

28 例脑卒中偏瘫患者的康复护理体会

左风云(重庆市职业病防治院康复科 400060)

【摘要】 目的 探讨优质的康复护理对脑卒中患者偏瘫肢体的运动功能和日常生活自理能力的作用。**方法** 对 28 例脑卒中偏瘫患者的康复护理进行回顾性分析及总结,采用 Barthel 指数评分法和功能独立性能力测评对患者康复治疗前后进行比较。**结果** 28 例脑卒中患者通过康复护理、康复指导、系统的康复治疗,偏瘫肢体运动能力达到最大化提高,Barthel 指数也明显提高,功能独立性明显增强。**结论** 护理质量的高低直接影响脑卒中偏瘫患者偏瘫肢体功能恢复,做好心理护理使患者保持稳定情绪、乐观面对、积极主动配合康复治疗,能有效提高偏瘫肢体功能及生活自理能力,促进早日康复。

【关键词】 卒中; 偏瘫; 康复护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.06.061 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)06-0750-02

脑卒中是导致人类死亡的三大疾病之一,随着医学的发展,其救治率显著提高,但存活的患者大多遗留不同程度的功能障碍,致残率高达 70% 以上^[1]。随着我国人口老龄化和疾病的改变,脑卒中疾病成为威胁人类健康的重要公共问题^[2],严重影响患者日常生活自理能力、生存质量,给患者心理及生理带来极大的影响,给社会和家庭带来沉重的负担。病情稳定后早期进入康复训练,可降低致残率,提高残存功能、生活自理能力、生存质量。现就本院收治的 28 例脑卒中偏瘫患者康复治疗的护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 来自 2007 年 10 月至 2009 年 10 月本院收治的脑卒中偏瘫患者,共 28 例,其中男 25 例,女 3 例,年龄 48~76 岁,平均 62 岁;住院时间 2~5 个月,平均住院天数 90 d。全部病例经临床诊断及 CT 检查均符合 1995 年全国第四届脑血管学术会议修订的脑卒中诊断标准^[3],经临床治疗病情稳定,生命体征平稳,基本能进行语言交流及配合指令。排除以下情况:智力水平低下、痴呆、语言严重障碍,严重心、肝、肾等脏器疾病及以往有神经系统疾病史的患者。

1.2 方法

1.2.1 康复评定方法 采用 Barthel 指数量表^[4] 的 10 项生活自理能力(ADL)的独立程度记分,最高总分 100 分,60 分以上为生活基本自理,60~40 分为患者生活需要帮助,40~20 分为患者生活需要很大帮助,20 分以下为患者生活完全需要帮助。**1.2.2 康复治疗方法** 在常规内科治疗生命体征稳定情况下做好心理治疗,根据不同阶段采用不同的康复治疗方法^[5]:运动疗法如良姿位的摆放、坐位训练、垫上活动、床与轮椅之间的相互转移等,每天 1 次,治疗时间 45 min;作业疗法如磨沙板及滚筒、拼图、木钉、编织、画图等日常生活有针对性的训练,每天 1~2 次,每次 45 min;物理因子疗法如中、低频电疗,磁疗,每天 1~2 次,每次 20 min;针刺疗法。

2 结果

28 例脑卒中偏瘫患者经过平均 3 个月左右的康复治疗,Barthel 指数总分均在 60 分及以上,生活基本能自理。

3 康复护理

3.1 一般护理

3.1.1 体位 脑卒中患者初期,大部分时间都在床上渡过,为预防并发症的发生,应定时变换患者体位,应 2~3 h 变换一次,根据脑卒中患者的不同情况,可采取不同的体位。患侧卧位时,患者头部要有良好的支持,躯干稍向后旋转,后背用枕头

固定,患侧上肢应前伸,健侧上肢可放在身上或后背的枕头上,下肢呈迈步位,健腿髋、膝屈曲并置枕头在下面支持,这样可以减少痉挛,健手还可以自由活动。健侧卧位时,患者的头仍由枕头支持,躯干与床面成直角,即患者向前成半卧位,偏瘫上肢由枕头支持在患者的前面。上举 100°,健侧上肢可放在任何舒适的位置上,有时可屈曲在枕头下,或放在胸、腹部,偏瘫侧下肢向前屈髋屈膝,并完全由枕头支持,足不能内翻在枕头边缘。仰卧位时,头部由枕头良好支持,在患侧臀部、大腿下面放置一个枕头,在患侧肩胛下放一个枕头,使其处于前伸、抬高的位置,使伸肘、腕背伸和伸指。这种体位可使骶尾部、足跟外侧和外踝处发生压疮,所以尽量少用这种体位。床上坐位,急性期患者每次进食或喝水时必须坐起来,每日至少 5 次。将床头调到几乎垂直的位置,置于患者背后的枕头可使其背部伸展,达到前述的直立坐位姿势;患者移靠到床头,在床头放足够的枕头支持患者背部。

