



• 临床护理 •

脑中风病人的康复治疗及护理

唐剑君 (会同县人民医院神经内科, 湖南怀化 418300)

摘要:目的 探讨脑中风病人的康复治疗及护理的效果。方法 选择我院2012年10月~2013年12月脑血管意外行康复治疗病例78例, 所有患者均常规脱水降低颅内压及护脑治疗, 全部患者除了一般护理外并积极加强肢体锻炼, 语言训练、营养改善及随意自我锻炼。对比患者的自理能力及独立能力。结果 脑血管意外康复治疗及护理病例78例; 完全自理27例占35%, 部分自理36例占46%, 完全依赖15例占19%。结论 尽早运用康复治疗及护理手段进行恰当的康复训练是降低病残率及提高治愈率的有效方法。

关键词:脑中风 康复治疗 护理

中图分类号: R473.74 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 05-236-02

脑血管意外俗称“中风”。是急性脑部血液循环障碍所导致引起的脑机能紊乱的总称。患者肢体活动和语言表达能力的恢复, 需一个缓慢的过程, 严重影响患者及家属的生存质量^[1]。康复治疗及护理的目的是减少并发症, 急性期的护理重点是减少后遗症的发生及促进患者各方面功能恢复, 恢复期帮助患者由卧位——坐位——立位——站立——行走。为了使患者获得最大程度的身体及心理自理, 除合理用药、加强基础护理、心理护理外, 早期的康复训练尤为重要。

1 资料与方法

1.1 一般资料

自2012年10月~2013年12月脑血管意外行康复治疗病例78例 (见附表1), 缺血性 (脑梗塞) 52例, 脑出血26例, 男性48例, 女性30例, 年龄40~86岁。

1.2 康复治疗及护理

78例患者均常规脱水降低颅内压及护脑治疗, 全部患者除了一般护理外并积极加强肢体锻炼, 语言训练、营养改善及随意自我锻炼。

1.2.1 康复护理 脑梗塞第2天进行康复护理: 脑出血等出血稳定后可进行。康复训练严格掌握禁忌症。在脑血管并卧床期, 主要进行体位转换、被动运动、保持良肢体、起坐训练以减少压疮, 关节挛缩等并发症, 为日后康复训练打好基础; 在离床期应进行坐位训练、平衡训练、起立训练等促使患者肢体功能得到提高; 在步行期主要以步行训练改善步态为主。

1.2.2 肢体位置的摆放 (1) 上肢位置: 仰卧位: 肩下垫软枕, 保持肘关节伸展位。痉挛早期肘关节上方压软枕, 防止肘关节扭曲。拇指打开, 虎口放卫生纸卷; 侧卧位: 腋下继续放纸卷, 肩下不能垫枕。(2) 下肢位置: 髋关节及膝关节微屈, 正立位脚尖向前。(3) 仰卧法: 在膝关节下垫软枕, 建议穿钉子鞋保护踝关节。急性期侧卧位, 恢复期: 健侧患侧轮换一般每2~3h翻身一次。(4) 侧卧位: 患侧肢体在上上方, 肩下垫棉被或枕头、手半屈, 虎口打开, 髋、膝关节屈曲300°左右。

1.2.3 被动运动 在患者病情稳定情况下, 指导和辅助其进行功能锻炼, 从简单的屈伸开始, 要求活动要充分, 合理适度, 不可用力过大, 避免损伤肌肉和关节, 防止扭伤或骨折。每日进行2~3次, 每次4~5min, 如: 肩关节屈曲、外展、旋内、旋外。肘关节: 可内旋、外旋、屈、伸, 用力适度, 频率不可过快。腕关节: 背伸、环绕、背屈, 防止骨折。手指各关节的屈伸活动, 拇指外展、环绕及与其余4指的对指。髋关节: 外展、内收以患者能忍受为度。膝关节: 屈、伸、旋内、旋外。踝关节: 跖屈、环绕、旋内、旋外; 防止扭身。踝关节应保持90°, 以防止足下垂, 可让患者足顶在床或墙上或自制夹板。

