

### 2014年1月



## 编者有话

紧张忙碌的 2013 年已经结束，我们又迎来了充满机遇和挑战的一年，回首过去一年内地康复事业的发展，在由黄锦文教授领导的香港职业治疗学院专家的关心和大力支持下，在治疗师的教育领域以及全国很多大医院的康复科室发展、建设中都留下了他们辛勤的汗水。他们对于内地康复治疗事业关注的态度值得我们学习，更值得我们引以为鉴。

康复护理也是 Team 的一员，她们所从事的工作与我们大家的职业 OT 治疗密切相关，这一期我作为编辑就从内地的几所医院具有丰富康复护理经验的护理部领导或者资深护理人员中选择了相关康复护理的论文或文章来宣传和介绍她们各自工作的心得和特色。

本期责任编辑 顾越  
2014/1/6

## 目 录

1. 编者有话
2. 痉挛型中枢性协调障碍患儿水疗的护理体会 刘常青 (湖北)
3. 康复护理在四肢骨折后临床护理中的应用 庄海英 谢宏文 (山东)
4. 脑瘫病区常见问题及管理措施 刘常青 (湖北)
5. 脑卒中患者恢复期患者营养状况的调查 谢家兴;牛敬雪;张红云;王微平;  
卜宏伟 (北京)
6. 浅谈我对康复护理的理解 齐英 (黑龙江)
7. 神经源性异位骨化患者围手术期的护理体会 魏娜 (北京)

# 痉挛型中枢性协调障碍患儿水疗的护理体会

刘常青 主管技师

(湖北省孝感市中心医院儿童康复科 432000)

## 摘要

**目的** 对进行水疗的中枢性协调障碍患儿进行康复护理

**方法** 对 2-12 月的 33 例小儿脑性瘫痪患儿进行水疗配合功能训练、按摩、痉挛肌治疗仪进行康复治疗, 取得满意效果。

**结果** 患儿经过 3 个疗程的规范化治疗, 有效率 93.8%,

**结论** 水疗利于正常运动模式建立, 配合功能训练可达到更好效果。

**关键词** 脑性瘫痪; 水疗; 康复护理

要意义在于早期治疗, 减轻患儿致残程度、减少致残率。其中痉挛型中枢性协调障碍患儿, 存在肌张力高及运动障碍、姿势异常和关节挛缩。我科应用漩涡气泡水疗配合功能训练、按摩、痉挛肌治疗仪进行康复治疗, 取得满意效果。

## 1 临床资料

1. 1 一般资料 65 例为 2009 年 3 月— 2011 年 7 月在我科住院痉挛型中枢性协调障碍患儿, 符合全国小儿脑瘫座谈会制定的标准<sup>[1]</sup>。随机分为两组: 观察组 32 例, 男 19 例, 女 13 例; 2- 6 月 19 例, 6 月— 1 岁 13 例; 对照组 33 例, 男 18 例, 女 15 例; 2- 6 月 18 例, 6 月— 1 岁 15 例两组在年龄及病情程度比较方面无统计学意义。

### 1. 2 治疗方法

1. 2. 1 水疗: 室温 26℃- 28℃、水温 37℃- 39℃, 治疗用浴缸为康龙威公司制造儿童专用漩涡气泡水疗浴缸, 规格为 KLV-SSL 儿童水疗机, 130 cm X 100 cm X 100 cm。根据患儿胖瘦选择适合的已获专利的双保险项式游泳圈入水, 时间 20m, 利用水疗池中气泡漩涡对患儿肩、肘、腕、髋、膝、踝等关节进行冲击, 治疗时谨防患儿呛水、溺水, 尽量, 保持患儿轻松愉快, 1 次/d, 20m/次, 20d 为一疗程共 3 个疗程。

