

4. 讨论

多元化服务可提高患儿家长满意度；健康教育与候诊管理相互结合，更新观念，树立以病人为中心的思想，不断提高护理工作的内涵；提供个性化护理提高护理质量。健全和完善护理质量安全管理制，实施行之有效的质量监控措施^[4]。

参考文献：

- [1] 李华. 浅析护理安全管理[J]. 内蒙古中医药, 2011, (20)
- [2] 谭瑛. 护理安全质量管理探讨[J]. 中外医疗, 2011, (23)
- [3] 赵晓莉. 风险管理在提高护理安全中的作用与体会[J]. 中国伤残医学, 2011, (09)
- [4] 肖华珍. 护理安全隐患因素分析及管理对策[J]. 中国社区医师(医学专业), 2011, (26)

脑卒中患者恢复期患者营养状况的调查

北京市 中国康复研究中心 北京博爱医院
谢家兴¹² 牛敬雪¹² 张红云¹² 王微平¹² 卜宏伟¹²

摘要

目的：调查卒中恢复期患者的营养状况。

方法：收集2012年7月至2013年3月在我院住院的脑卒中恢复期患者260例，采用横断面研究，调查患者吞咽功能和各项营养学指标。

结果：260例患者中吞咽障碍、低白蛋白血症和营养不良的发生率分别为21.5%、48.8%和56.1%。

结论：有相当大比例的卒中后患者存在吞咽障碍、低白蛋白血症及营养不良；吞咽障碍患者的低白蛋白血症及营养不良的发生率高；临床医生应关注卒中后患者的营养状况，尤其是存在吞咽障碍的患者。

关键词 脑卒中；脑卒中恢复期；吞咽障碍；营养状况

脑卒中是目前人类病死率最高的三大类疾病之一，而其高致残率又使幸存者的活动能力下降、社会功能减退及生存质量降低，给家庭和社会带来沉重的经济负担和精神压力，同时也给患者本人带来许多负面影响^[1]，受到医学界广泛关注。卒中的发生和转归受多种因素影响，其中机体的营养状态直接影响卒中的转归^[2]。FOOD 试验协作组（FOOD Trial Collaboration）进行的一项前瞻性、大规模、多中心研究（FOOD 试验）结果进一步证实：营养不良可以显著影响卒中预后，是导致死亡、致残，并发症增加以及住院时间延长的独立危险因素^[3]。对卒中后患者营养管理的要求在国际上已经受到广泛重视。欧洲和美国分别在

2008年和2010年将营养管理的要求列入卒中后患者整体管理的指南中^[4]。美国、英国及意大利等国家颁布的卒中管理指南和专家共识都推荐：对所有卒中患者进行营养基线评定，采取措施纠正卒中患者的营养不良^[5、6]。但是，我国卒中治疗过程中，营养问题一直没有得到足够的重视，尤其是脑卒中恢复期患者。如果能在早期的康复治疗过程中评估营养状态，并针对营养不良及时、合理地进行营养干预，将使大多数患者各项功能得到不同程度的改善，对提高其生活质量、改善预后有着积极的意义。因此本研究拟随机抽样调查260例脑卒中恢复期患者的营养状况，为制定卒中后患者营养管理措施，降低营养不良发生率提供参考依据。

1. 对象和方法

1.1 研究对象：

1.1.1 纳入标准：2012年7月至2013年2月北京博爱医院神经内科卒中单元连续住院的脑卒中恢复期患者260例，男173例，女97例；脑梗死171例，脑出血53例，蛛网膜下腔出血36例；平均年龄(64.52±7.33)岁。所有病例均符合1995年全国脑血管病学术会议制定的诊断标准^[7]，并经头颅CT或MRI证实。

1.1.2 排除标准：年龄<18岁；卒中后患有影响营养状况的内、外科疾病，如：肿瘤、胃肠道疾病、严重的肝肾功能障碍、严重的内分泌和代谢疾病、外伤、手术等；患有精神障碍不能配合完成所需检测指标的。

1.2 研究方法

1.2.1 吞咽功能评定

采用标准吞咽功能评估(Standardized Swallowing Assessment, SSA)评定患者的吞咽功能。SSA是目前国际上应用较多的床旁评估工具。SSA操作简便、易行、容易掌握，是目前最适合护理人员使用的敏感性和特异性均较好的床旁评估工具。^[8]由受过专业吞咽功能评估训练的护士在患者入院24小时内完成其吞咽功能的评定：①是否意识清楚，对言语刺激有反应；②能否直立坐位，维持头部位置；③有无自主咳嗽能力；④有无流涎；⑤舌的活动范围；⑥有无呼吸困难；⑦有无构音障碍，声音嘶哑，湿性发音。上述指标出现1项异常，即认为存在吞咽困难；如上述指标均无异常，进一步行吞水试验：吞咽5ml水3次，60ml水1次。吞咽前后观察：①水漏出口外；②缺乏吞咽动作；③咳嗽；④呛咳；⑤气促；⑥吞咽后发音异常。如患者出现上述6项表现之一，即终止检查，认为患者未通过吞咽功能评估，存在吞咽困难。如患者上述检查均未出现异常，认为吞咽功能正常。