1.2.4 主动运动 Botath握手: 健手拇指压患手, 其余四指交叉。桥式运动: 分为双桥和单桥运动形式。患者仰卧, 双腿屈曲, 然后伸髋、抬臀, 并保持, 则为桥式双桥运动形式; 若患者患腿屈曲, 伸直健腿, 然后伸髋、抬臀, 并保持, 则为单桥运动形式。训练时两腿之间可夹持枕头或其他物体。该运动可以抑制下肢伸肌痉挛模式, 并有利于提高股盘对下肢的控制盒协调能力, 是成功的站立和步行训练的基础。如: 教会患者以健手为着力点, 健肢为支点在床上进行上下移行, 若患者健手力量达到5级, 可教患者以手抓住床边护栏, 健足插入患肢膝关节下向健侧或患侧翻身。

1.2.5 床边活动指导 卧位, 两手握拳, 手臂及大腿交替屈伸; 起坐, 起床, 从健侧起, 缓慢坐起, 先由护理者扶持, 后由患者自己

起坐, 每日3次; 坐位, 提腿, 原地踏步, 每日2次, 每次10~15下; 立位, 扶床架或椅背站立, 每日2次。指导患者进行站立练习; 如教患者收腹, 挺胸、抬头、放松肩、颈部肌肉, 不要耸肩或抬肩, 腰部伸直, 伸髋, 双下肢尽量伸直。注意变换体位不可太快。

1.2.6 行走训练 注意下肢达到四级开始练习行走, 避免误用综合征。(误用综合征是指不正确的治疗造成人为的症候群。在脑卒中患者常见的有: 由于发病后对肢体及关节不正确的摆放和不合理用力所致炎症, 韧带, 肌腱和肌肉等的损伤, 骨关节变形, 痉挛状态的增强, 强肌和弱肌不平衡加剧, 以及形成“划圈”步态和上肢“挎篮”状、肩痛、肩关节半脱位等。)如果在患病早期就开始正确的训练, 可完全或部分预防这种异常表现。扶持椅背、床架站立。作原地踏步, 每日3次; 扶持椅背背站起, 一腿提起片刻再换另一腿, 两腿如此交替进行, 每日3次; 扶持床架或桌子行走, 再过渡做扶手行走, 最后独立行走。

1.2.7 关节灵活性训练 指导患者进行自我运动练习。如: 手作击球、捻豆子、拨算珠、手工艺制作、书法、跳舞、编织毛线等练习。腿作蹲、立锻炼。

1.2.8 语言训练 鼓励患者多做眼、嘴、脸部运动, 并经常按摩脸部。(1) 口腔操: 撅嘴、鼓腮、龇牙、弹舌、叩齿、重复5~10次。(2) 舌运动: 舌头伸出口外, 舔上、下嘴唇、左右口角, 重复2~3次, 每次5min。(3) 教患者学习发单音 (pa ta ka)。(4) 利用图片、字卡、实物等强化患者记忆。

1.2.9 吞咽障碍指导 (1) 饮食的清淡、少渣的软食为主, 必要时鼻饲。应给予患者高热量、易消化普通食物, 可以是牛奶、米汤、菜汤、鸡蛋、淀粉、菜汁、肉汤和果汁水等, 为方便进食, 可剁陷或缩浆。如进食正常, 食物可不用机械高密度处理。但不要高盐、油腻, 还要结合患者有没有其它病选用食物, 如糖尿病患者不能食糖。每日3~4餐即可。给患喂食不宜过快, 以免引起呛咳。(2) 抬高床头30°~45°。3. 进食前用冰水含漱。

1.3 效果判断标准

Barthel 指数评价标准: 总分100分 (表示患者基本的日常生活活动功能良好, 不需他人帮助, 能够控制大、小便, 能自己进食, 穿衣床椅转移, 洗澡、行走至少一个街区, 可以上、下楼)。60分以上完全自理: 60~40分部分自理: 40~20分需要极大帮助: 20分一下需要完全帮助。完全自理和部分自理 (40分以上) 判断为预后好; 需极大帮助和完全需要帮助 (40分以下) 判断为预后差。

2 结果

脑血管意外康复治疗及护理病例78例; 完全自理27例占35%, 部分自理36例占46%, 完全依赖15例占19%。

3 讨论

康复护理的目的在于改善运动、语言、认知可其它受损的功能, 使在精神, 心理和社会上在适应, 以便恢复自主的功能, 社会的活动和人体间的相互关系, 尽可能地恢复其日常生活活动能力, 偏瘫导致局部神经营养障碍, 压迫过久会引起皮肤破溃形成褥疮^[2]。