1. 2. 2 常规治疗: 包括功能训练、按摩、痉挛肌治疗仪, 20d 为一疗程共 3 个疗程。观察组常规治疗基础上辅以水疗、水中训练, 对照组采用常规治疗。

## 2 结果

2. 1 疗效评定标准: 应用改良的 Ashworth 量表对痉挛程度进行评定。肌张力较前明显降低, 异常姿势明显改善, 关节活动度明显增加, 运动发育有明显进步为显效, 肌张力较前有改善, 异常姿势有改善, 关节活动度有增加, 运动发育有进步为有效, 治疗前后无明显改

善为无效。

2. 2 治疗结果：三个疗程后观察组与对照组总有效率为 93.8%及 87.9%，见表 1，两组经检验有显著性差异( $P < 0.05$ )，说明水疗配合常规治疗能改善痉挛型中枢性协调障碍患儿的关节活动度、降低肌张力、减少挛缩，改善患儿运动能力。

表 1 两组疗效比较(例)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率 (%)
观察组	32	10	20	2	93.8
对照组	33	8	21	4	87.9

注：与对照组比较.  $P < 0.05$

**3 康复护理：**护理工作在水疗中有非常重要的作用，对患儿的恢复有很大的关系，现叙述如下：

3.1 水疗前：室内温度 28℃，调节好浴缸水温 38℃—40℃。地下要干爽。根据患儿胖瘦选择适合的已获专利的正规品牌双保险项式游泳圈入水，治疗时的漩涡气泡很多，普通的游泳圈极易倾覆。操作前检查游泳圈的颈围型号、保险按扣和有无破损、漏气，双气囊各充气约 90%，从前往后将泳圈套入宝宝颈部，扣好双重保险粘贴，检查宝宝双下颌角是否紧贴内圈，下巴置于槽内，然后逐渐且缓慢入水。水疗及抚触前半小时停止进食。患儿要先适应水中的温度与环境，然后将新生儿逐渐缓慢地放入水中。为防止交叉感染，做到每次做完要消毒池水。

3.2 水疗中：在患儿进水后，必须实行一对一专人全程看护。先让患儿自主放松，然后协助患儿做肢体伸展活动约 10min，依患儿情况设计被动运动：分为上肢被动运动、下肢被动运动，仰泳、俯泳，左侧划行、右侧划行，躯干立位旋转，卧位的侧翻、旋转，最后让患儿做自由活动约 5min，水疗中患儿头部要始终保持在水面之上。

3.3 水疗后：待患儿水疗完毕，双手抱住宝宝躯干离开水池，在工作台上取下泳圈，用消毒浴巾擦干全身，注意保暖，然后用润肤油擦拭患儿。

#### 4 小结：

痉挛型中枢性协调障碍表现为肌张力高，运动功能障碍，姿势异常和关节挛缩畸形<sup>[2]</sup>。水疗利用水的温度、水静压、水的浮力和阻力，可促进血液循环，使神经兴奋性降低，肌张力下降，缓解肌痉挛，维持和扩大关节活动度，纠正挛缩、改善感觉功能、改善平衡能力和协调性等。浸入水中的肢体受到向上的力的支托而漂浮，可减轻关节负荷。水疗池产生的气泡和漩涡，也能够锻炼患儿转换体位和维持平衡的能力，改善患儿的协调性。曾小华<sup>[3]</sup>等人

报道,通过温和良好的水刺激皮肤,再通过感觉器官传导至中枢神经系统,产生良好的生理效应,增加了迷走神经的兴奋性,使患儿的胃肠道激素分泌增多,食欲增加;加之水疗时进行全身运动,消耗一定的体力,所以水疗后患儿很快入睡,有利于规律睡眠的建立,增加睡眠;同时肠蠕动增加,排便增多,促使新生儿进食增加,有利于康复训练的进行。

## 5 参考文献

- [1] 林庆.全国小儿脑性瘫痪座谈会纪要(J).中华儿科杂志,1989,27(3):162-164
- [2] 林庆,李松.小儿脑性瘫痪(M).北京:北京医科大学出版社,2000,97
- [3] 曾小华.水疗法对新生儿的影响[J].现代临床护理,2006.5(4):40