1.2.2 营养状况评定：包括人体测量学指标和生化指标。

1.2.2.1 人体测量学指标：①体重指数(BMI)：被调查者着单衣裤，测量晨起时的身高、体重。身高通过直接测量获得，对不能站立的患者，身高通过两臂伸展距离来估计^[9]，卧位

时用卷尺测量从胸骨颈静脉切迹到中指指尖的距离，两臂伸展距离是此距离的两倍。体重的测量用携带式电子秤，如果病人不能站立则用轮椅秤测量。体重、身高均测量 3 次，取其平均值。②三头肌皮褶厚度 (TSF) 测量：患者自然站立或坐立，被测部位充分裸露（如果患者卧床不能站立或坐立，请令患者侧卧，将测量部位暴露）。嘱病人上臂自然松弛下垂，测试人员在肩峰到尺骨鹰嘴的连线中点水平，用油性笔标记，用左手拇指和食指、中指将被测三头肌部位的皮肤和皮下组织夹提起来，注意不要夹提肌肉。在皮褶提起点的下方用皮褶厚度计测量厚度，在皮褶计指针快速回落后立即读数，连续三次取平均值，精确到 0.5mm。注意左手手指夹提处要距离皮褶计钳尖部位 1cm。测量三次取平均值。③上臂中点围 (MAC) 的测量：选择健臂测量，肘关节固定在 90° 时在肩峰到尺骨鹰嘴的连线中点水平将卷尺围绕上臂一圈，松紧适宜，读取刻度，测量三次取平均值。④计算上臂肌围 (AMC)，公式 $AMC = MAC - (TSF \times 0.314)$ 。^[10]所测值与正常健康人群的人体测量学指标的参考值比较。正常参考值男性 24.0cm，女性 21.0cm，大于参考值 90% 为正常，正常值的 80%—90% 为轻度营养不良，60%~80% 为中度营养不良，小于 60% 为重度营养不良。

1.2.2.2 生化指标：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严重程度，是营养状况的一个重要参考指标。血清前白蛋白 (PA) 与白蛋白相比较，PA 不仅半衰期短，而且血清含量少，全身代谢池小，是反映营养状况更敏感、更有效的指标。

1.2.2.3 营养不良判定：下列 5 项营养指标任意两项低于正常水平，可认为患者存在营养不良 [6, 7, 18]：①BMI < 18.5；②TSF 低于正常人群标准 90%；③AMC 低于正常人群标准 90%；④Alb < 35 g/L；⑤PA < 200 g/L。^[11]

1.2.2.4 低白蛋白血症判定为：Alb < 35 g/L。

1.2.3 统计学方法：采用双人双录入，所有数据采用 SPSS17.0 软件进行处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，计数资料以百分比表示。

2. 结果

2.1. 一般情况：符合入选标准的患者共 260 人，其中男 173 人，占 66.5%，平均年龄 62.8 ± 9.3 岁；女 97 人，占 33.5%，平均年龄 66.2 ± 12.1 岁。

2.2. 吞咽障碍的发生率：21.5% 的患者发生吞咽障碍（调查的 260 例患者中有 56 例有吞咽困难）。

2.3. 低白蛋白血症的发生率：低白蛋白血症的发生率为 48.8%，其中男性患者占 51.4%，女性患者占 39.1%；小于 60 岁的患者占 6.2%，60~80 岁占 61.5%，大于 80 岁的患者占 67.3%；脑梗死占 45.6%，脑出血占 49.1%，蛛网膜下腔出血占 63.9%；吞咽障碍患者占 100%，无吞咽障碍患者占 34.8%（见表 1）。

2.4. 营养不良的发生率：营养不良的发生率为 56.1%，其中男性患者占 56.1%，女性患者占 50.5%；小于 60 岁的患者占 24.6%，60~80 岁占 63.6%，大于 80 岁的患者占 75.0%；脑梗死占 49.7%，脑出血占 62.3%，蛛网膜下腔出血占 77.8%；吞咽障碍患者占 100%，无吞咽障碍患者占 44.1%（见表 1），营养学指标见表 2。

表 1 低白蛋白血症和营养不良的发生率 (N=260)

分组		n	低白蛋白血症		营养不良	
			(n)	(%)	(n)	(%)
年龄	<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
性别	男	173	89	51.4	97	56.1
	女	97	38	39.1	49	50.5
卒中类型	脑梗	171	78	45.6	85	49.7
	脑出血	53	26	49.1	33	62.3
	蛛网膜出血	36	23	63.9	28	77.8
吞咽障碍	有	56	56	100	56	100
	无	204	71	34.8	90	44.1
总计			127	48.8	146	56.1

表 2 营养学指标 (N=260)

营养测量指标	男性 (n=173)		女性 (n=97)	
	$\bar{x} \pm s$	不良率%	$\bar{x} \pm s$	不良率%
体重指数(Kg/m ²)	22.7±2.8	22.4	21.7±3.2	19.3
三头肌皮褶厚度(mm)	12.6±4.6	40.2	13.0±3.8	55.1
上臂肌围(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. 讨论

