

• 康复与护理 •

早期护理干预对脑卒中偏瘫患者肢体功能康复的影响

周菊珍

(浙江省绍兴市人民医院 绍兴 312000)

摘要:目的:观察早期护理干预对脑卒中偏瘫患者肢体功能康复的影响。方法:将 124 例脑卒中偏瘫患者随机分为护理干预组 64 例与对照组 60 例,对照组只接受神经内科常规药物治疗,护理干预组在常规药物治疗的基础上采用早期护理干预,用分级法对 2 组患者在开始治疗和治疗结束时分别评定。结果:治疗结束时 2 组患者用 Brunnstrom 分级比较,患肢上、下功能差别均有显著性($P<0.01$)。结论:脑卒中偏瘫患者采用早期护理干预结合药物治疗对其肢体功能康复有积极意义。

关键词:脑卒中;偏瘫;早期;护理干预;康复;心理疗法;音乐疗法

中图分类号:R 473.5

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2006)01-0067-02

脑卒中是一种致残率极高的常见病,脑卒中后幸存者中约有 70%~80% 患者存在不同程度的肢体功能障碍^[1],严重影响患者的生活质量,早期护理干预对提高偏瘫患者的疗效、减少后遗症和改善患者的生活质量有重大意义。我科对 64 例脑卒中偏瘫患者在常规药物治疗的基础上进行早期护理干预,观察患肢功能恢复情况,取得了良好的效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 全部病例均为我科 2001 年 6 月~2004 年 6 月收治住院的脑卒中偏瘫患者,符合 1996 年全国第 4 次脑血管疾病学术会议修订的诊断标准^[2],均经头颅 CT 和 / 或 MRI 检查证实的首次发病的急性期患者,同时符合以下条件:均存在肢体功能障碍;神志清楚,生命体征稳定;无失语及严重智力障碍。按入院先后顺序及患者自愿原则,进入观察者 124 例。随机分为护理干预组 64 例,其中男 34 例,女 30 例;平均年龄 67.5(65.1± 7.3)岁;脑出血 35 例,脑梗死 29 例。对照组 60 例,其中男 31 例,女 29 例;平均年龄 66.9(64.8± 7.5)岁;脑出血 32 例,脑梗死 28 例。2 组患者在入院时的一般情况比较无显著性差异 ($P>0.05$),具可比性。

1.2 方法 所有病例均接受神经内科常规治疗(包括控制血压、降颅压、神经营养药及细胞活化剂等),早期护理干预组在常规药物治疗的基础上采用心理安慰、宣传资料及音乐疗法等措施。经过 15d 的治疗,结束时用 Brunnstrom 分级法对 2 组患者在开始治疗和治疗结束时进行分别评定。

2 早期护理干预

2.1 给患者讲解脑卒中肢体瘫痪的特点,使患者对自己的肢体功能障碍有一个正确的认识,解除不必要的恐惧和消极悲观的情绪,树立同疾病作斗争的信心。

2.2 为患者及家属提供有关脑卒中疾病的宣传资料,介绍一般知识。促进患者之间良好的情绪交流,用恢复较好的患者做现身说法,同时还应加强对患者家属的心理疏导,解除家属焦虑不安、悲观失望等情绪,以便激励患者。

2.3 让患者听一些节奏缓慢、旋律优美的古典乐曲民歌,或者节奏明快、声音和谐的音乐,使患者在轻松优美的环境中,激发康复训练的兴趣,认真完成每一次训练任务。

2.4 急性期症状明显,患者在卧床休息时应保持肢体处于正

确的、良好的姿势和体位,防止患肢的挛缩和关节脱位变形。经常性变换体位,一般 2h 翻身 1 次,夜间可略长些,防止褥疮及其他并发症。

2.5 病情稳定时,给予患肢以感觉刺激,采用按、摩、推、拿、搓、揉、摇等手法及骨盆旋转运动、桥式运动、左右翻身等,逐渐使患者以被动运动过渡到自主运动。此外,还应进行坐位、跪位、立位及步行中的平衡训练。

