

2014年1月



編者的話

緊張忙碌的 2013 年已經結束，我們又迎來了充滿機遇和挑戰的一年，回首過去一年內地康復事業的發展，在由黃錦文教授領導的香港職業治療學院專家的關心和大力支持下，在治療師的教育領域以及全國很多大醫院的康復科室發展、建設中都留下了他們辛勤的汗水。他們對於內地康復治療事業關注的態度值得我們學習，更值得我們引以為鑒。

康復護理也是 Team 的一員，她們所從事的工作與我們大家的職業 OT 治療密切相關，這一期我作為編輯就從內地的幾所醫院具有豐富康復護理經驗的護理部領導或者資深護理人員中選擇了相關康復護理的論文或文章來宣傳和介紹她們各自工作的心得和特色。

本期責任編輯 顧越
2014/1/6

目錄

1. 編者的話
2. 痙攣型中樞性協調障礙患兒水療的護理體會 劉常青 (湖北)
3. 康復護理在四肢骨折後臨床護理中的應用 莊海英 謝宏文 (山東)
4. 腦癱病區常見問題及管理措施 劉常青 (湖北)
5. 腦卒中患者恢復期患者營養狀況的調查 謝家興;牛敬雪;張紅雲;王微平;
荀宏偉 (北京)
6. 淺談我對康復護理的理解 齊英 (黑龍江)
7. 神經源性異位骨化患者圍手術期的護理體會 魏娜 (北京)

痙攣型中樞性協調障礙患兒水療的護理體會

劉常青 主管技師

(湖北省孝感市中心醫院兒童康復科 432000)

摘要

目的 對進行水療的中樞性協調障礙患兒進行康復護理

方法 對 2-12 月的 33 例小兒腦性癱瘓患兒進行水療配合功能訓練、按摩、痙攣肌治療儀進行康復治療，取得滿意效果。

結果 患兒經過 3 個療程的規範化治療，有效率 93.8%，

結論 水療利於正常運動模式建立，配合功能訓練可達到更好效果。

主題詞 腦性癱瘓；水療；康復護理

中樞性協調障礙是指具有姿勢反應性異常的腦癱高危兒或腦損傷高危兒，該病診斷的重要意義在於早期治療，減輕患兒致殘程度、減少致殘率。其中痙攣型中樞性協調障礙患兒，存在肌張力高及運動障礙、姿勢異常和關節攣縮。我科應用漩渦氣泡水療配合功能訓練、按摩、痙攣肌治療儀進行康復治療，取得滿意效果。

1 臨床資料

1. 1 一般資料 65 例為 2009 年 3 月— 2011 年 7 月在我科住院痙攣型中樞性協調障礙患兒，符合全國小兒腦癱座談會制定的標準^[1]。隨機分為兩組：觀察組 32 例，男 19 例，女 13 例；2- 6 月 19 例，6 月— 1 歲 13 例；對照組 33 例，男 18 例，女 15 例；2- 6 月 18 例，6 月— 1 歲 15 例兩組在年齡及病情程度比較方面無統計學意義。

1. 2 治療方法

1. 2. 1 水療：室溫 26℃- 28℃、水溫 37 ℃- 39 ℃，治療用浴缸為康龍威公司製造兒童專用漩渦氣泡水療浴缸，規格為 KLW—SSL 兒童水療機，130 cm X 100 cm X 100 cm。根據患兒胖瘦選擇適合的已獲專利的雙保險項式游泳圈入水，時間 20m，利用水療池中氣泡漩渦對患兒肩、肘、腕、髖、膝、踝等關節進行衝擊，治療時謹防患兒嗆水、溺水，儘量，保持患兒輕鬆愉快，1 次/d，20m/次，20d 為一療程共 3 個療程。

1. 2. 2 常規治療：包括功能訓練、按摩、痙攣肌治療儀，20d 為一療程共 3 個療程。觀察組常規治療基礎上輔以水療、水中訓練，對照組採用常規治療。

2 結果

2. 1 療效評定標準：應用改良的 Ashworth 量表對痙攣程度進行評定。肌張力較前明顯

降低，異常姿勢明顯改善，關節活動度明顯增加，運動發育有明顯進步為顯效，肌張力較前有改善，異常姿勢有改善，關節活動度有增加，運動發育有進步為有效，治療前後無明顯改善為無效。

2. 2 治療結果：三個療程後觀察組與對照組總有效率為 93.8%及 87.9%，見表 1，兩組經檢驗有顯著性差異($P < 0.05$)，說明水療配合常規治療能改善痙攣型中樞性協調障礙患兒的關節活動度、降低肌張力、減少攣縮，改善患兒運動能力。

表 1 兩組療效比較(例)

組別	n	顯效	有效	無效	總有效率 (%)
觀察組	32	10	20	2	93.8
對照組	33	8	21	4	87.9

注：與對照組比較， $P < 0.05$

3 康復護理：護理工作在水療中有非常重要的作用，對患兒的功能恢復有很大的關係，現敘述如下：

3.1 水療前：室內溫度 28℃，調節好浴缸水溫 38℃—40℃。地下室要幹爽。根據患兒胖瘦選擇適合的已獲專利的正規品牌雙保險項式游泳圈入水，治療時的漩渦氣泡很多，普通的游泳圈極易傾覆。操作前檢查游泳圈的頸圍型號、保險按扣和有無破損、漏氣，雙氣囊各充氣約 90%，從前往後將泳圈套入寶寶頸部，扣好雙重保險粘貼，檢查寶寶雙下頷角是否緊貼內圈，下巴置於槽內，然後逐漸且緩慢入水。水療及撫觸前半小時停止進食。患兒要先適應水中的溫度與環境，然後將新生兒逐漸緩慢地放入水中。為防止交叉感染，做到每次做完要消毒池水。

