

康复科护士的特色治疗——早期康复护理

李 新

石家庄市高等医学专科学校附属医院康复医学科, 河北 石家庄

收稿日期: 2023年8月19日; 录用日期: 2023年9月14日; 发布日期: 2023年9月21日

摘 要

以往的临床护理内容和技术多注重的是临床疾病的药物治疗和护理, 而康复科或康复中心的护士是在护理内容和技术增加了早期康复的监督和指导的护理模式, 因为早期康复护理是整体康复的基石, 早期康复护理的质量直接影响了患者最终康复治疗的效果, 本文主要针对康复科的早期护理内容和护理模式进行了规范性的阐述, 为将来越来越多的康复科和康复治疗中心护理工作的开展提供参考, 使康复科的康复护理与康复治疗更加紧密结合, 凸显康复科以功能康复为宗旨的临床治疗护理的特点。

关键词

康复护理, 早期康复, 功能康复

Specialty Treatment for Rehabilitation Nurses—Early Rehabilitation Care

Xin Li

Department of Rehabilitation Medicine, Affiliated Hospital of Shijiazhuang Higher Medical College, Shijiazhuang Hebei

Received: Aug. 19th, 2023; accepted: Sep. 14th, 2023; published: Sep. 21st, 2023

Abstract

In the past, the clinical nursing content and technology mostly focused on the drug treatment and nursing of clinical diseases, while the nurses in the rehabilitation department or rehabilitation center in the nursing content and technology is the content and nursing mode of early rehabilitation, because early rehabilitation nursing is the cornerstone of overall rehabilitation. The quality of early rehabilitation care directly affects the outcome of the patient's final rehabilitation treatment. This paper mainly focuses on the early nursing content and nursing mode of rehabilitation medicine. It provides a reference for the development of more and more rehabilitation departments and rehabilitation treatment center nursing work in the future, so that the rehabilitation

nursing and rehabilitation treatment of the rehabilitation department are more closely integrated, and the characteristics of clinical treatment and nursing with the purpose of functional rehabilitation are highlighted.

Keywords

Rehabilitation Nursing, Early Rehabilitation, Functional Rehabilitation

Copyright © 2023 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

随着诊疗技术的提高,急性脑卒中患者救治率明显提高,然而在其存活者中致残率却高达80%以上[1]。二级康复是指患者在康复病房/康复中心的治疗,康复护理是实现整体康复的重要组成部分[2],而康复护理模式及康复护理的内容也越来越引起护理事业的重视,尤其是现在康复事业突飞猛进的时代,各级医院康复科或康复中心纷纷成立,康复护理尤其是早期康复在临床治疗中的重要性也就日益凸现出来,截至2019年末,全国已有残疾人康复机构9775个,比2018年增长739个;据数据显示,2011~2019年中国康复专科医院数量由301家增长至706家。随着我国康复专科医院需求量不断扩大,到2020年中国康复专科医院数量增长至739家,2011~2020年CAGR为9.4%。中国康复学科床位数量也在不断增加,到2020年中国康复医学可床位数量达到了30万张,与2011年的8.37万张相比,年均复合增长率为15%;同时,中国康复学科床位数量占医院总床位数的3.3%。但由于康复护理开展的时间有限所以在康复护理内容和康复内容方面不尽相同或完善,我们河北工伤康复中心成立15年多来收治康复患者20万多人,康复治理的种类包括各个方面:脊髓损伤、骨折、脑卒中、植物人、矽肺、运动神经元病、肌营养不良、糖尿病、心脏病等,但由于这些人中大部分处于后遗症期,治疗后虽都有不同程度的改善,其效果远不如急性期康复效果明显,在治疗过程中患者和治疗师的辛苦也远远大于早期康复的患者,因此开展早期康复护理过程中康复护理模式和护理内容,提高临床护理在康复治疗中的作用,提高患者的运动功能、语言认知功能、吞咽功能等,为最终提高或改善患者的日常生活自理能力和社会适应能力在身体上和心理上打下牢固的基础。