康复治疗及护理有利于促进瘫痪肢体的血液循环, 防止深静脉血栓形成, 促进肌力和关节活动度, 防止肢体挛缩变形。如果没有得到良好的康复训练, 患侧的肌肉会发生废用性萎缩, 在肌肉萎缩和张力升高的共同作用下, 关节长期不能正常活动, 会造成患者关节畸形、

(转下页)



肠内营养期间的重症患者在护理干预中喂养不耐受的探讨

蒋欢 (湖南省人民医院神经内科, 湖南长沙 410000)

摘要: 重症患者的病情复杂导致应激反应会在机体中产生, 影响胃肠道的功能, 从而使喂养不耐受的情况出现在肠内营养过程中无法吸收能量, 因而死亡率较高。为防止患者肠内营养期间喂养不耐受的情况出现, 则进行必要的护理干预。

关键词: 重症患者 肠内营养 不耐受 护理干预

中图分类号: R473 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 05-237-01

肠内营养是通过喂养管从口腔鼻腔给人提供新陈代谢需要营养物的方法。文章内容的肠内营养就是以喂养管来补给营养物。由于喂养不耐受目前为止都没有统一的概念, 然而在我国的标准是用胃管12h抽吸量, 是否会出现腹胀疼痛或者腹泻还有呕心这些症状来作为评定。^[1]

重症患者由于各种损伤病症以及年纪方面的缘故, 肠胃消化功能下降导致营养物消化慢且反流到食管, 或者某些刺激性的东西, 从而有喂养不耐受的现象出现。该现象的出现会由呕吐物产生肺炎, 腹泻使肛门皮肤溃烂, 这些都会增加感染并发症的风险。各种护理操作的不规范, 如: 营养液配置的不标准, 都是导致重症患者产生营养不耐受的直接因素。当重症患者的不耐受高达百分之六十的时候, 进行护理干预来完成肠内营养治疗是非常必要的。

具体的干预措施可以分别在药物使用、体位方面、胃残留吸取、管道使用、特殊人群以及人员培训方面下手。^[2]

首先在药物使用方面, 重症患者在肠内营养的时候, 会使用到药物。要先考虑药物对肠内营养的安全问题。但是在临床上, 将药物研磨后一同从鼻腔送药。这一方法会导致鼻塞, 也会导致药物之间或与营养物之间产生反应的情况, 从而不能正常发挥应有的药效。反复用同一注射器抽取或输送口服药的时候没有清洗产生细菌而腹泻。所以要详细的了解了药物的性质和用量才能通过鼻腔进行给药。有别于口服药, 减少问题的产生。喂养的时候尽可能不要与营养物同时进行。

在体位方面, 为了防止输送过程中的反流, 无禁忌症的情况下要将重症患者的床头部分以35°—45°角之间抬高, 这是护理人员需要做到的。

胃残留吸取方面, 在《中国危重症营养指南》中提要如果胃内残留达到200毫升以上就要停止喂养。所以在护理中每隔4—6小时左右就要按照规范中的输送速度来抽取胃残余量, 并监测患者是否出现呕吐和误吸的情况, 从而减少风险。

管道使用方面, 由于胃管固定不好, 患者产生呕吐或者体位移动经常发生意外拔管的情况。所以经常性察看, 采取必要的防护性措施, 以防管道松动。同时也要注意长时间使用的管道上有药物的残留, 可能会与营养液产生不良反应。所以, 管道要按规定定时进行更换。^[3]

在特殊人群方面, 由于重症患者中年长者的缘故, 制定特殊的方法进行肠内营养。根据其特点在调理饮食方面选择高蛋白低脂低碳水尤其重要。可以以泵入形式控制营养液的输送速度。对应肠胃吸收能力较差的患者, 应中途适当暂停4小时左右。

采用留置胃管鼻饲时, 当患者进行鼻饲, 会有个适应的过程,

刚开始的时候应用少量而且清淡, 往后在逐步增加, 但每次不应超过200ml, 在鼻饲前后应用温开水冲管, 可使鼻饲管保持干净, 每日的鼻饲次数应为4至6次, 温开水的温度应控制在37至42℃, 日总量应控制在2000至2500ml之间为佳。