2.6 在日常生活中,鼓励患者利用健手或健手带动患手进行洗脸、刷牙、吃饭、更衣,尽量减少他人的帮助,充分调动患者的主观能动性。

3 结果

干预组与对照组治疗前后用 Brunnstrom 分级比较,治疗后 2 组患肢上、下功能差别均有显著性 ($P<0.01$),见表 1。

表 1 治疗前后 Brunnstrom 运动功能比较 例													
组别	上肢						下肢						
	I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	IV	V	VI	
干预组 治疗前	23	29	7	5	0	0	21	29	10	4	0	0	
(n=64) 治疗后	5	17	25	13	4	0	7	20	20	11	6	0	
对照组 治疗前	22	26	8	4	0	0	20	23	14	3	0	0	
(n=60) 治疗后	13	26	15	6	0	0	11	22	19	5	3	0	

注:经统计学检查,干预组治疗后与治疗前比较, $P<0.01$; 干预组与对照组比较, $P<0.01$ 。

4 讨论

虽然脑卒中偏瘫患者随着时间的推移,疾病的自然演变,其肢体功能可获得一定程度的改善和提高,但其幅度小,时间长,容易出现异常的运动模式。因此如能早期进行康复护理干预,同时对患者陪护或家属进行相关康复知识的培训与指导,让患者及家属掌握正确的训练方法,将康复知识贯穿于患者日常生活之中,能更大程度地改善脑卒中幸存者的独立生活能力,提高其生活质量,缩短住院时间,有助于患者回归家庭与社会。

脑卒中偏瘫患者由于不可逆转的中枢神经损伤以及病灶和其水肿带来某些运动神经元的不完全损伤,其运动功能不可能只依靠单纯药物治疗获得。有资料表明,当患者处于兴奋状态及良好情绪时,神经抑制解除,这时神经肌肉调节达到最佳状态^[3]。早期护理干预以专科护理常规为基础,以康复护理技术为中心,以改善功能障碍为目标,通过早期对其

硬膜外麻醉术后病人自控镇痛护理

祝晏灵

(浙江省杭州市余杭区妇幼保健院 杭州 311100)

关键词:硬膜外麻醉;术后疼痛;病人自控镇痛;护理

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)01-0068-02

目前根据国际疼痛研究会对疼痛下的定义,认为疼痛是一种实质性或潜在性组织损伤所引起的不愉快的感觉和情感体验^[1]。疼痛可以分为急性、慢性和神经病理性疼痛。近年硬膜外麻醉术后病人自控镇痛方兴未艾,本文对此及自控镇痛护理作了探讨。

1 病人自控镇痛(PCA)临床运用

病人自控镇痛(Patient Controlled Analgesia)简称 PCA 法,病人借助于特殊的按钮自行反复的给予小剂量药物达到镇痛目的的一种方法^[2]。优点:多次小的给药使血药浓度较为平稳,镇痛效果迅速,病人较为满意。这种方法比较传统术后注射更为先进。

1.1 PCA 专用设备 PCA 泵,1976 年英国 Greseby 生产第一台 PCA 泵,近年来有多种。大多分为 2 类:(1)电脑控制:多种模式、复杂的 PCA;(2)非电子系统:一次性简单的 PCA。

1.2 PCA 系给药途径 (1)静脉(PCIA):原经信道接在静脉内注射给药;(2)硬膜外(PCZA):原经硬膜外导管接在硬膜外腔给药;(3)皮下(PCSA):原经过信道接在皮下给药。

1.3 PCA 泵专用术语 (1)持续背景输注给药(basal infusion):单位时间内输注给药;(2)单项给药剂量(bolus):病人按压 PCA 泵上的特殊按钮泵自动给药;(3)锁定时间(Lock out time):在该时间内 PCA 泵装置对病人再次给药的指令不作反应,是一种保护措施。锁定时间可根据药物起效速度以及 PCA 不同给药时间而定。