康复护理与临床护理内容最大的区别就是加入了早期康复的内容,目前比较公认的康复标准为:患者生命体征稳定,神经学症状不再发展48小时后,用Glasgow昏迷量表评定意识障碍分数大于8分,即可开展康复指导[3]。从康复治疗的角度出发就应该尽量缩短卧床时间,下床开展系统的康复治疗,在早期康复的这段时间内,除了治疗师的定时治疗,大部分时间就是患者自己在家属和护士的指导下进行,所以如果康复护理早期介入,护士和家属就能按照正规护理内容和方式进行早期康复,康复效果会更加明显[4][5]。早期康复护理在康复过程中具有至关重要的作用。通过早期康复护理可以防止肌肉萎缩,保持关节活动度预防关节僵硬或肌腱挛缩,预防因长期卧床、肢体制动引起的肺炎、褥疮、尿路感染等病发病[6][7][8]。具体内容因不同的病种有所不同,但因为目的相同而模式基本一样,体位摆放、主动或被动运动、局部四肢或全身运动、肌力训练、关节活动度训练等,以脑血管病为例早期康复护理的具体内容有如下几个方面:

2. 良肢位的摆放

良肢位又叫抗痉挛体位,功能位或体位治疗。急性期患者大部分时间躺在床上度过,常常不能转换体位,

而制动超过 3 周, 关节周围的疏松结缔组织会变为致密结缔组织, 从而导致关节挛缩变形[9], 因此正确的体位摆放从第一天起开始, 贯穿在偏瘫康复的各个时期, 可以预防和缓解痉挛, 诱导肢体感觉早期恢复。对脑卒中偏瘫患者早期以卧位为主, 肢体处于软瘫状态。脑卒中患者后引起的肌肉损伤上肢是以伸肌为主, 下肢是以屈肌为主, 为了预防和减轻损伤肌肉的萎缩, 有利于恢复肌肉的功能状态, 尽可能少采用仰卧位, 因为在这种体位受颈紧张反射和迷路反射的影响, 异常活动最强[10]。仰卧位使偏瘫侧骨盆下降, 患侧下肢外旋, 同时也增加了骶尾部、足跟外侧和外踝处褥疮的发生。作为一种替换体位或需要时使用[9]。

2.1. 卧位下良肢位(功能位)的摆放

1) 头部有枕头良好支撑, 不能使胸椎屈曲。上肢: 在肩胛骨的后方内侧缘处垫一块 1 cm 后的薄棉垫, 使肩关节处于外旋状态, 上肢保持外展 60°~80°伸肘、小臂旋后手心向上状态, 防止肩关节后撤和半脱位, 预防肩手综合症出现。

2) 下肢: 患侧髋关节外侧垫一小枕使髋关节稍内旋; 双膝微曲, 膝下垫一小枕, 避免膝过伸; 患侧足跟垫一小毛巾卷, 防止足下垂。

2.2. 侧卧位下良肢位(功能位)的摆放

1) 患侧卧位: 患侧卧位是所有体位中最重要的体位。该体位增加了知觉刺激, 并使整个患侧被拉长, 从而减少了痉挛的产生, 而且该体位能使健手自由活动。患侧卧位姿势具体如下: 头部有枕头支撑感觉舒适, 躯干稍向后旋转, 后背用枕头稳固支撑。上肢伸展与身体成 45°角, 前臂旋后; 下肢患侧在后, 膝屈曲, 踝背屈, 健肢在前屈曲, 膝下垫一大枕, 防止患肢被压影响血液循环;

2) 健侧卧位: 健侧卧位作为一种替换体位也是必不可少的, 向健侧翻身过程能早期促使患侧肢体用共同运动的模式诱导主动运动[11]。健侧卧位姿势具体如下: 患侧上肢在上抱一小枕放于胸前, 健侧上肢在下自然放于体侧; 双下肢屈曲, 患侧下肢在前, 膝下垫一大枕, 健侧下肢在后, 自然弯曲。

2.3. 体位摆放的注意事项

1) 床应放平, 除了进食或进食训练时都应避免床头抬高, 因为半卧位会增加躯干的屈曲和下肢的伸直的痉挛模式。

2) 手中不应放任何物品。为对抗屈肌痉挛在手中放置物品, 因受抓握反射的影响, 反而会引起手抓握掌中而物体强化了屈肌痉挛模式, 正确的体位是手处于半握状态, 不能处于抗重力的体位[10]。