3.2 水療中：在患兒進水後，必須實行一對一專人全程看護。先讓患兒自主放鬆，然後協助患兒做肢體伸展活動約 10min，依患兒情況設計被動運動：分為上肢被動運動、下肢被動運動，仰泳、俯泳，左側劃行、右側劃行，軀幹立位旋轉，臥位的側翻、旋轉，最後讓患兒做自由活動約 5min，水療中患兒頭部要始終保持在水面之上。

3.3 水療後：待患兒水療完畢，雙手抱住寶寶軀幹離開水池，在工作台上取下泳圈，用消毒浴巾擦千全身，注意保暖，然後用潤膚油擦拭患兒。

4 小結：

痙攣型中樞性協調障礙表現為肌張力高，運動功能障礙，姿勢異常和關節攣縮畸形^[2]。水療利用水的溫度、水靜壓、水的浮力和阻力，可促進血液迴圈，使神經興奮性降低，肌張力下降，緩解肌痙攣，維持和擴大關節活動度，糾正攣縮、改善感覺功能、改善平衡能力和

協調性等。浸入水中的肢體受到向上的力的支托而漂浮，可減輕關節負荷。水療池產生的氣泡和漩渦，也能夠鍛煉患兒轉換體位和維持平衡的能力，改善患兒的協調性。曾小華^[3]等人報導，通過溫和良好的水刺激皮膚，再通過感覺器官傳導至中樞神經系統，產生良好的生理效應，增加了迷走神經的興奮性，使患兒的胃腸道激素分泌增多，食欲增加；加之水療時進行全身運動，消耗一定的體力，所以水療後患兒很快入睡，有利於規律睡眠的建立，增加睡眠；同時腸蠕動增加，排便增多，促使新生兒進食增加，有利於康復訓練的進行。

5 參考文獻

- [1] 林慶。全國小兒腦性癱瘓座談會紀要(J)。中華兒科雜誌，1989，27(3):162- 164
- [2] 林慶，李松。小兒腦性癱瘓(M)。北京:北京醫科大學出版社，2000，97
- [3] 曾小華。水療法對新生兒的影響[J]。現代臨床護理，2006。5(4): 40

康復護理在四肢骨折後臨床護理中的應用

山東省聊城市人民醫院康復科 252000
莊海英 謝宏文

摘要

目的 對四肢骨折患者臨床採用的康復護理應用進行探討。

方法 分析我院 2011 年 11 月---2012 年 11 月住院期間 44 例四肢骨折患者的臨床資料。根據隨機分組將其分為康復護理組和傳統護理組，每組 22 例。對護理的效果對比分析。

結果 患者經康復護理後恢復效果顯著優於傳統護理。

結論 康復護理在四肢骨折後的臨床護理中有滿意效果，值得推廣。

關鍵字 康復護理 四肢骨折護理 應用

隨著康復事業的發展，康復護理也逐步地從整個的護理領域中脫穎而出並形成獨立的專業體系，出現了康復護理模式。我院對四肢骨折患者採用康復護理模式 [1] 進行臨床護理，取得顯著療效。病例來源於我院 2011 年 11 月---2012 年 11 月住院期間的 44 例四肢骨折患者的臨床資料，現報導如下：

1. 臨床資料：

1.1 一般資料：回顧性分析我院 2011 年 11 月---2012 年 11 月住院期間 44 例四肢骨折患者的臨床資料。根據隨機分組將其分為康復護理組和傳統護理組。康復護理組患者 22 例，男

性 15 例，女性 7 例，年齡 19—79 歲，平均年齡 44.3 ± 3.7 歲；傳統護理組患者 22 例，男性 13 例，女性 9 例，年齡 17—77 歲，平均年齡 37.7 ± 4.2 歲。

1.2 治療方法：

1.2.1 心理護理：首先與患者交談中，護士應該說話和氣、誠懇禮貌，以樂觀、自信的情緒去感染患者。在為患者治療的過程中，通過與患者的交談和觀察，掌握患者的思想動態，進行心理疏導，解除消極不快情緒，使患者從心理上得到安全感和信任感，樹立戰勝疾病的信心，以心理康復促進機能康復。

1.2.2 階段性護理：骨折早期，指導患者保持正確的肢體姿勢與體位，可以使患者放鬆全身肌肉，減輕骨折部位的異常應力刺激，減輕疼痛，防止骨折移位，同時有利於肢體的血液迴圈，減輕腫脹。骨折中、晚期，在不影響局部固定的前提下，可以指導患者活動患處的遠端關節，如上肢骨折，囑患者練習握拳和伸指動作，可改善血液迴圈，起到消腫、止痛、防止肱二頭肌粘連的作用；腕關節骨折可作輕度背伸掌屈動作，但不能作旋轉動作，可適當活動肩、肘關節。下肢骨折，可練習膝關節的屈伸活動和股四頭肌舒縮活動。活動以主動為主，如有困難可適當加以助力，可以防止關節囊攣縮、關節液減少、關節粘連的發生，同時可以減少肌力下降和肌肉萎縮。

1.2.3 飲食調護：

四肢骨折後患者由於創傷或手術，機體遭受了不同程度的損傷，傷後大多食欲不振、消化吸收能力減弱，導致營養不良，影響創傷的修復。因此根據骨傷的不同時期給予合理的飲食調護，以促進骨折的早日康復。早期宜進食清淡、易消化而富有營養的飲食；中期是骨痂形成期，宜食具有調和營血、接骨續筋作用的食物，同時補充大量維生素及鈣質；後期宜滋養肝腎、補益氣血。

1.2.4 出院前康復指導：

四肢骨折後的康復過程一般較長，並且大多都是在院外進行，因而出院前的康復指導是非常重要的。出院後要遵照醫生制定的康復計畫，掌握正確的功能鍛煉方法，運動要循序漸進，持之以恆。注意加強營養，保持心情愉快，為骨折癒合創造條件。要求患者定期復診。