## 康复护理在四肢骨折后临床护理中的应用

山东省聊城市人民医院康复科 252000

庄海英 谢宏文

### 摘要

**目的** 对四肢骨折患者临床采用的康复护理应用进行探讨。

**方法** 分析我院2011年11月—2012年11月住院期间44例四肢骨折患者的临床资料。根据随机分组将其分为康复护理组和传统护理组,每组22例。对护理的效果对比分析。

**结果** 患者经康复护理后恢复效果显著优于传统护理。

**结论** 康复护理在四肢骨折后的临床护理中有满意效果,值得推广。

**关键词** 康复护理 四肢骨折护理 应用

随着康复事业的发展,康复护理也逐步地从整个的护理领域中脱颖而出并形成独立的专业体系,出现了康复护理模式。我院对四肢骨折患者采用康复护理模式[1]进行临床护理,取得显著疗效。病例来源于我院2011年11月—2012年11月住院期间的44例四肢骨折患者的临床资料,现报道如下:

### 1. 临床资料:

1.1 一般资料:回顾性分析我院2011年11月—2012年11月住院期间44例四肢骨折患者的临床资料。根据随机分组将其分为康复护理组和传统护理组。康复护理组患者22例,男性15例,女性7例,年龄19—79岁,平均年龄 $44.3 \pm 3.7$ 岁;传统护理组患者22例,男性13例,女性9例,年龄17—77岁,平均年龄 $37.7 \pm 4.2$ 岁。

## 1.2 治疗方法:

1.2.1 心理护理: 首先与患者交谈中, 护士应该说话和气、诚恳礼貌, 以乐观、自信的情绪去感染患者。在为患者治疗的过程中, 通过与患者的交谈和观察, 掌握患者的思想动态, 进行心理疏导, 解除消极不快情绪, 使患者从心理上得到安全感和信任感, 树立战胜疾病的信心, 以心理康复促进机能康复。

1.2.2 阶段性护理: 骨折早期, 指导患者保持正确的肢体姿势与体位, 可以使患者放松全身肌肉, 减轻骨折部位的异常应力刺激, 减轻疼痛, 防止骨折移位, 同时有利于肢体的血液循环, 减轻肿胀。骨折中、晚期, 在不影响局部固定的前提下, 可以指导患者活动患处的远端关节, 如上肢骨折, 嘱患者练习握拳和伸指动作, 可改善血液循环, 起到消肿、止痛、防止肱二头肌粘连的作用; 腕关节骨折可作轻度背伸掌屈动作, 但不能作旋转动作, 可适当活动肩、肘关节。下肢骨折, 可练习膝关节的屈伸活动和股四头肌舒缩活动。活动以主动为主, 如有困难可适当加以助力, 可以防止关节囊挛缩、关节液减少、关节粘连的发生, 同时可以减少肌力下降和肌肉萎缩。

### 1.2.3 饮食调护:

四肢骨折后患者由于创伤或手术, 机体遭受了不同程度的损伤, 伤后大多食欲不振、消化吸收能力减弱, 导致营养不良, 影响创伤的修复。因此根据骨伤的不同时期给予合理的饮食调护, 以促进骨折的早日康复。早期宜进食清淡、易消化而富有营养的饮食; 中期是骨痂形成期, 宜食具有调和营血、接骨续筋作用的食物, 同时补充大量维生素及钙质; 后期宜滋养肝肾、补益气血。

### 1.2.4 出院前康复指导:

四肢骨折后的康复过程一般较长, 并且大多都是在院外进行, 因而出院前的康复指导是非常重要的。出院后要遵照医生制定的康复计划, 掌握正确的功能锻炼方法, 运动要循序渐进, 持之以恒。注意加强营养, 保持心情愉快, 为骨折愈合创造条件。要求患者定期复诊。

## 1.3 评价指标:

1.3.1 对患者护理方式的满意度进行评价。

1.3.2 对患者护理过程中的住院天数进行评价。

## 1.4 统计学方法:

采用 SPSS 18.0 软件对数据进行统计学分析, 计量资料用均数±标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2. 结果:

