

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噎咳；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