

奥马哈系统在脑卒中后肩手综合征患者应用的护理效果

福建医科大学省立临床医学院 福建省立医院神经内科 (福州 350001) 宋 娜 陈晓欢 邱 莉 王攀君
付小青 陈翠兰

脑卒中是神经内科临床常见急危重症之一,具有“高发病率”“高死亡率”“高致残率”“高复发率”的特点^[1]。肩手综合征(shoulder hand syndrome, SHS)是脑卒中常见的并发症之一,发病率约为 12.5%~74.1%,多在脑卒中后 1~3 个月内发病^[2],SHS 的发病机制为脑卒中患者发病初期,肌肉迟缓性瘫痪无法自主活动,导致患侧肌肉失去肌泵作用,相应静脉回流障碍致使患肢血容量增多;另外,卒中后血管运动自主调节障碍,血管通透性增高导致血管内成分渗出致使患肢手腕部水肿肿胀,继发无菌性炎症产生疼痛。还有学者认为中枢损伤导致交感神经系统功能障碍、腕关节脱位或者半脱位、偏瘫后肩部活动受限或凝肩、腕关节牵拉掌屈或长时间的强制性掌屈、过度腕关节伸展、颈交感神经受刺激、肩-手泵机制受损、长时间病侧手背静脉输液、偏瘫肢体意外擦伤或烫伤、垂体-肾上腺系统受损及焦虑抑郁等情绪变化等,都为其促发因素^[3]。SHS 如不及早进行康复治疗护理,患者将无法完全恢复之前的肩功能活动,极易导致残疾,故脑卒中后康复护理已成为神经内科及康复医学工作者研究的重点。脑卒中后 SHS 患者大多心情低落易产生自卑感、无用感,常表现为哭泣、烦躁、易怒、不配合等,护士应用足够的耐心、爱心、责任心去解释和安慰患者及其家属,让患者及其家属了解疾病的转归及各种康复锻炼的必要性和重要性意义,以增强战胜疾病的信心^[4],故临床工作中护士应重点做好脑卒中后肩手综合征患者的相关康复健康宣教。本研究应用奥马哈系统对患者进行康复健康宣教,采用口头与书面的健康宣教方式,讲解与图文相结合,让患者清晰了解对其有一个全面、正确的认识,更好地配合治疗及护理工作,促进机体的康复^[5]。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选取 2018 年 1—12 月我院神经内科病房收治的脑卒中后 SHS 患者 100 例。其中男 51 例,女 49 例;年龄 19~70 岁,中位年龄 58 岁;脑出血 31 例,脑梗死 69 例。入选标准:1)首次发病;2)符合脑卒中后 SHS 诊断标准;3)意识清醒,无语言沟通障碍;4)病情稳定,生命体征平稳,神经系统症状、体征不再进展;5)同意进入本研究,签署知情同意书。排除标准:1)年龄≥71 岁;2)危重症生命体征不稳定患者;3)合并有心、肝、肾等重要脏器功能不全,凝血障碍,癫痫,恶性肿瘤等;4)自行退出研究者。

1.2 方法:

1.2.1 奥马哈系统:包括环境、心理、生理和健康相关行为 4 个领域,共 42 个具体常见问题。本文应用奥马哈系统将脑卒中后 SHS 患者的康复护理问题从以下 4 个领域进行

划分:1)环境领域:经济状况、卫生、居家和周边环境;2)社会心理领域:与社区资源的联系、角色转换、心理状态等 12 个问题;3)生理领域:感官听视觉、身体卫生、消化、排泄等 18 个问题;4)健康相关行为领域:合理营养、平衡膳食、定期检查、坚持锻炼、遵医行为等 8 个问题^[6]。