3.1.2 转移 患者不能进行主动活动时,帮助其转变体位,包括床上转移和床与轮椅之间的转移。

3.1.3 自我辅助活动 为减少并发症,促进患者早日康复,康复护士应教育和督促指导患者或家属在床上做自我辅助活动,常用十字交叉推手活动,放松运动及呼吸练习。

3.1.4 关节活动度维持训练 为防止各关节的挛缩和黏连的形成,恢复和改善各关节的功能,每日应对脑卒中患者的肩关节、肘关节、腕-指关节、髋-膝关节,踝关节与足趾进行被动训练。患者取仰卧位,先做健侧后做患侧,手法要轻柔适度,各关节的运动方向均要进行训练,无痛状态下完成全关节活动范围的运动,每种运动 3~5 次为宜。

3.1.5 ADL 训练 ADL 训练可以让脑卒中患者更快地恢复以前的生活方式,脑卒中患者进行日常生活活动训练,康复护士应从以下几个方面对患者进行训练。

3.1.5.1 刷、洗训练 刷牙时把患侧手臂少许控制,放在洗手池边,握住牙刷;在挤牙膏时,患侧手臂就不用放在洗手池上,尽可能地站立刷牙。当恢复了一些活动能力后,患手可把住水池一侧,否则可把患臂向前置于抑制痉挛的位置。每次进食之后,康复护士都应帮助患者充分的清洁牙齿,直到患者能自己刷牙。有些患者不能很好地漱口,尤其是漱口后把水吐出来有困难,康复护士可用拇指和食指捏其颊部,使患者把水吐出来。洗澡,脑卒中偏瘫患者需经过康复训练才能学习该程序,这就要求康复护士的悉心指导和帮助。(1)出入浴盆:患者的健侧靠向浴盆站立,抬起健腿进入浴盆,向前上方抬起偏瘫腿进入

浴盆;用健手使双膝充分靠向健侧,达到躯干旋转。扶着患者骨盆两侧促进抬起臀部和转身,健手握住浴盆边缘,健腿向前形成单腿跪位。重心向前移至前足上,躯体向前站起,然后抬起健足跨出浴盆,通过屈曲而抬起偏瘫腿跨出浴盆。(2)使用轮椅下浴盆:可用一块宽木板放在浴盆一端上面,偏瘫侧要先上木板,抬起偏瘫腿进入浴盆,然后主动抬起健腿进入浴盆。接着患者坐在木板上拿起沐浴器开始洗澡。患者擦干自己后,在帮助下移回轮椅上。(3)使用矮凳浴盆:帮助患者拿掉木板并引导患者坐在矮凳上,患者手臂需要前伸并握住浴盆边缘以便支持自己,洗浴后患者在帮助下转移到轮椅上。(4)淋浴:患者坐着,用线穿过肥皂块固定肥皂挂在胸前洗浴。

3.1.5.2 穿、脱训练 穿衣时,如穿开衫衣服时,患者将衣袖筒悬垂于双膝之间,使得偏瘫手容易穿入其中。然后,患者将袖筒拉到肩,患者健手入另一袖筒。穿套衫或 T 恤时,患者整理领子标签在上方。偏瘫手臂伸进袖子里,健手将袖子拉到肩,然后健臂穿入另一袖子,再用健手拿住衣领套入脖子并整理衣服。穿鞋袜时,患者将偏瘫腿交叉在健腿上,患者用拇指和食指张开袜口,向前倾斜身体把袜子套在脚上;穿裤子时,患者首先将患腿交叉放在健腿上,然后尽可能向上套上裤腿,患者将臀部抬高椅子,双脚负重站立,并将裤腰向上拉到腰部。脱衣服比穿衣服要简单些,因为患者已认识到应该做的每一步骤,该活动可以穿衣同样的顺序和模式进行的。患者必须先脱健侧,这样才能从偏瘫侧脱下衣服。

3.1.5.3 进食训练 床上进食时,一般让患者取躯干 30°仰卧位,头部前屈,偏瘫侧肩部垫起(保持患侧肩关节正常水平),在膝关节下放一枕头,辅助着位于患侧。当患者在床上能保持 45°坐位时,可以让患者自己进食;当患者可保持 90°坐位时,应过渡到伸直坐位和坐在轮椅上进食。当患者能行走时,患者应走到桌旁,将椅子拉开使自己坐下进食。

3.1.6 并发症的预防和护理 脑卒中患者由于长期卧床,活动量减少,人体负重明显减少,又因体位不正确或对患侧运动和搬动不正确,容易引起肩痛、肩-手综合征、关节挛缩畸形、压疮、便秘等并发症,从而影响康复训练,所以并发症的预防和护理很重要。