两组患者经不同的护理方式进行护理, 可以看出, 康复护理组住院时间为 ( $15.7 \pm 4.3$ )

天,显著少于传统护理组(20.4±5.7)天,两者差异具有统计学意义(P<0.05)。同时康复护理的患者满意度高达94.7%,远优于传统护理的73.3%。

### 3. 讨论:

四肢骨折常伴有肌肉、肌腱、韧带、血管、神经和皮肤等软组织损伤。原因多为直接或间接暴力,也可因肌肉突然的强力收缩或过度疲劳引起,不同的伤、残原因,可能给康复对象带来程度不一的身体或精神、心理方面的功能障碍,严重影响患者的正常生活和劳动能力。在整个治疗过程中,对患者进行有效的康复护理是非常有必要的,积极的护理有助于患者的快速恢复。在本文的康复护理过程方案中,护理人员依据患者机体受损状况、个体机能以及心理状态等制定个性化护理方案,并对患者进行阶段性护理。结果显示康复护理在四肢骨折后临床护理中是非常有效的一种方式,值得推广。

### 参考文献:

[1]谭放花. 康复护理在骨科临床护理中的应用[J]. 全科护理, 2011, 9(6):1529-1530

## 脑瘫病区常见问题及管理措施

刘常青 主管护师

(湖北省孝感市中心医院儿童康复科 432000)

### 摘要

**目的** 总结脑瘫患儿在门诊治疗期间遇到的一些问题及管理经验。

**方法** 及时对脑瘫患儿及家长的相关需求等进行评估,通过对人员、空间、功能、设施等服务项目的弹性调整,满足治疗需要的同时,对患儿及家长实施有效的心理干预,拓宽区域功能,优化环境,提供更加完善的护理服务。

**结果** 有效的解决了出现的问题,提高了患儿家长的满意度。

**结论** 提供多元化、个性的服务理念,满足患儿治疗时的需要,提高管理者应对能力及管理效能是评价门诊治疗的脑瘫患儿护理的有效指标。

**关键词:** 脑性瘫痪患儿; 门诊病区; 护理服务; 管理

脑性瘫痪(cerebral palsy, CP)是儿科神经系统的常见疾病,致残率高,目前无特效治疗方法。我国每年新增30-40万例脑瘫患儿,给家庭带来沉重的经济负担和精神痛苦。(1)我科自2000年8月开展小儿脑瘫治疗以来,病人人数逐渐增多。由于患儿年龄小,家长心情

迫切，环境拥挤、嘈杂等因素造成出现了各种矛盾。护理安全是医院医疗安全的一个重要组成部分<sup>[1]</sup>，我科通过对护理工作的有效调整，实施规范化管理，满足患者的各种需求，取得了较好效果，报道如下：