1.3 評價指標：

1.3.1 對患者護理方式的滿意度進行評價。

1.3.2 對患者護理過程中的住院天數進行評價。

1.4 統計學方法：

採用 SPSS 18.0 軟體對數據進行統計學分析，計量資料用均數±標準差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，以 $P < 0.05$ 為差異有統計學意義。

2. 結果:

兩組患者經不同的護理方式進行護理，可以看出，康復護理組住院時間為（15.7±4.3）天，顯著少於傳統護理組（20.4±5.7）天，兩者差異具有統計學意義（ $P < 0.05$ ）。同時康復護理的患者滿意度高達 94.7%，遠優於傳統護理的 73.3%。

3. 討論:

四肢骨折常伴有肌肉、肌腱、韌帶、血管、神經和皮膚等軟組織損傷。原因多為直接或間接暴力，也可因肌肉突然的強力收縮或過度疲勞引起，不同的傷、殘原因，可能給康復對象帶來程度不一的身體或精神、心理方面的功能障礙，嚴重影響患者的正常生活和生活能力。在整個治療過程中，對患者進行有效的康復護理是非常有必要的，積極的護理有助於患者的快速恢復。在本文的康復護理過程方案中，護理人員依據患者機體受損狀況、個體機能以及心理狀態等制定個性化護理方案，並對患者進行階段性護理。結果顯示康復護理在四肢骨折後臨床護理中是非常有效的一種方式，值得推廣。

參考文獻:

[1]譚放花. 康復護理在骨科臨床護理中的應用[J]. 全科護理, 2011, 9(6):1529-1530

腦癱病區常見問題及管理措施

劉常青 主管護師

(湖北省孝感市中心醫院兒童康復科 432000)

摘要

目的 總結腦癱患兒在門診治療期間遇到的一些問題及管理經驗。

方法 及時對腦癱患兒及家長的相關需求等進行評估，通過對人員、空間、功能、設施等服務專案的彈性調整，滿足治療需要的同時，對患兒及家長實施有效的心理干預，拓寬區域功能，優化環境，提供更加完善的護理服務。

結果 有效的解決了出現的問題，提高了患兒家長的滿意度。

結論 提供多元化、個性的服務理念，滿足患兒治療時的需要，提高管理者應對能力及管理效能是評價門診治療的腦癱患兒護理的有效指標。

關鍵字: 腦性癱瘓患兒；門診病區；護理服務；管理

腦性癱瘓 (cerebral palsy, CP) 是兒科神經系統的常見疾病，致殘率高，目前無特效治療方法。我國每年新增 30-40 萬例腦癱患兒，給家庭帶來沉重的經濟負擔和精神痛苦。(1) 我科自 2000 年 8 月開展小兒腦癱治療以來，病人人數逐漸增多。由於患兒年齡小，家長心情迫切，環境擁擠、嘈雜等因素造成出現了各種矛盾。護理安全是醫院醫療安全的一個重要組成部分^[1]，我科通過對護理工作的有效調整，實施規範化管理，滿足患者的各種需求，取得了較好效果，報導如下：

1. 常見的問題

1.1 護理人員配置不足

本科配置護士 3 名，其中一名為主管護士，2 名為護師，均為工作 10 年以上的大專學歷註冊護士由於人手少，造成工作任務及職責不明確。

1.2 治療區環境條件差

由於地理條件限制，病區空間狹小，擁擠嘈雜，交叉感染的幾率較大，安全隱患多。

1.3 治療區功能劃分不清楚

因病人量較多病區空間有限，各功能區劃分不清楚，造成工作雜亂無章。

1.4 患者就診秩序混亂

大多數家長習慣上午帶患兒來治療，因此造成就診時人員擁擠，秩序混亂的局面。

1.5 各種基礎設施缺乏

治療區垃圾筐數量過少，開水不能保證隨時供應。

1.6 健康教育不能有效實施

由於工作人員少，工作量大，病人數量多，造成健康宣教不能有效的實施

1.7 患兒家長心理障礙

腦癱患兒病程長，康復訓練見效慢，患兒家長在長期的負性事件影響下，易出現焦慮抑鬱情緒，甚至有放棄治療的想法，

1.8 不能及時進行康復評價及隨訪

因病人屬門診治療，流動過大，給康復評價及隨訪造成了很大的困難。

2. 護理措施

2.1 調整護士結構

提升職業綜合素質：加強護士的職業道德教育。樹立以“病人為中心”的服務理念，增強責任心。^[3]

在原有人員配管基礎上，從兒科抽掉一名有經驗和組織能力的主管護師，一名助理護士，組成新的護理小組，加強門診護理力量並根據人員情況進行工作分，明確工作任務及職責。

2.2 環境管理

2.2.1 腦癱患兒是醫院感染的高發人群,^[2]預防交叉感染,設立腦癱治療專區,做到專病專區專治,將感染與非感染患兒分開,每天治療前,30分鐘開窗通風,用500mg/L“健之素”消毒液擦拭地面及公共用物,3次/d,啟動人機共存的紫外線空氣消毒機,至門診治療結束。

2.2.2 保證治療環境安全,保持地面乾淨,乾燥,每次消毒液擦拭地面後,用幹拖把擦幹,及時巡視,觀察患兒病情及安全情況,在牆壁上粘貼醒目的安全就診注意事項提示板,防止患兒墜地、摔傷、自傷、他傷等意外的發生。加強陪診人員的安全及防範意識的宣教,同時注意自己隨身攜帶的財務的安全。

2.3 治療區功能調整

實行“三區一園”功能區劃分。諮詢區:由經驗豐富的只管護師對患兒家長提出的問題進行解答和指導。訓練區:由康復師對患兒進行相關訓練。休息區:準備2部兒童推車,2部兒童休息床,供患兒休息,兒童樂園:滿足患兒在候診時玩耍,休息需要。