本研究对脑卒中恢复期患者进行营养状况的评估。通过测量患者 BMI、肱三头肌皮褶厚度、健侧上臂中部肌围、血清白蛋白、血清前白蛋白来评估患者的营养状况。本研究 260 例卒中后患者，营养不良的发生率为 56.1%，与 Newmark 等^[12]调查的卒中恢复期患者营养不

良发生率 60%、Axelsson 等^[13]调查的严重卒中患者营养不良发生率 56.3%相近；高于 Brynningsen 等^[11]调查的 22%和 Westergren 等^[14]调查的 32%。各研究调查的营养不良发生率差别较大，主要是由于国际上尚没有统一的营养不良的判定金标准。各研究所采用的营养评定的方法均不相同，同时也可能与各研究者所选择的研究对象的病程、年龄等不完全一致有关。研究显示，由于高龄患者多合并其他慢性疾病，卒中前就可能存在营养不良，病后出现的身体残疾、认知功能障碍或胃肠道功能减退均可影响卒中后的营养状况^[15]，导致营养不良发生率进一步增加。本研究中患者均为卒中恢复期患者，病程较长，且年龄>60 岁的占到了 75%，老年患者在卒中前就可能存在营养不良，入院时营养不良的发生率就可达 9%~19.2%^[3, 16]。本研究中相应的低白蛋白血症的发生率为 48.8%，略低于 Aptaker 等^[17]的老年卒中患者（年龄≥65 岁）低白蛋白血症的发生率 53%，这可能主要是与研究人群不完全一致有关。

本研究结果显示，56 例吞咽障碍患者中营养不良、低白蛋白血症发生率均高达 100%，而无吞咽障碍患者为 44.1%、34.8，且两组患者各项营养指标均有统计学差异 ($P<0.05$)。这与 Elmstahl^[18]和 Smithard^[19]等人的研究结果一致。Smithard 等调查 121 例急性卒中患者，发现卒中后 1 个月，吞咽困难患者的营养状况恶化程度显著高于无吞咽困难的患者。Elmstahl 等对 38 例伴有吞咽困难的卒中患者研究后发现，低蛋白血症的发生率高达 72%。卒中患者吞咽障碍不但会出现误吸等并发症，还会引起患者脱水，电解质紊乱，营养不良，严重影响患者的生活质量和进一步的康复。因此，我们应高度重视脑卒中患者的营养状况，尤其是存在吞咽障碍的患者，更易出现营养不良。临床医生应高度重视此类患者发病时的营养状况。

4. 结论

有相当大比例的卒中后患者存在吞咽障碍，吞咽障碍患者的低白蛋白血症及营养不良的检出率高；临床医生应关注卒中后患者的营养状况，尤其是存在吞咽障碍的患者。

参考文献(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,郑天衡,陈真理. 早期肠内营养治疗对急性卒中近期预后的影响[J]. 中华内科杂志, 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] 中华神经科学会 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. *中华神经科杂志*, 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] 吴国豪. 实用临床营养学[M]. 上海:复旦大学出版社,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.

作者单位：1. 首都医科大学康复医学院，北京市(100068)；
2. 中国康复研究中心北京博爱医院，北京市(100068)。

作者简介：谢家兴（1964-），女，四川人，本科，副主任护师
北京博爱医院 护理部副主任

研究方向：脑损伤康复护理

作者通讯：

邮箱 bjdxjx@126.com

手机号： 13681497375

浅谈我对康复护理的理解

黑龙江省慈善医院

护理部主任 齐英

在接触康复护理工作之前，我认为康复护理应该是单纯康复过程中的护理技术。但是在工作中我体会到康复护理的定义是除包括一般基础护理内容外，还应用各科专门的护理技术对患者进行残余机能的恢复。康复护理是基础护理和康复医学的结合体，患者能够早日康复回归社会和家庭与护士、康复医师和治疗师的配合是分不开的。

康复不是一个孤立的名词，它与很多东西密切相关。康复与健康、亚健康和疾病等有着颇多的联系。康复，简单的说就是综合协调地应用医学、社会、教育、职业以及其他措施，对病、伤、残者进行训练或者再训练，从而增强患者的自理能力，使其重返社会、提高生存质量。

康复护理首先要有扎实的理论知识，要有能力判断患者的伤情，然后拟定正确的康复护理方案，通过一系列的康复操作，有目的，有步骤的协助患者。在患者治疗的过程中，医务人员必须有序的指导。康复治疗是一个漫长的过程，而且大多数者自理能力大幅度下降。这就要求护理人员要有耐力和良好的身体素质。

随着社会物质文明和精神文明的发展，康复的内涵也在不断的丰富，从初期着重于改善躯体功能到强调生活自理能力的提高，再到21世纪关注生存质量，可以看出人们对康复护理的需求和要求正在一步步提升。康复的范畴包括了医学、教育、职业、社会等方面，这也奠定了医学康复、教育康复、职业康复和社会康复的基础。