3) 足底不能放置任何物品, 放置物品可以刺激足底增加伸肌模式的反射活动。

3. 心理护理

偏瘫患者从一个正常人到残疾人, 而且要带着残疾生活, 这一系列的角色转化是患者在心理上受到极大的打击, 但在康复过程中发现患者年龄、性格特点、文化背景和社会环境的不同, 对待残疾和康复的心理反应也不相同, 常见的心理反应分为震惊期、否认期、抑郁期、反对独立期和适应期[12]。但每个患者并不是五个期都要经过, 可以经历几个期或停止在某个期不发展, 有时还可以反复。在康复护理过程中心理护理非常重要。康复护士必须随时了解患者的心理状态, 有针对性地做好心理护理, 给患者常规的心理评定和足够的心理支持, 关心和鼓励, 充分发挥家庭和社会的支持系统的作用, 使患者能积极参与到康复训练和治疗, 以获得最佳的康复效果。

4. 肌力训练

早期肌力训练, 目的是通过被动运动维持现有肌力, 以预防和减轻患肢的肌肉萎缩, 诱导主动运动

早日出现。包括腰背肌训练和患侧肢体肌力训练。通过桥式运动进行腹肌、腰背肌和呼吸肌训练,提高患者的翻身、床上转移、床上大小便等生活自理能力;患侧肢体的被动活动、腕关节背伸和踝关节背伸的牵张训练等方法都有利于患者体能和肢体功能的维持和提高,为进一步进行整体功能训练在身体方面准备了条件。

5. 关节活动度训练

急性期更关注的是病人的治疗,而常常忽略患者患侧的康复和护理。瘫痪肢体的被动活动是预防关节挛缩的主要手段。如肩关节,3周之内不活动就会出现关节周围组织粘连,患者就会出现疼痛,活动就会受限,进一步发展会导致肩关节挛缩,因此关节被动活动越早越好[9]。康复护士每日应该指导家属对患者的肩关节、肘关节、腕关节、指关节、髋关节、膝关节、踝关节与足趾关节进行被动活动。以防止粘连和关节挛缩,恢复和改善各关节的功能。被动活动时注意事项:活动度应从小到大,以不引起患者疼痛为宜,速度宜舒缓,在训练过程中一定调动患者的情绪,主动、积极地参与到运动中,使被动运动早日过度到主动运动阶段。上肢的被动运动包括:Bobath握手同时双上肢的上举、旋转、左右摆动;Bobath握手肘关节的屈曲、伸展分别触摸双耳、额头、双眼、鼻子、嘴;Bobath握手前臂的旋前、旋后;Bobath握手腕关节背伸、掌屈;手指的屈曲、伸展。下肢的被动运动包括:桥式运动进行髋关节的屈曲、伸展;双腿屈膝并拢进行同向、异向摆动进行髋关节的内收、外展、内旋、外旋运动;患侧侧卧下进行膝关节的屈曲、伸展运动;仰卧位下通过屈髋-屈膝-屈踝的联合运动促进踝关节背伸、趾屈;通过踝关节环转促进足趾的屈曲、伸展运动。