1.2.2 干预系统:包括 4 个干预类别共 75 个干预方向^[7]。

1)教导和咨询:指协助患者、家庭或社区做健康方案 and 解决各类健康问题而进行的活动,如提供脑卒中健康宣教资料和各种康复材料,进行各种相关慢病指导等^[7]。2)治疗和程序:为降低或减轻脑卒中后 SHS 症状和体征而设计的治疗护理活动,如伤口、造口、长期卧床、失禁等皮肤护理,大小便血标本采集,各种物理作业训练健康教育及慢病处方。3)个案管理:以患者为中心,整合护理服务模式,有计划地针对性协助脑卒中后 SHS 患病全过程,提升居家护理质量和效果。4)监测:持续监测脑卒中后肩手综合征患者、家庭、社区状况的活动,如监测、评估等。75 个干预方向根据患者实际问题而定,如治疗管理、标本管理、饮食管理、行为管理、各系统功能护理等。

1.2.3 效果评价系统:从认知、行为和症状体征 3 方面采用 Likert 5 级评分法进行评分:1)认知方面:1=缺乏;2=少许;3=基本;4=足够;5=充分。2)行为方面:1=不恰当;2=甚少恰当;3=间有恰当;4=通常恰当;5=恰当。3)症状体征:1=极严重;2=严重;3=中度;4=轻微;5=无。

1.3 统计学分析:采用 SPSS 24.0 统计软件进行分析。计量资料以均数±标准差表示,通过配对样本 *t* 检验(Cochran & Cox 法)对资料进行分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 干预前后康复知识知晓率比较:结果显示,应用奥马哈系统干预前后,康复知识知晓率提升效果显著,差异有统计学意义($P < 0.05$,表 1)

表 1 干预前后康复知识知晓率的比较(分, $\bar{x} \pm s$)

项目	理论最高分	干预前	干预后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
环境因素	20	11.88±6.31	19.73±3.13	-4.91	0.00
心理因素	10	6.13±5.01	9.68±2.71	-3.39	0.00
生理因素	10	8.69±1.39	9.89±0.11	-1.00	0.00
健康相关行为	60	31.66±9.80	59.88±1.72	-3.66	0.00

2.2 干预前后康复锻炼依从性比较:应用奥马哈系统干预

后, 康复锻炼依从性评分显著高于干预前, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$, 表 2)。

表 2 干预前后康复锻炼依从性各维度得分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

维度	理论最高分	干预前	干预后	t 值	P 值
身体参与锻炼	40	19.91 \pm 3.18	39.89 \pm 6.38	-1.68	0.00
锻炼效果评价	50	17.96 \pm 2.81	41.89 \pm 1.83	-3.91	0.00
及时寻求建议	10	6.61 \pm 1.01	9.98 \pm 1.61	-5.31	0.00

3 讨论

近年来, 奥马哈系统逐渐应用于延续性护理、临床护理中, 不仅可有效评估患者的各种健康问题, 从而采取针对性的护理干预措施, 还可有效地评估护理干预效果^[8]。本文结果显示, 应用奥马哈系统对脑卒中后 SHS 患者康复宣教干预, 患者的康复知识知晓率和康复锻炼依从性均显著提高。这表明了当前国内脑卒中患者和家属对该病相关康复知识严重缺乏, 护理工作中尤其对首次发病住院的患者和家属更应针对性加强相关康复知识健康宣教和康复锻炼力度。结果显示文化水平较高的患者康复知识知晓率和康复锻炼依从性效果明显优于其他患者, 说明对各类脑卒中后 SHS 患者康复宣教普及的必要性, 尤其对文化水平较低、年龄较大的患者则需花费更多的时间和更多精力以降低患者的致残率。SHS 是脑卒中后最常见并发症, 致残率高, 根据国家卫健委脑卒中三级预防原则, 对脑卒中后 SHS 患者进行相关知识健康宣教和康复锻炼势在必行。康复知识知晓率中主要症状及危害方面、危险因素的预防、诊治时间窗、机能康复知识等均明显提高, 说明康复宣教对康复锻炼依从性的 3 个维度均有不同程度的提高, 其中身体参与锻炼相关依从性干预前最低, 干预过程中提升最大, 充分临床认证了应用奥马哈系统对脑卒中后 SHS 患者康复健康宣教可以有效调动患者康复锻炼积极性, 提高患者战胜疾病的信心, 降低致残率, 提高脑卒中后肩手综合征患者生活质量。