2.4 合理安排患兒治療時間

對來治療的患兒根據排號順序進行合理的分流,做好患兒家長的解釋工作,獲得家長的支持與配合,從而解決人員擁擠。無秩序的問題。

2.5 完善各項基礎設施

每個區域擺放2個垃圾桶,配置飲水機,微波爐。持續供應熱水,一次性之杯,衛生紙等,滿足患兒的需要。

2.6 多途徑進行健康教育,加強宣傳力度。

派一名經驗豐富,責任心強的護士,通過不同的溝通的方法,運用全面的理論知識,為患兒提供良好的服務,讓家長放心,滿意,對有意見的患及家長進行重點護理,及時解決矛盾,另外,採用宣教影像片。宣教壁報等形式,對患兒及家長進行相關知識的宣教及護理指導。

2.7 實施心理護理

每位患兒及家長都承受嚴重心理,社會,經濟等方面的壓力,因此渴望從醫護員處獲得更多的關愛與呵護[3]。針對這種情況,我科採用多種途徑對患兒家長進行心理,衛生等方面的宣教,讓家長對患兒的餵養,護理,生理,自理能力訓練等方面的知識有一定的瞭解,使其增強治療患兒疾病的信心,積極配合治療。

2.8 加強評價及隨訪

每週設立一天為評價日,定期為腦癱患兒進行康復評價,另外建立聯繫簿,留下能聯繫上患兒的多種聯繫方式,進行電話隨訪。

3. 結果

診療環境得到了很大的改善，患兒家長滿意度不斷提高，無投訴現象發生。

4. 討論

多元化服務可提高患兒家長滿意度；健康教育與候診管理相互結合，更新觀念，樹立以病人為中心的思想，不斷提高護理工作的內涵；提供個性化護理提高護理品質。健全和完善護理品質安全管理制度，實施行之有效的品質監控措施^[4]。

參考文獻：

- [1] 李華. 淺析護理安全管理[J]. 內蒙古中醫藥, 2011, (20)
- [2] 譚瑛. 護理安全品質管理探討[J]. 中外醫療, 2011, (23)
- [3] 趙曉莉. 風險管理在提高護理安全中的作用與體會[J]. 中國傷殘醫學, 2011, (09)
- [4] 肖華珍. 護理安全隱患因素分析及管理對策[J]. 中國社區醫師(醫學專業), 2011, (26)

腦卒中患者恢復期患者營養狀況的調查

北京市 中國康復研究中心 北京博愛醫院
謝家興¹² 牛敬雪¹² 張紅雲¹² 王微平¹² 葛宏偉¹²

摘要

目的：調查卒中恢復期患者的營養狀況。

方法：收集 2012 年 7 月至 2013 年 3 月在我院住院的腦卒中恢復期患者 260 例，採用橫斷面研究，調查患者吞咽功能和各項營養學指標。

結果：260 例患者中吞咽障礙、低白蛋白血症和營養不良的發生率分別為 21.5%、48.8% 和 56.1%。

結論：有相當大比例的卒中後患者存在吞咽障礙、低白蛋白血症及營養不良；吞咽障礙患者的低白蛋白血症及營養不良的發生率高；臨床醫生應關注卒中後患者的營養狀況，尤其是存在吞咽障礙的患者。

關鍵字 腦卒中；腦卒中恢復期；吞咽障礙；營養狀況

腦卒中是目前人類病死率最高的三大類疾病之一，而其高致殘率又使倖存者的活動能力下降、社會功能減退及生存品質降低，給家庭和社會帶來沉重的經濟負擔和精神壓力，同時也給患者本人帶來許多負面影響^[1]，受到醫學界廣泛關注。卒中的發生和轉歸受多種因素影響，其中機體的營養狀態直接影響卒中的轉歸^[2]。FOOD 試驗協作組（FOOD Trial Collaboration）進行的一項前瞻性、大規模、多中心研究（FOOD 試驗）結果進一步證實：營養不良可以顯著影響卒中預後，是導致死亡、致殘，併發症增加以及住院時間延長的獨立

危險因素^[3]。對卒中後患者營養管理的要求在國際上已經受到廣泛重視。歐洲和美國分別在 2008 年和 2010 年將營養管理的要求列入卒中後患者整體管理的指南中^[4]。美國、英國及義大利等國家頒佈的卒中管理指南和專家共識都推薦：對所有卒中患者進行營養基線評定，採取措施糾正卒中患者的營養不良^[5、6]。但是，我國卒中治療過程中，營養問題一直沒有得到足夠的重視，尤其是腦卒中恢復期患者。如果能在早期的康復治療過程中評估營養狀態，並針對營養不良及時、合理地進行營養干預，將使大多數患者各項功能得到不同程度的改善，對提高其生活品質、改善預後有著積極的意義。因此本研究擬隨機抽樣調查 260 例腦卒中恢復期患者的營養狀況，為制定卒中後患者營養管理措施，降低營養不良發生率提供參考依據。

1. 對象和方法

1.1 研究對象：

1.1.1 納入標準：2012 年 7 月至 2013 年 2 月北京博愛醫院神經內科卒中單元連續住院的腦卒中恢復期患者 260 例，男 173 例，女 97 例；腦梗死 171 例，腦出血 53 例，蛛網膜下腔出血 36 例；平均年齡(64.52±7.33)歲。所有病例均符合 1995 年全國腦血管病學術會議制定的診斷標準^[7]，並經頭顱 CT 或 MRI 證實。

1.1.2 排除標準：年齡<18 歲；卒中後患有影響營養狀況的內、外科疾病，如：腫瘤、胃腸道疾病、嚴重的肝腎功能障礙、嚴重的內分泌和代謝疾病、外傷、手術等；患有精神障礙不能配合完成所需檢測指標的。

