康复

(下转第123页)

表 2: 母婴结局对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	胎儿窘迫	新生儿窒息	产后出血	下肢疼痛麻木
对照组 (n=39)	10 (25.64)	8 (20.51)	11 (28.21)	12 (30.77)
研究组 (n=39)	2 (5.13)	2 (5.13)	3 (7.69)	4 (10.26)
χ^2	6.303	4.129	5.571	5.032
P	0.012	0.042	0.018	0.024

3 讨论

在产妇产娩过程中,因各种因素的影响,产妇极易出现不良心理情绪、疼痛等,进而增加了分娩危险系数,在产前良好营养及体质、产前检查、完善的护理干预可降低产妇产娩的风险,保证阴道分娩的正常进行。责任制助产护理是以产妇为中心,针对产妇实际给予其个性化、人性化、细致化的护理服务,尽可能满足产妇需求,改善其身心状态,改善分娩结局^[4]。

本次研究结果表明:相比对照组,研究组的阴道分娩率更高,第一、第二产程用时更短, $P < 0.05$; 研究组母婴结局明显优于对照组, $P < 0.05$ 。应用责任制助产护理模式,在责任护士的带领下,产前给予产妇全方位的检查及全面的照护,保证其饮食及身体健康,普及分娩相关知识,采取各种手段,缓解产妇焦虑的负性情绪,帮助其放松身心,尽可能的减少分娩风险,其次在分娩过程中通过呼吸及体位指导,缓解产妇疼痛,消除心理压力,进而缩短产程时间,最后通过情绪调节、饮食指导、足底按摩等,增强产妇体质,降低了产后出血、疼痛等发生几率,同时密切监测产妇情况,及时反馈不良情况,给予药物干预,并在新生儿出生后及时进行检查处理,避免发生胎儿窘迫、新生儿窒息等情况,可最大程度保证母婴健康,

改善母婴结局^[5]。

综上所述,针对产科产妇在临床护理中,应用责任制助产护理效果显著,提高阴道分娩率,缩短产程时间,同时降低分娩风险事件的发生几率,保证母婴健康,可推荐临床广泛应用并推广。

参考文献:

- [1] 刘晓娜, 魏会娟. 不同产科护理模式对产妇产娩方式的影响[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(16):2057-2059.
- [2] 王灿辉, 罗丽琼, 郭悦慈, 王香华, 刘征. 助产士干预对瘢痕子宫再次妊娠分娩结局影响研究[J]. 中国性科学, 2019, 28(07):73-76.
- [3] 郑荣兰, 陈温琴, 黄庆慧. 责任制助产护理对初产妇护理满意度、妊娠结局的影响[J]. 按摩与康复医学, 2019, 10(11):72-74.
- [4] 吴穷. 责任制助产护理对初产妇分娩及护理满意度的影响[J]. 中国地方病防治杂志, 2019, 34(01):115-116.
- [5] 李素梅. 助产护士产前门诊对孕产妇心理状态、分娩结局和满意度的影响[J]. 中国计划生育和妇产科, 2015, 7(04):68-71.

(上接第 120 页)

护理认知的调查[J]. 现代预防医学, 2014, 41(6): 1147-1149, 1152.

[2] 廖春莲, 谭春燕, 胡盼, 等. 品管圈活动对提高脑卒中患者良肢位摆放有效率的观察[J]. 重庆医学, 2014, 43(13): 1626-1628.

(上接第 121 页)

4.1 肛管连接间断负压引流装置的使用方法

肛管连接间断负压引流装置是针对意识障碍肛门括约肌功能障碍患者设计的,留置一次性肛管 7cm-10cm,撑开肛门周围皮肤皱褶,将泡沫敷料沿肛门边缘在左右臀部分别粘贴,保护肛周皮肤,肛周外露端连接一次性引流袋,每小时将一次性吸引连接管接一次性引流袋底部,调节负压不超过 200mmHg,吸引时间不能超过 10 分钟。

4.2 负压吸引装置的操作注意事项

负压大小调节应根据大便量多少来调节,且不超过 200mmHg,以免造成肛周粘膜损伤。负压不可持续使用,夜间睡眠时间可暂停负压引流。

4.3 一件式造口袋接负压装置持续低负压引流存在的主要问题

其只针对意识障碍肛门括约肌功能障碍患者,对于肛门括约肌正常的患者使用会影响肛门括约肌的正常功能,且大便成形的患者也引流不畅,建议使用其他方法。另外,此法

只能及时清理大便,而不是大便失禁的治疗措施,主要还是配合医生进行原发病的治疗,才能从根本上解决问题。

参考文献:

- [1] 陈洁, 李贤连, 曹拂晓, 蔡圆圆. ICU 患者大便失禁相关性皮炎的发生特点和影响因素[J]. 浙江医学, 2015, 37(02): 164-166.
- [2] Gray M, Bliss D Z, Doughty D B, et al. Incontinence-associated dermatitis: a consensus[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2007, 34(1): 45-54, 55-56.
- [3] 胡晓燕, 谢正秀, 叶倩, 吴雅文, 谭幼凤. 大便失禁的护理综述[J]. 中华护理杂志, 2002(02)
- [4] Brown D S. Perineal dermatitis: can we measure it?[J]. Ostomy Wound Manage, 1993, 39(7): 28-30, 31.
- [5] Borchert K, Bliss D Z, Savik K, et al. The incontinence-associated dermatitis and its severity instrument: development and validation[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2010, 37(5): 527-535.