年龄、现居住地、主要照顾人和文化程度是影响康复知识知晓率和干预效果的主要影响因素。原因可能是高龄患者听力下降, 记忆力和理解力下降, 接受信息能力低下, 导致康复知识知晓率低; 高龄患者身体素质差, 康复锻炼耐受性低, 故康复锻炼依从性较差。现居住地为城镇的患者, 因环境设备等各方面条件较好, 康复知识知晓率、康复锻炼依从性整体均得到了显著的提高。主要照顾者是家人, 文化程度越高的患者, 康复知识知晓率、康复锻炼依从性整体亦高。年龄、现居住地和文化程度为康复知识知晓率及康复锻炼依从性的共同影响因素, 农村患者可能听不懂普通话, 存在语

言障碍; 文化程度低的患者, 理解信息能力偏差, 不能有效地进行康复锻炼。因此, 护理人员进行康复宣教时更要重视老龄老人、存在语言构音障碍的患者、文化程度低的患者, 确保患者都能有效接收康复宣教信息和康复锻炼, 实现共同康复。

护理人员进行康复宣教过程中, 除了采取常规化的口头宣教及图文结合式宣传册外, 还应重视 SHS 患者的各种反馈信息, 若患者未接收到准确的康复宣教知识和有效的反馈, 应积极查找相关影响因素, 例如高龄、失聪、文化程度低、理解能力差、存在语言障碍, 并应针对性采取多种宣教形式相结合的个体化的宣教。

结合本文, 应用奥马哈系统对脑卒中后 SHS 患者进行康复健康宣教, 可为其康复提供更优化的科学依据, 提高患者康复锻炼依从性, 降低患者的致残率, 提高患者的生活质量。护理人员应高度重视脑卒中后肩手综合征各类患者健康宣教, 使患者充分了解、熟悉脑卒中后肩手综合征的相关知识, 提高患者的康复锻炼依从性。奥马哈系统为脑卒中后 SHS 患者提供了规范化科学的康复健康宣教, 更好地执行了国家卫健委医改相关要求, 有效地迎合了当前临床快速康复理念的相关精神, 为持续深入优化优质护理服务提供了有力保障, 值得临床推广。

参考文献

- [1] Sacco R L, Kasner S E, Broderick J P, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association [J]. Stroke, 2013, 44 (7): 2064-2089.
- [2] 赵敬宜, 王恩龙. 脑卒中后肩手综合征诊疗概况 [J]. 实用中医内科杂志, 2016, 30 (5): 19-20.
- [3] 赵超蓉. 中风后肩手综合征的征发病机理及治疗现状 [J]. 河南中医, 2012, 32 (7): 812-813.
- [4] 赵雪花, 徐岚, 董万利, 等. 康复护理联合神经肌肉电刺激预防肩-手综合征的探讨 [J]. 中国实用护理杂志: 下旬版, 2005, 21 (3): 25-26.
- [5] 盛晗, 邵圣文, 王惠琴, 等. 脑卒中患者康复锻炼依从性动态变化的研究 [J]. 中华护理杂志, 2016, 51 (6): 712-715.
- [6] 黄金月, 王少玲, 周家仪. 奥马哈系统在社区护理和延续护理中的应用 [J]. 中华护理杂志, 2010, 45 (4): 320-323.
- [7] 黄金月. 高级护理实践导论 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 84-87, 104-110.
- [8] 莫春玲, 邓彩研, 高素萍, 等. 家庭延续护理在股骨粗隆间骨折患者术后康复中的应用研究 [J]. 中国伤残医学, 2017, 25 (13): 31-32.