1.2 研究方法

1.2.1 吞咽功能評定

採用標準吞咽功能評估(Standardized Swallowing Assessment, SSA)評定患者的吞咽功能。SSA 是目前國際上應用較多的床旁評估工具。SSA 操作簡便、易行、容易掌握，是目前最適合護理人員使用的敏感性和特異性均較好的床旁評估工具。^[8]由受過專業吞咽功能評估訓練的護士在患者入院 24 小時內完成其吞咽功能的評定：①是否意識清楚，對言語刺激有反應；②能否直立坐位，維持頭部位置；③有無自主咳嗽能力；④有無流涎；⑤舌的活動範圍；⑥有無呼吸困難；⑦有無構音障礙，聲音嘶啞，濕性發音。上述指標出現 1 項異常，即認為存在吞咽困難；如上述指標均無異常，進一步行吞水試驗：吞咽 5ml 水 3 次，60ml 水 1 次。吞咽前後觀察：①水漏出口外；②缺乏吞咽動作；③咳嗽；④嗆咳；⑤氣促；⑥吞咽後發音異常。如患者出現上述 6 項表現之一，即終止檢查，認為患者未通過吞咽功能評估，存在吞咽困難。如患者上述檢查均未出現異常，認為吞咽功能正常。

1.2.2 營養狀況評定：包括人體測量學指標和生化指標。

1.2.2.1 人體測量學指標：①體重指數(BMI)：被調查者著單衣褲，測量晨起時的身高、

體重。身高通過直接測量獲得，對不能站立的患者，身高通過兩臂伸展距離來估計^[9]，臥位時用卷尺測量從胸骨頸靜脈切跡到中指指尖的距離，兩臂伸展距離是此距離的兩倍。體重的測量用攜帶式電子秤，如果病人不能站立則用輪椅秤測量。體重、身高均測量 3 次，取其平均值。②三頭肌皮褶厚度 (TSF) 測量：患者自然站立或坐立，被測部位充分裸露（如果患者臥床不能站立或坐立，請令患者側臥，將測量部位暴露）。囑病人上臂自然鬆弛下垂，測試人員在肩峰到尺骨鷹嘴的連線中點水準，用油性筆標記，用左手拇指和食指、中指將被測三頭肌部位的皮膚和皮下組織夾提起來，注意不要夾提肌肉。在皮褶提起點的下方用皮褶厚度計測量厚度，在皮褶計指針快速回落後立即讀數，連續三次取平均值，精確到 0.5mm。注意左手手指夾提處要距離皮褶計鉗尖部位 1cm。測量三次取平均值。③上臂中點圍 (MAC) 的測量：選擇健臂測量，肘關節固定在 90° 時在肩峰到尺骨鷹嘴的連線中點水準將卷尺圍繞上臂一圈，鬆緊適宜，讀取刻度，測量三次取平均值。④計算上臂肌圍 (AMC)，公式 $AMC = MAC - (TSF \times 0.314)$ 。^[10]所測值與正常健康人群的人體測量學指標的參考值比較。正常參考值男性 24.0cm，女性 21.0cm，大於參考值 90% 為正常，正常值的 80%—90% 為輕度營養不良，60%~80% 為中度營養不良，小於 60% 為重度營養不良。

1.2.2.2 生化指標：包括血清白蛋白 (Alb)、血清前蛋白 (PA)。血清白蛋白能有效反映疾病的嚴重程度，是營養狀況的一個重要參考指標。血清前白蛋白 (PA) 與白蛋白相比較，PA 不僅半衰期短，而且血清含量少，全身代謝池小，是反映營養狀況更敏感、更有效的指標。

1.2.2.3 營養不良判定：下列 5 項營養指標任意兩項低於正常水準，可認為患者存在營養不良 [6, 7, 18]：①BMI < 18.5；②TSF 低於正常人群標準 90%；③AMC 低於正常人群標準 90%；④Alb < 35 g/L；⑤PA < 200 g/L。^[11]

1.2.2.4 低白蛋白血症判定為：Alb < 35 g/L。

1.2.3 統計學方法：採用雙人雙錄入，所有數據採用 SPSS17.0 軟體進行處理，計量資料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，計數資料以百分比表示。

2. 結果

2.1. 一般情況：符合入選標準的患者共 260 人，其中男 173 人，占 66.5%，平均年齡 62.8 ± 9.3 歲；女 97 人，占 33.5%，平均年齡 66.2 ± 12.1 歲。

2.2. 吞咽障礙的發生率：21.5% 的患者發生吞咽障礙（調查的 260 例患者中有 56 例有吞咽困難）。

2.3. 低白蛋白血症的發生率：低白蛋白血症的發生率為 48.8%，其中男性患者占 51.4%，女性患者占 39.1%；小於 60 歲的患者占 6.2%，60~80 歲占 61.5%，大於 80 歲的患者占 67.3%；腦梗死占 45.6%，腦出血占 49.1%，蛛網膜下腔出血占 63.9%；吞咽

障礙患者占 100%，無吞咽障礙患者占 34.8%（見表 1）。

2.4. 營養不良的發生率：營養不良的發生率為 56.1%，其中男性患者占 56.1%，女性患者占 50.5%；小於 60 歲的患者占 24.6%，60~80 歲占 63.6%，大於 80 歲的患者占 75.0%；腦梗死占 49.7%，腦出血占 62.3%，蛛網膜下腔出血占 77.8%；吞咽障礙患者占 100%，無吞咽障礙患者占 44.1%（見表 1），營養學指標見表 2。

表 1 低白蛋白血症和營養不良的發生率 (N=260)