6. 体位转移训练

急性期患者大部分时间是在床上度过的,体位的转变、转移成为解除疲劳最常用的方法之一,包括翻身、起坐、床凳转移、床椅转移等,通过体位转移还可以预防由于长期卧床引起的并发症——褥疮、肺部感染、下肢静脉血栓及胃肠功能紊乱等。康复护士每天要定时辅助患者翻身、定时更换床单,翻身的正确方法是嘱患者Bobath握手,双上肢前上举垂直于胸前,同时家属辅助患者双下肢屈膝并拢,上下肢同时向一侧倾斜,这种方法既省力又安全。通过翻身训练既可达到翻身目的,长期下去患者就会形成身体整体运动的习惯,而不是会忽略偏瘫侧肢体的存在。临床上常见患者自己会上患侧翻身而不会向健侧翻身,就是由于患侧肢体无力或感觉不好引起的,所以我们训练患者两侧翻身,禁止提示患者用力将身体甩到对侧,预防身体出现痉挛模式和掉床的危险[9]。轮椅对偏瘫患者来讲是最好的代步工具,少数患者有可能终身使用,康复护士正确及时地指导患者和家属使用轮椅,对康复起到积极有效的作用轮椅的使用可以增加患者与外界的交流,享受到不同景色的变化,增加了患者对康复的信心,只要患者生命体征稳定,有一定的精力和一定的体力,应尽早从床上转移到轮椅上进行户外活动、检查、康复训练。正确的转移和无过度用力使患者能容易站立,有助于患腿负重而不伴有全伸模式[9]。床椅高度一致时有利于转移。床椅转移有被动转移和主动转移两种方式:主动转移时患者依靠在床边,康复护士或家属必须在患者前面保护,轮椅放在患者的健侧与床成 $30^{\circ}\sim 40^{\circ}$ 夹角,一定刹闸固定好轮椅,患者弯腰用健侧去够轮椅的远侧扶手,以健侧腿为轴移动身体对准轮椅坐下,完成从床到轮椅的转移;从轮椅到床的转移是让轮椅的患者的健侧与床成 $30^{\circ}\sim 40^{\circ}$ 夹角,刹闸固定好轮椅后再让患者移动,康复护士或家属站在患者面前辅助其站起,然后弯腰扶床,以健侧腿为轴转动身体,对准床坐下,患者上床坐稳后,再将轮椅移走。

7. 平衡功能训练

床上坐位平衡、床边站立平衡、床边坐位平衡。逐渐增加床头抬高的角度,直至能独立坐位30分钟

以上；床边坐位训练由床上转移到床边，双腿垂在床边的体位，脚不能踏地时放一个合适的凳子或箱子使患者的膝关节屈曲 90 度，以左右平衡训练为主，能独立坐稳后，脚移至地上，患者依靠在床边进行站立平衡训练，同时让患者进行身体的左右摆动，以髋关节的运动为主，逐渐过渡到患者不再依靠床边独立站立，然后转身对准床边的凳子坐下，完成床凳转移，进行床边坐位下低头弯腰左右转动身体的平衡训练。早期的平衡功能训练是将来患者进行步行步态训练的关键和基础，也是患者整体康复的基础[12]，因此康复护士应鼓励患者早期进行平衡训练。

8. 呼吸功能训练

患病后患者总觉得说话无力、身体发软、移动就气短，通过呼吸功能训练就能改善这些症状。训练时可以采用卧位和坐位进行，卧位辅助呼吸法常用，既方便、又安全，康复护士定时到床边指导患者家属辅助患者进行，包括口鼻呼吸模式训练、深呼吸训及呼吸控制训练。具体有发音训练(f、ka)、吹蜡烛、吹气球训练等。

9. 言语训练

越早效果越好，由于言语训练专业性较强，所以以专业的治疗师治疗为主，另外由于专业言语治疗时间有限，所以需要康复护士和家属配合督导患者在家或病房训练，以日常对话的形式鼓励患者进行构音或失语症的治疗。

10. 吞咽功能训练

根据患者吞咽障碍的程度选择进食的体位、进食形状，嘱患者练习张口、鼓腮、扣齿、伸舌等口腔器官训练，康复护士在护理过程中及时给与指导和帮助，预防吴吸、吴咽等意外发生[2]。

11. 日常生活能力训练

1) 饮食护理：进食时的体位，食物的性状，如果是鼻饲，鼻饲的量、温度及时间等。丰富的饮食才能给机体提供丰富营养和能量，患者才有体能和精力进行康复训练，尤其对吞咽功能障碍的患者及家属，进行正确饮食指导既保证了安全吞咽，同时通过味觉刺激大脑反应，从而促进运动功能的恢复。因此饮食护理既是康复治疗的基础。

2) 盥洗：梳头、洗脸、刷牙等，只要不是绝对卧床的，尽量鼓励患者自己完成，家属多鼓励患者，并及时给与辅助，增强患者的自信心。

3) 入厕：只要病情允许尽量鼓励患者下床大小便，通过这些必需的体位改变增强患者的康复信心。

4) 穿衣：意识清醒的患者，康复科护士应尽量鼓励患者白天穿上方便舒适的衣服，晚上换上舒适的睡衣。并且让患者及家属明白，这个过程不仅仅是日常动作，更是康复训练的过程，通过重复这些简单而实用的动作可以达到促醒大脑，诱发肢体功能的目的。