## 1. 常见的问题

### 1.1 护理人员配置不足

本科配置护士 3 名，其中一名为主管护士，2 名为护师，均为工作 10 年以上的大专学历注册护士由于人手少，造成工作任务及职责不明确。

### 1.2 治疗区环境条件差

由于地理条件限制，病区空间狭小，拥挤嘈杂，交叉感染的几率较大，安全隐患多。

### 1.3 治疗区功能划分不清楚

因病人量较多病区空间有限，各功能区划分不清楚，造成工作杂乱无章。

### 1.4 患者就诊秩序混乱

大多数家长习惯上午带患儿来治疗，因此造成就诊时人员拥挤，秩序混乱的局面。

### 1.5 各种基础设施缺乏

治疗区垃圾筐数量过少，开水不能保证随时供应。

### 1.6 健康教育不能有效实施

由于工作人员少，工作量大，病人数量多，造成健康宣教不能有效的实施

### 1.7 患儿家长心理障碍

脑瘫患儿病程长，康复训练见效慢，患儿家长在长期的负性事件影响下，易出现焦虑抑郁情绪，甚至有放弃治疗的想法，

### 1.8 不能及时进行康复评价及随访

因病人属门诊治疗，流动过大，给康复评价及随访造成了很大的困难。

## 2. 护理措施

### 2.1 调整护士结构

提升职业综合素质：加强护士的职业道德教育。树立以“病人为中心”的服务理念，增强责任心。<sup>[3]</sup>

在原有人员配管基础上，从儿科抽掉一名有经验和组织能力的主管护师，一名助理护士，组成新的护理小组，加强门诊护理力量并根据人员情况进行工作分，明确工作任务及职责。

### 2.2 环境管理

2.2.1 脑瘫患儿是医院感染的高发人群，<sup>[2]</sup>，预防交叉感染，设立脑瘫治疗专区，做到专病专区专治，将感染与非感染患儿分开，每天治疗前，30 分钟开窗通风，用 500mg/L “健之

素”消毒液擦拭地面及公共用物，3次/d，启动人机共存的紫外线空气消毒机，至门诊治疗结束。

2.2.2 保证治疗环境安全，保持地面干净，干燥，每次消毒液擦拭地面后，用干拖把擦干，及时巡视，观察患儿病情及安全情况，在墙壁上粘贴醒目的安全就诊注意事项提示板，防止患儿坠地、摔伤、自伤、他伤等意外的发生。加强陪诊人员的安全及防范意识的宣教，同时注意自己随身携带的财务的安全。

### 2.3 治疗区功能调整

实行“三区一园”功能区划分。咨询区：由经验丰富的主管护师对患儿家长提出的问题进行解答和指导。训练区：由康复师对患儿进行相关训练。休息区：准备2部儿童推车，2部儿童休息床，供患儿休息，儿童乐园：满足患儿在候诊时玩耍，休息需要。

### 2.4 合理安排患儿治疗时间

对来治疗的患儿根据排号顺序进行合理的分流，做好患儿家长的解释工作，获得家长的支持与配合，从而解决人员拥挤。无秩序的问题。

### 2.5 完善各项基础设施

每个区域摆放2个垃圾桶，配置饮水机，微波炉。持续供应热水，一次性之杯，卫生纸等，满足患儿的需要。

### 2.6 多途径进行健康教育，加强宣传力度。

派一名经验丰富，责任心强的护士，通过不同的沟通的方法，运用全面的理论知识，为患儿提供良好的服务，让家长放心，满意，对有意见的患及家长进行重点护理，及时解决矛盾，另外，采用宣教影像片。宣教板报等形式，对患儿及家长进行相关知识的宣教及护理指导。

### 2.7 实施心理护理

每位患儿及家长都承受严重心理，社会，经济等方面的压力，因此渴望从医护员处获得更多的关爱与呵护[3]。针对这种情况，我科采用多种途径对患儿家长进行心理，卫生等方面的宣教，让家长对患儿的喂养，护理，生理，自理能力训练等方面的知识有一定的了解，使其增强治疗患儿疾病的信心，积极配合治疗。

### 2.8 加强评价及随访

每周设立一天为评价日，定期为脑瘫患儿进行康复评价，另外建立联系簿，留下能联系上患儿的多种联系方式，进行电话随访。

## 3. 结果

诊疗环境得到了很大的改善，患儿家长满意度不断提高，无投诉现象发生。

## 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<sup>[4]</sup>。

### 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<sup>12</sup> 牛敬雪<sup>12</sup> 张红云<sup>12</sup> 王微平<sup>12</sup> 卜宏伟<sup>12</sup>

### 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<sup>[1]</sup>，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<sup>[2]</sup>。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<sup>[3]</sup>。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<sup>[4]</sup>。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<sup>[5、6]</sup>。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<sup>[7]</sup>，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。<sup>[8]</sup>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<sup>[9]</sup>，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  $AMC = MAC - (TSF \times 0.314)$ 。<sup>[10]</sup>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。<sup>[11]</sup>

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 <sup>2</sup> )	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<sup>[12]</sup>调查的卒中恢复期患者营养不