分組		n	低白蛋白血症		營養不良	
			(n)	(%)	(n)	(%)
年齡	<60y	65	4	6.2	16	24.6
	60~80y	143	88	61.5	91	63.6
	>80y	52	35	67.3	39	75.0
性別	男	173	89	51.4	97	56.1
	女	97	38	39.1	49	50.5
卒中類型	腦梗	171	78	45.6	85	49.7
	腦出血	53	26	49.1	33	62.3
	蛛網膜出血	36	23	63.9	28	77.8
吞咽障礙	有	56	56	100	56	100
	無	204	71	34.8	90	44.1
總計			127	48.8	146	56.1

表 2 營養學指標 (N=260)

營養測量指標	男性 (n=173)		女性 (n=97)	
	$\bar{x} \pm s$	不良率%	$\bar{x} \pm s$	不良率%
體重指數(Kg/m ²)	22.7±2.8	22.4	21.7±3.2	19.3
三頭肌皮褶厚度(mm)	12.6±4.6	40.2	13.0±3.8	55.1
上臂肌圍(cm)	21.4±2.5	32.7	20.7±2.3	30.5
血清白蛋白(g/l)	36.8±4.8	51.4	34.8±5.2	39.1
血清前白蛋白(g/l)	244.2±40.7	18.4	237.7±41.9	21.6

3. 討論

本研究對腦卒中恢復期患者進行營養狀況的評估。通過測量患者 BMI、肱三頭肌皮褶厚度、健側上臂中部肌圍、血清白蛋白、血清前白蛋白來評估患者的營養狀況。本研究 260 例

卒中後患者，營養不良的發生率為 56.1%，與 Newmark 等^[12]調查的卒中恢復期患者營養不良發生率 60%、Axelsson 等^[13]調查的嚴重卒中患者營養不良發生率 56.3%相近；高於 Brynningsen 等^[11]調查的 22%和 Westergren 等^[14]調查的 32%。各研究調查的營養不良發生率差別較大，主要是由於國際上尚沒有統一的營養不良的判定金標準。各研究所採用的營養評定的方法均不相同，同時也可能與各研究者所選擇的研究對象的病程、年齡等不完全一致有關。研究顯示，由於高齡患者多合併其他慢性疾病，卒中前就可能存在營養不良，病後出現的身體殘疾、認知功能障礙或胃腸道功能減退均可影響卒中後的營養狀況^[15]，導致營養不良發生率進一步增加。本研究中患者均為卒中恢復期患者，病程較長，且年齡>60 歲的占到了 75%，老年患者在卒中前就可能存在營養不良，入院時營養不良的發生率就可達 9%~19.2%^[3、16]。本研究中相應的低白蛋白血症的發生率為 48.8%，略低於 Aptaker 等^[17]的老年卒中患者（年齡≥65 歲）低白蛋白血症的發生率 53%，這可能主要是與研究人群不完全一致有關。

本研究結果顯示，56 例吞咽障礙患者中營養不良、低白蛋白血症發生率均高達 100%，而無吞咽障礙患者為 44.1%、34.8，且兩組患者各項營養指標均有統計學差異 ($P<0.05$)。這與 Elmstahl^[18]和 Smithard^[19]等人的研究結果一致。Smithard 等調查 121 例急性卒中患者，發現卒中後 1 個月，吞咽困難患者的營養狀況惡化程度顯著高於無吞咽困難的患者。Elmstahl 等對 38 例伴有吞咽困難的卒中患者研究後發現，低蛋白血症的發生率高達 72%。卒中患者吞咽障礙不但會出現誤吸等併發症，還會引起患者脫水，電解質紊亂，營養不良，嚴重影響患者的生活品質和進一步的康復。因此，我們應高度重視腦卒中患者的營養狀況，尤其是存在吞咽障礙的患者，更易出現營養不良。臨床醫生應高度重視此類患者發病時的營養狀況。

4. 結論

有相當大比例的卒中後患者存在吞咽障礙，吞咽障礙患者的低白蛋白血症及營養不良的檢出率高；臨床醫生應關注卒中後患者的營養狀況，尤其是存在吞咽障礙的患者。

參考文獻(References)

- [1] Lincoln N B, Gladman JR, Berman P, et al. Functional recovery of community stroke patients [J]. Disabil Rehabil, 2000, 22 (3) : 135-139.
- [2] 王少石,鄭天衡,陳真理. 早期腸內營養治療對急性卒中近期預後的影響[J]. 中華內科雜誌, 2007,46:366-369.
- [3] FOOD Trial Collaboration. Poor nutritional status on admission predicts poor outcomes after stroke: observational data from the FOOD trial[J]. Stroke, 2003, 34: 1450-1456.
- [4] Westergren A, Karlsson S, Andersson P, et al. Eating difficulties, need for assisted eating,