3.1.6.1 压疮 压疮是脑卒中偏瘫患者长期卧床或久坐而不变换体位出现的并发症。预防和护理压疮要做到:(1)定时翻身,避免长期受压;(2)可使用预防用具如气垫床;(3)促进局部血液循环;(4)嘱患者养成良好的个人卫生习惯,保持床单的整洁干净;(5)改善全身情况;(6)对早期压疮可采用红外线、紫外线等治疗;(7)对二度压疮可采用中成药治疗;(8)对压疮较深者可采用庆大霉素填塞,外科手术治疗等。

3.1.6.2 便秘 脑卒中患者多数伴有便秘,应指导患者合理搭配饮食,做便秘防治操、肛门保健操,建立良好的排便习惯,口服软便剂等来缓解。

3.1.6.3 尿失禁 脑卒中患者大脑皮质排尿中枢不能接受和发出排尿信息,而出现不定时间和地点的排尿等尿失禁状况。嘱患者养成良好的排尿习惯,进行骨盆肌肉及膀胱训练,采用聚尿器,选用尿失禁护理用品,调整患者方便的活动环境,做好心理护理,增强沟通能力,对患者进行尿失禁的宣传,让患者及家属对尿失禁有正确的认识并掌握自我护理的技巧。

3.2 心理护理 精神愉快是脑卒中偏瘫康复患者自我调节的闸门和自我心理康复的首要因素,直接影响康复效果。所以对脑卒中偏瘫康复的患者,在做好常规护理时,重要的是做好心理护理,它贯穿于康复护理全过程,在脑卒中的心理康复中应尽快帮助患者适应康复环境及生活现状,建立新的人际关系,

调动患者的主观能动性。(1)首先要满足患者的心理需要,患者入院后,护士应尽快熟悉患者,了解其疾病及其他问题,通过交流使患者觉得有亲切感、安全感。(2)要注意密切观察患者的精神状态,及时了解思想变化,制订切合实际的护理计划,恰当解释病情,帮助患者正确面对现实,解除悲观情绪,消除顾虑,鼓励患者进行自主锻炼,要尽可能让患者接受治疗,这样会使他们产生自我安慰,并且能大大提高治疗的效果,有利于心理障碍的康复。(3)康复期的心理护理。在脑卒中偏瘫患者康复期,患者的心理问题较多,如担心康复训练后功能恢复程度,能否不依赖他人;亲人或陪护人员的情绪影响,家庭背景、经济状况等等一系列的心理问题,要做好患者或亲属心理沟通工作,指导或协助做好日常生活护理,对患者进行语言安慰,同情和理解患者的疾苦,关心体贴,树立良好的护患及家属关系;消除焦虑、抑郁心理,尽量帮助患者摆脱孤独的境地,督促和教育其亲属随时保持良好的心态对待患者,精心照料,细心呵护,带患者去人群集中的地方;还可以听音乐、看电视、下棋等,克服懒惰情绪。给患者信心和勇气,使患者看到希望,认为自己是家庭和社会必不可少的成员,家庭和社会需要他们,不能脱离社会和群体。明确答复患者提出的有关病情问题,使患者对自己的病情有正确的认识;对语言表达不很清楚的患者,学会看懂患者的手势来代替语言的表达,通过患者的面部表情、举止行为来了解患者内心活动,采取与之相吻合的护理;给患者树立战胜疾病的信心,看到功能稍有改善和 ADL 训练有一定提高时应给予表扬和鼓励,增强患者康复训练的积极性。

脑卒中偏瘫患者早期进入康复训练,偏瘫肢体运动能力均有不同程度恢复,重要的是康复治疗阶段的心理护理贯穿于康复护理全过程中的每个细节,及时主动与患者沟通,分析其心理状况,采取针对性的康复心理护理方法,对康复治疗至关重要,它直接影响残存功能的恢复及生存质量的提高。用 Barthel 指数的 10 项内容对康复治疗前后进行评分比较,28 例脑卒中偏瘫患者经过平均 3 个月左右的康复治疗,Barthel 指数总分均在 60 分及以上,生活基本能自理。经过系统的康复治疗及精心的康复护理,从患者的 Barthel 指数评分可以看出,从开始严重的功能缺陷恢复到中、轻度功能缺陷;患者生活自理能力有很大提高,达到部分或基本独立;功能独立性测评由重度依赖恢复到中、轻度依赖或完全独立;患者的康复训练由被动转为主动;护理也由他人护理转为部分自我管理,为患者及早回归社会及家庭创造了良好的条件。

参考文献

- [1] 倪朝民. 脑卒中的康复研究[J]. 中国康复医学杂志, 2005,20(1):3.
- [2] 李躁,倪朝民. 脑卒中的卫生经济学研究[J]. 中国康复医学杂志,2005,20(1):70-72.
- [3] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点及脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [4] 南登昆,缪鸿石. 康复医学[M]. 北京:人民卫生出版社,1993:54-55.
- [5] 脑血管病三级康复治疗研究课题组(A组). 三级康复治疗改善脑卒中偏瘫患者综合功能的临床研究[J]. 中国康复医学杂志,2007,22(1):3-8.