良发生率 60%、Axelsson 等<sup>[13]</sup>调查的严重卒中患者营养不良发生率 56.3%相近；高于 Brynningsen 等<sup>[11]</sup>调查的 22%和 Westergren 等<sup>[14]</sup>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<sup>[15]</sup>，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%<sup>[3, 16]</sup>。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<sup>[17]</sup>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<sup>[18]</sup>和 Smithard<sup>[19]</sup>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 Patientist [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](mailto: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。



康复护理是和康复对象联系最紧密的护理技术，它是护理学和康复医学结合所产生的一门专科护理技术，它的最终目的是预防继发感染，减轻残疾的影响，达到最大限度地功能改善和重返社会。一个人要从亚健康状态甚至更糟的状态变为健康状态，康复过程再重要不过了，否则疾病就会向另一个极端发展，这是人人都不愿看到的。所以在康复过程中，为了康复对象的健康，对一名康复护士来说，掌握常用的康复护理技术尤为重要！一类是作为康复护士需要了解的与康复密切相关的治疗技术，例如：物理治疗、作业治疗、言语治疗、康复工程、传统治疗法等；另一类是体位的摆放、呼吸训练及心理的护理。我个人认为在康复护理过程中很重要的一点就是要始终鼓励病人树立起战胜疾病的决心和勇气，持之以恒向疾病发起挑战，最终才能克服重重困难，帮助他们重新获得生活的技能，为将来重返家庭乃至社会创造必要条件。

## 神经源性异位骨化患者围手术期的护理体会

北京市 中国康复研究中心 北京博爱医院骨科

魏娜

### 摘要

**目的** 神经源性异位骨化 (Neurogenic Heterotopic Ossification, NHO) 是在神经损伤患者的关节周围软组织中有多余骨的形成，是神经损伤患者的常见并发症。患者发病后受累关节活动度及日常生活活动能力均有不同程度减低。根据异位骨化 (Heterotopic Ossification, HO) 的发生部位及严重程度，手术创伤亦有所不同。故临床护士应观察 NHO 患者围手术期的病情变化并给予相应的护理措施，减少临床并发症的发生。

**方法** 2011 年至 2012 年我科收治 NHO 患者 5 例，针对患者发生 HO 的部位、神经损伤情况，术前给予心理护理、基础护理及专科护理，术后给予伤口护理、贫血护理、相关并发症预防及康复功能训练。

**结果** 本组 5 例患者围手术期未发生呼吸系统、泌尿系统感染，未发生压疮；术前血红蛋白正常，术后均发生不同程度的贫血；伤口愈合良好；经过相关康复功能训练，受累关节活动度均有不同程度的好转；1 例患者术后发生单侧下肢肌间静脉血栓。

**结论** HO 是脊髓损伤和脑外伤患者最重要的并发症，患者发病后受累关节的活动度减低，影响其日常生活活动能力，手术切除异位骨化是最主要的治疗方式，科学合理的围手术期护理措施能够有效地配合手术治疗，减少术后并发症的发生，促进患者早期康复。

神经源性异位骨化 (Neurogenic Heterotopic Ossification) 是在神经损伤患者的关节周围软组织中有多余骨的形成, 是脊髓损伤患者的常见并发症<sup>[1]</sup>。患者发病后受累关节活动度及日常生活活动能力均有不同程度减低。2011年至2012年我科收治神经源性异位骨化患者5例, 本文结合该5例患者围手术期的护理, 总结体会如下。

## 1 一般资料

2011年7月-2012年6月北京博爱医院骨科共收治神经源性异位骨化患者5例, 年龄52-60岁, 平均58.4岁, 异位骨化经CT明确诊断; 5例患者均接受异位骨化手术切除治疗。详见表1。