- nutritional status and pressure ulcers in patients admitted for stroke rehabilitation[J]. *J Clin Nurs*, 2001,10: 257-269.
- [5] Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association[J]. *Stroke*, 2011, 42(2): 517-584.
- [6] Adams RJ, Albers G, Alberts MJ, et al. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient is chemic attack[J]. *Stroke*, 2008,39:1647-1652.
- [7] 中華神經科學會 中華神經外科學會. 各類腦血管疾病診斷要點[J]. *中華神經科雜誌*, 1996,29:379-380.
- [8] Westergren A. Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review. *Int Nurs Rev*. 2006, 53:143-149.
- [9] Kwok T, Whitelaw MN. The use of arm span in nutritional assessment of the elderly[J]. *Am Geriatr Soc*, 1991,39:492-496.
- [10] 吳國豪. 實用臨床營養學[M]. 上海:復旦大學出版社,2006.
- [11] Brynningsen PK, Damsgaard EM, Husted SE. Improved nutritional status in elderly patients 6 months after stroke[J]. *J Nutr Health Aging*, 2007,11:75-79.
- [12] Newmark SR, Sublett D, Black J, et al. Nutritional assessment in a rehabilitation unit[J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 1981,62:279-282.
- [13] Axelsson K, Asplund K, Norberg A, et al. Eating problems and nutritional status during hospital stay of patients with severe stroke[J]. *J Am Diet Assoc*,1989, 89: 1092-1096.
- [14] Westergren A, Karlsson S, Andersson P, et al. Eating difficulties, need for assisted eating, nutritional status and pressure ulcers in patients admitted for stroke rehabilitation[J]. *J Clin Nurs*, 2001,10:257-269.
- [15] Gariballa SE. Malnutrition in hospitalized elderly Patients: when does it matter?[J]. *Clin Nutr*, 2001, 20:487-491.
- [16] Martineau J, Bauer JD, Isenring E, et al. Malnutrition determined by the patient-generated subjective global assessment is associated with poor outcomes in acute stroke patients[J]. *Clin Nutr*, 2005, 24:1073-1077.
- [17] Aptaker RL, Roth EJ, Reichhardt G, et al. Serum albumin level as a predictor of geriatric stroke rehabilitation outcome[J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 1994,75:80-84.
- [18] Elmstahl S, Bulow M, Ekberg O et al. Treatment of dysphagia improves nutritional conditions in stroke Patients [J]. *Dysphagia*, 1999, 14:61—66.
- [19] Smithard D, O'Neill P, Parks C. Complication and outcome after acute stroke. Does dysphagia matter? [J]. *Stroke*, 1996, 27:1200—1204.

作者單位： 1. 首都醫科大學康復醫學院，北京市(100068)；
2. 中國康復研究中心北京博愛醫院，北京市(100068)。

作者簡介： 謝家興（1964-），女，四川人，本科，副主任護師
北京博愛醫院 護理部副主任

研究方向： 腦損傷康復護理

作者通訊：

郵箱 bjdxjx@126.com

手機號： 13681497375



淺談我對康復護理的理解

黑龍江省慈善醫院

護理部主任 齊英

在接觸康復護理工作之前，我認為康復護理應該是單純康復過程中的護理技術。但是在工作中我體會到康復護理的定義是除包括一般基礎護理內容外，還應用各科專門的護理技術對患者進行殘餘機能的恢復。康復護理是基礎護理和康復醫學的結合體，患者能夠早日康復回歸社會和家庭與護士、康復醫師和治療師的配合是分不開的。

康復不是一個孤立的名詞，它與很多東西密切相關。康復與健康、亞健康和疾病等有著頗多的聯繫。康復，簡單的說就是綜合協調地應用醫學、社會、教育、職業以及其他措施，對病、傷、殘者進行訓練或者再訓練，從而增強患者的自理能力，使其重返社會、提高生存品質。

康復護理首先要有扎實的理論知識，要有能力判斷患者的傷情，然後擬定正確的康復護理方案，通過一系列的康復操作，有目的，有步驟的協助患者。在患者治療的過程中，醫務人員必須有序的指導。康復治療是一個漫長的過程，而且大多數者自理能力大幅度下降。這就要求護理人員要有耐力和良好的身體素質。

隨著社會物質文明和精神文明的發展，康復的內涵也在不斷的豐富，從初期著重於改善軀體功能到強調生活自理能力的提高，再到21世紀關注生存品質，可以看出人們對康復護理的需求和要求正在一步步提升。康復的範疇包括了醫學、教育、職業、社會等方面，這也奠

定了醫學康復、教育康復、職業康復和社會康復的基礎。

康復護理是和康復對象聯繫最緊密的護理技術，它是護理學和康復醫學結合所產生的一門專科護理技術，它的最終目的是預防繼發感染，減輕殘疾的影響，達到最大限度地功能改善和重返社會。一個人要從亞健康狀態甚至更糟的狀態變為健康狀態，康復過程再重要不過了，否則疾病就會向另一個極端發展，這是人人都不願看到的。所以在康復過程中，為了康復對象的健康，對一名康復護士來說，掌握常用的康復護理技術尤為重要！一類是作為康復護士需要瞭解的與康復密切相關的治療技術，例如：物理治療、作業治療、言語治療、康復工程、傳統治療法等；另一類是體位的擺放、呼吸訓練及心理的護理。我個人認為在康復護理過程中很重要的一點就是要始終鼓勵病人樹立起戰勝疾病的決心和勇氣，持之以恆向疾病發起挑戰，最終才能克服重重困難，幫助他們重新獲得生活的技能，為將來重返家庭乃至社會創造必要條件。

神經源性異位骨化患者圍手術期的護理體會

北京市 中國康復研究中心 北京博愛醫院骨科

魏娜

摘要

目的 神經源性異位骨化（Neurogenic Heterotopic Ossification, NHO）是在神經損傷患者的關節周圍軟組織中有多餘骨的形成，是神經損傷患者的常見併發症。患者發病後受累關節活動度及日常生活活動能力均有不同程度減低。根據異位骨化（Heterotopic Ossification, HO）的發生部位及嚴重程度，手術創傷亦有所不同。故臨床護士應觀察 NHO 患者圍手術期的病情變化並給予相應的護理措施，減少臨床併發症的發生。

方法 2011 年至 2012 年我科收治 NHO 患者 5 例，針對患者發生 HO 的部位、神經損傷情況，術前給予心理護理、基礎護理及專科護理，術後給予傷口護理、貧血護理、相關併發症預防及康復功能訓練。

結果 本組 5 例患者圍手術期未發生呼吸系統、泌尿系統感染，未發生壓瘡；術前血紅蛋白正常，術後均發生不同程度的貧血；傷口癒合良好；經過相關康復功能訓練，受累關節活動度均有不同程度的好轉；1 例患者術後發生單側下肢肌間靜脈血栓。

結論 HO 是脊髓損傷和腦外傷患者最重要的併發症，患者發病後受累關節的活動度減低，影響其日常生活活動能力，手術切除異位骨化是最主要的治療方式，科學合理的圍手術期護理措施能夠有效地配合手術治療，減少術後併發症的發生，促進患者早期康復。