5) 穿、脱鞋：患者最好穿轻便的软底布鞋，因为患者此时下肢不能动、脚底的感差；脚处于身体最末梢，血液回流受阻；为了促进血液循环和足底感觉，尤其在脱鞋时，嘱患者用双脚互相帮忙脱，通过脱鞋动作促进患肢主动运动和双下肢配合意识。康复科护士及时给与宣教，鼓励患者自行穿、脱鞋子，穿鞋时需要辅助，家属嘱患者用患脚有意识向前移和脚后跟向下登的力量，3 次以后基本就能找到穿鞋的感觉。

以上这些日常生活活动患者在病房都要用到，康复科脑病科护士在日常护理过程中及时给与正确指导和帮助，对提高患者主动参与康复的意识和提高康复效果俱很有重要作用[13]。

12. 预防并发症的护理

脑卒中以后患者长期卧床, 不正确的体位, 不正确的搬运和不正确的活动等, 都可以造成一定的并发症。如肩关节半脱位、肩-手综合症、肩痛、压疮、深静脉血栓、废用综合症、关节挛缩、肌肉萎缩、直立性低血压、肺部感染等。这些并发症不仅对患者的功能恢复带来不良影响, 而且给患者增加痛苦, 影响康复效果和康复积极性, 因此在护理过程中及早进行宣教, 及时给与正确的指导和帮助, 早预防, 早发现, 尽量减少并发症的发生[3]。

总之, 脑血管病患者生存治疗的好坏很大程度上取决于瘫痪肢体功能恢复的程度, 规范的三级康复治疗能明显地提高患者的综合功能水平[14], 其中二级康复的效果非常重要, 应该规范二级康复中的每一个流程, 尤其注重康复护理中早期康复护理及时正确的指导和监督, 解决患者运动功能及日常生活活动能力问题, 突出康复科的护理特点, 使护理更有条理, 更规范。通过护士的现场指导和临床运用便于家属配合, 操作性强, 实用性强, 也便于护理工作的开展和家属及患者对康复训练的巩固和记忆, 易于推广, 希望能对新建康复医院或康复科的护理人员提供一个护理新思路。

参考文献

- [1] 丁萍. 脑卒中偏瘫患者的分期康复护理分析[J]. 中国康复医学杂志, 2010, 25(2): 180-181.
- [2] 胡水善. 脑卒中三级康复治疗方案的探讨[J]. 中华全科医学杂志, 2005, 4(12): 712-714.
- [3] 谢德利. 现代康复护理[M]. 北京: 科技文献出版社, 2001: 38-39.
- [4] 燕铁斌. 常用康复护理技术排放[J]. 康复护理学, 2012(6): 156-157.
- [5] 韩芳. 脑卒中患者尿失禁的康复护理[C]//中华护理学会第 8 届全国造口、伤口、失禁护理学术交流会议; 全国外科护理学术交流会议; 全国神经内、外科护理学术交流会议论文集. 2010: 60.
- [6] 王津. 脑卒中后患者生存质量和康复护理干预的研究[J]. 中外女性健康(下半月), 2014(1): 34.
- [7] 赵文芳, 郭珍珠, 郭静, 王斌, 弓玉红. 加速康复外科理念下标准化作业流程在肝移植术后病人护理中的应用[J]. 循证护理, 2022, 8(2): 267-270.
- [8] 李庆印, 吴岳, 刘焜, 王诗瑜, 李朝晖. 心血管病康复护理实践与思考[J]. 中国护理管理, 2021, 21(11): 1601-1607.
- [9] 张通. 脑卒中的功能障碍与康复[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2006: 433-441.
- [10] 李素梅, 高凤霞, 郑荣, 等. 早期运动康复治疗卒中后偏瘫合并失语症的临床[J]. 研究中国康复医学杂志, 2010, 25(2): 169-171.
- [11] 周维金, 黄永禧, 王茂斌. 康复专业人员培训教材[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2009: 149-150.
- [12] 朱镰连. 神经康复学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2003: 244-245.
- [13] 顾玲, 胡永善, 李丽华, 等. 脑血管病患者偏瘫康复恢复期的规范化康复护[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(1): 73-74.
- [14] 脑血管病三集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.