1.4 PCA 使用的药物 阿卡类药:吗啡、杜冷丁、芬太尼等;局麻类药:布比卡因、利多卡因、罗布卡因。基本配方为:吗啡 6mg+0.125%~0.25%布比卡因 +NS 到 100mL。48~72h 后麻醉医师视病人情况拔管。

1.5 PCA 使用注意事项 (1)加强监测:BP、P、R、病人疼痛、镇静程度,认真记录及时处理药物的副作用,要求监测术后 8h 内 BP、P、R,要求 24h 小时内监测 R;(2)术前和手术结束给病人及家属讲解 PCA 使用方法,以便达到最佳镇痛效果;(3)对病人不理解或无操作能力者不使用。

2 自控镇痛护理

2.1 疼痛观察与评估 对病人术后及术后 30 min 疼痛进行评估并对比,如果病人疼痛仍未减轻,则应通知麻醉医师调整 PCA 泵止痛药的剂量。

2.2 观察病人的呼吸情况 呼吸的观察对带泵的病人尤其重要。因为 PCA 泵使用的止痛药为吗啡或芬太尼,这类药物对呼吸有明显的抑制作用,发生率为 1%~5%,是最为严重的副作用,尤其对老年人,低血容量、剂量过大、在持续泵注射基础上给药等因素将增高呼吸抑制的发生率。所以,应对术后使用 PCA 泵的病人给予吸氧,监测 R、BP、P,并有记录。对止痛效果不明显的病人应请示麻醉医师,可以再肌注杜冷丁。

2.3 局部穿刺部位的护理 护士应注意观察穿刺部位有无渗出,告诉病人活动不要牵拉 PCA 泵的管道,防止将导管从体内拔出。

2.4 止痛药副反应的观察及护理

2.4.1 恶心、呕吐 是常见的反应,如果病人有恶心反应,应让病人头偏向一侧,防止呕吐误吸,呕吐严重者应请示医生。可用药物对抗,如氟哌利多、灭吐灵。

2.4.2 嗜睡、皮肤瘙痒 部分使用 PCA 泵的病人会出现嗜睡、皮肤瘙痒现象。嗜睡的病人呼之能醒,护士应经常喊醒病人,观察病人睡眠时的呼吸情况。皮肤瘙痒是吗啡药诱发组织胺释放造成,一般停药或减量后消失,严重者可给苯海拉明。

2.4.3 抑制肠蠕动 护士应注意观察病人的肠蠕动情况:肠鸣音、排气、排便,尤其是腹部手术的病人会感到腹胀、排气时间延长、便秘等情况。腹胀术后 3d 仍未排气的病人,护士应指导病人在病情允许的情况下多活动,如增加翻身次数或床边活动、热敷腹部等增进肠蠕动,严重腹胀的病人可持续胃肠减压或肛管排气。能进食的病人可以鼓励他多吃一些蔬菜和水果(如香蕉)利于排便。这样的病人会出现焦虑和急躁等不良情绪,护士应向病人耐心讲解这种情况不会持续很长时间,急躁反而不利于病情的恢复,而且 PCA 治疗主要用于

进行心理安慰,发挥患者的主动性,消除患者的心理障碍,增强对康复的信心,使患者通过参与各种功能锻炼来提高或改善患者功能水平,逐步实现自我照顾、独立生活的目标,提高生活质量。本组资料表明,护理干预组与对照组治疗前后用 Brunnstrom 分级比较,治疗后 2 组患肢上、下功能差别均有显著性,护理干预组明显优于对照组。说明早期采取积极正确的护理干预,是提高脑卒中偏瘫患者肢体功能的有效方

法。

参考文献

[1]戴红.康复医学[M].北京:人民卫生出版社,1998.172
[2]全国第 4 次脑血管病学术会议.各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379
[3]张捧玉,苟凤阁,周群拉,等.早期强化训练对急性脑卒中患者生活自理能力的影响[J].中国康复医学杂志,1998,13(6):252

(收稿日期: 2005-05-08)