周圍軟組織中有多餘骨的形成，是脊髓損傷患者的常見併發症^[1]。患者發病後受累關節活動度及日常生活活動能力均有不同程度減低。2011年至2012年我科收治神經源性異位骨化患者5例，本文結合該5例患者圍手術期的護理，總結體會如下。

1 一般資料

2011年7月-2012年6月北京博愛醫院骨科共收治神經源性異位骨化患者5例，年齡52-60歲，平均58.4歲，異位骨化經CT明確診斷；5例患者均接受異位骨化手術切除治療。詳見表1。

表1 5例患者一般資料

病例	性別	年齡	病因	HO 發生部位	活動能力	肌張力	認知功能
1	男	52	頸髓不完全性損傷	雙側髖關節	雙下肢借助器具行走，雙上肢正常活動	雙下肢肌張力升高	正常
2	男	62	腦外傷術後	雙側上肢肩、肘關節	雙下肢正常行走，雙上肢活動受限	正常	正常
3	男	59	腦外傷術後	左下肢髖關節	臥床	左下肢肌張力升高	障礙
4	男	59	胸髓完全性損傷	左下肢髖關節	臥床	雙下肢肌張力升高	正常
5	男	60	胸髓完全性損傷	雙側髖關節	臥床	雙下肢肌張力升高	正常

2. 術前護理

2.1 心理護理 術前與患者及其家屬溝通，向其介紹異位骨化相關疾病知識及手術治療概況，瞭解患者及其家屬的疑慮和治療期望值，針對性的給予心理疏導，全面履行告知程式。

2.2 專科護理 5例患者中有4例術前預留自體血以備術中回輸，取血量均為400ml，取血後觀察患者生命體征、心率及心律的變化。經常詢問患者有無不適。4例患者取血過程順利，取血後至手術時無不適感覺。

2.3 基礎護理 5例患者中3例截癱，1例偏癱，生活不能自理。術前即給予患者應用氣墊床，嚴格翻身，至少每2小時1次，指導家屬按摩全身骨隆突部位，以杜絕壓瘡發生；異位骨化切除術為無菌手術，為避免術後傷口感染，術前應保護手術部位皮膚的完整性，保持皮膚清潔，可於術前3天每日用溫肥皂水清洗局部，術區備皮時動作輕柔，仔細；正確指導

患者飲食，術前即指導患者進食含鐵豐富的動物肉類肝臟及蔬菜，本組 1 例患者術前經靜脈補鐵治療。

3 術後護理

3.1 傷口護理 術後及時與主管醫生溝通，瞭解切口部位、異位骨化與受累關節的關係及關節周圍軟組織受損情況，以確定術後髖關節及肘關節位置的正確擺放，更換體位時以此為據最大限度減小傷口張力，以免影響傷口正常癒合。另外本組患者 4 例肌張力升高，故接觸性操作時應儘量減少對患肢的刺激，並注意觀察肢體痙攣情況，督促患者定時、定量服用降低肌張力的藥物，保護傷口。本組患者傷口均癒合良好，術後 2 周拆除縫線。

3.2 貧血護理 4 例患者術後傷口引流管連接自體血回輸裝置，收集術後 6 小時以內的傷口引流血，嚴格按照輸血標準流程回輸引流血並觀察患者有無發熱等輸血反應。4 例患者均無輸血反應發生。術後飲食指導同術前，5 例患者均給予靜脈補鐵治療。術後 5 例患者均發生貧血（表 2），應嚴密觀察患者生命體征、心率、心律、臉結膜、口唇及甲床顏色、精神狀態的變化，監測血常規，如有明顯異常，應立即通知主管醫生給予相應治療，以免影響患者預後。本組患者未因貧血引發嚴重併發症。

表 2 5 例患者手術前後血紅蛋白變化

病例	術前血紅蛋白 (g/L)	術後 3 天血紅蛋白 (g/L)	術後貧血程度
1	131	92	輕度
2	137	97	輕度
3	123	89	中度
4	125	83	中度
5	132	91	輕度

3.3 併發症預防 術後給予相應的護理措施，預防壓瘡、呼吸道感染、泌尿系感染、便秘的發生；預防下肢深靜脈血栓的發生，遵醫囑應用抗凝藥物治療，並給予雙下肢氣壓式迴圈驅動治療促進下肢血液回流，每日對比雙下肢皮膚溫度、顏色、腫脹程度、足背動脈搏動情況。

本組 1 例患者術後發生單側下肢肌間靜脈血栓，給予口服利伐沙班治療。無其他併發症發生。

3.4 康復功能訓練 5 例患者均在術後 2-3 天拔除傷口引流管，傷口正常癒合。3 例患者因患肢肌張力高無法進行肢體功能訓練。2 例患者拆除縫線後開始進行被動和主動的肢體功能訓練，關節活動度有明顯的改善。



中華OT電子季刊編輯委員會

黃錦文 香職業治療學院
張瑞昆 台灣高雄長庚醫院
林國徽 廣東省殘疾人康復中心
李奎成 廣東省工傷康復中心
顧越 中國康復研究中心
屈雲 四川省華西醫院康復醫學科
陳少貞 中山大學附屬一院康復醫學科

本期責任編輯：顧越

香港職業治療學院 HONG KONG INSTITUTE OF OCCUPATIONAL THERAPY LIMITED

聯絡地址：香港特別行政區，新界大埔全安路9號 大埔醫院 職業治療部 轉交

Correspondence: c/o Occupational Therapy Department, Tai Po Hospital, 9 Chuen On Road, Tai Po,
N. T., HK SAR

電話(Tel): 852-65096582 電郵(E-mail): hkiot@hkiot.org 網頁(Website): www.hkiot.org