当即将鼻饲时, 要先抽吸胃管, 如果能吸出胃内物, 则表明胃管仍在胃中, 还应观察胃内容的颜色和质地, 来断定患者胃的排空能力, 以及是否有胃出血等现象, 结合实际情况, 采取应对措施。

神经内科患者由于中枢神经系统功能障碍, 食管中的下括约肌以及贲门都处在开放的状态, 容易产生食物反流的情况而导致误吸。所以当鼻饲的时候, 务必要将床头抬起至35到45度之间, 或者半卧的姿势, 以便食物慢慢注入, 在鼻饲以后的30分钟内尽量不要挪动患者或让其翻身。^[4]

关于培训人员方面尤为重要, 以上几点措施都离不开人员的干预。对于肠内营养方面的知识大家都并不陌生, 然而往往在细节和不耐受护理措施的认识不能做到细致, 一些课本知识内的理论也往往跟不上实际的运用而容易产生喂养不耐受的情况。所以还要结合实际来实施规范化的流程, 定期加强本方面的培训, 最后能集成本书面化的操作手册, 以便在未来的实际运用中, 降低重症患者进行肠内营养喂养不耐受的情况发生。^[5]

最后, 肠内营养期间的重症患者往往会因各种原因导致喂养不耐受的情况影响, 本文对该问题进行了多方位的谈论。分别在药物使用、体位方面、胃残留吸取、管道使用、特殊人群以及人员培训方面探讨。以此希望降低重症患者在肠内营养期间不耐受的概率。^[6]

参考文献

- [1] 郭会丽. 神经内科危重症患者肠内营养的护理效果分析[J]. 护理进行杂志, 2012, 29(2): 144-145
- [2] 马月丹, 赵小瑜, 李卫红. ICU肠内营养相关性腹泻患者的临床护理[J]. 中外医学研究, 2013, 19: 106-107.
- [3] 万正英. 96例神经内科重症患者肠内营养的护理研究[J]. 中国保健营养, 2013, 10(上): 5831-5832.
- [4] 李玉晴, 杨丽, 钱海伟. 浅析神经内科重症患者鼻饲前后的护理要点[J]. 2015, 15(102): 316
- [5] 蒋洋洋. 危重症患者肠内营养期间喂养不耐受护理干预研究[D]. 南京医科大学, 2011.
- [6] 杜鸿雁, 费兆霞, 孙莉, 高岚. 肠内加肠外营养对神经危重症患者早期营养和免疫功能的影响[J]. 中风与神经疾病杂志, 2015, 32(4): 357-361.

(接上页)

挛缩。患者的关节活动会变得很疼痛。康复治疗及护理杜绝了脑血管意外患者常见的并发症, 缩短了病程, 减少了卧床时间, 提高了患者的生活质量^[3]。

康复治疗及护理在我国作为一门新兴的学科在临床应用中被证明对中枢神经损伤后各种后遗症的恢复率、存活率和生活质量提高都有明显效果^[4]。脑血管意外患者经过积极抢救, 虽保住了生命, 但大多数都留有程度不同的后遗症, 使患者身心受到极大的创伤。为使获得最大程度的身体及心理自理, 脑血管意外患者除合理用药、加强基础护理、心理护理外, 在最大程度的身体及心理自理, 脑血管意外患者除合理用药、加强基础护理, 心理护理外, 在发病后1-6个月, 尽

早运用康复治疗及护理手段进行恰当的康复训练是降低病残率及提高治愈率的有效方法。

参考文献

- [1] 王雅晴. 中风患者的康复治疗与护理[J]. 实用中医内科杂志, 2012(7): 95-95.
- [2] 杨桂先, 吴凯玲, 刘伟. 中风康复期病人的心理护理干预效果观察[J]. 全科护理, 2012, 10(4): 8.
- [3] 元传霞. 中风患者的康复分析和护理干预[J]. 中外医学研究, 2015(25): 131-133.
- [4] 吴蕊婷. 脑中风患者早期康复护理对策探讨[J]. 中国伤残医学, 2015(19): 111.