表1 5例患者一般资料

病例	性别	年龄	病因	HO 发生部位	活动能力	肌张力	认知功能
1	男	52	颈髓不完全性损伤	双侧髋关节	双下肢借助器具行走, 双上肢正常活动	双下肢肌张力升高	正常
2	男	62	脑外伤术后	双侧上肢肩、肘关节	双下肢正常行走, 双上肢活动受限	正常	正常
3	男	59	脑外伤术后	左下肢髋关节	卧床	左下肢肌张力升高	障碍
4	男	59	胸髓完全性损伤	左下肢髋关节	卧床	双下肢肌张力升高	正常
5	男	60	胸髓完全性损伤	双侧髋关节	卧床	双下肢肌张力升高	正常

## 2. 术前护理

2.1 心理护理 术前与患者及其家属沟通, 向其介绍异位骨化相关疾病知识及手术治疗概况, 了解患者及其家属的疑虑和治疗期望值, 针对性的给予心理疏导, 全面履行告知程序。

2.2 专科护理 5例患者中有4例术前预留自体血以备术中回输, 取血量均为400ml, 取血后观察患者生命体征、心率及心律的变化。经常询问患者有无不适。4例患者取血过程顺利, 取血后至手术时无不适感觉。

2.3 基础护理 5例患者中3例截瘫, 1例偏瘫, 生活不能自理。术前即给予患者应用气

垫床，严格翻身，至少每 2 小时 1 次，指导家属按摩全身骨隆突部位，以杜绝压疮发生；异位骨化切除术为无菌手术，为避免术后伤口感染，术前应保护手术部位皮肤的完整性，保持皮肤清洁，可于术前 3 天每日用温肥皂水清洗局部，术区备皮时动作轻柔，仔细；正确指导患者饮食，术前即指导患者进食含铁丰富的动物肉类肝脏及蔬菜，本组 1 例患者术前经静脉补铁治疗。

### 3 术后护理

3.1 伤口护理 术后及时与主管医生沟通，了解切口部位、异位骨化与受累关节的关系及关节周围软组织受损情况，以确定术后髋关节及肘关节位置的正确摆放，更换体位时以此为据最大限度减小伤口张力，以免影响伤口正常愈合。另外本组患者 4 例肌张力升高，故接触性操作时应尽量减少对患肢的刺激，并注意观察肢体痉挛情况，督促患者定时、定量服用降低肌张力的药物，保护伤口。本组患者伤口均愈合良好，术后 2 周拆除缝线。

3.2 贫血护理 4 例患者术后伤口引流管连接自体血回输装置，收集术后 6 小时以内的伤口引流血，严格按照输血标准流程回输引流血并观察患者有无发热等输血反应。4 例患者均无输血反应发生。术后饮食指导同术前，5 例患者均给予静脉补铁治疗。术后 5 例患者均发生贫血（表 2），应严密观察患者生命体征、心率、心律、睑结膜、口唇及甲床颜色、精神状态的变化，监测血常规，如有明显异常，应立即通知主管医生给予相应治疗，以免影响患者预后。本组患者未因贫血引发严重并发症。

表 2 5 例患者手术前后血红蛋白变化

病例	术前血红蛋白 (g/L)	术后 3 天血红蛋白 (g/L)	术后贫血程度
1	131	92	轻度
2	137	97	轻度
3	123	89	中度
4	125	83	中度
5	132	91	轻度

3.3 并发症预防 术后给予相应的护理措施，预防压疮、呼吸道感染、泌尿系感染、便秘的发生；预防下肢深静脉血栓的发生，遵医嘱应用抗凝药物治疗，并给予双下肢气压式循环驱动治疗促进下肢血液回流，每日对比双下肢皮肤温度、颜色、肿胀程度、足背动脉搏动情况。

本组 1 例患者术后发生单侧下肢肌间静脉血栓，给予口服利伐沙班治疗。无其他并发症发生。





中华OT电子季刊编辑委员会

黄锦文 香职业治疗学院  
张瑞昆 台湾高雄长庚医院  
林国徽 广东省残疾人康复中心  
李奎成 广东省工伤康复中心  
顾越 中国康复研究中心  
屈云 四川省华西医院康复医学科  
陈少贞 中山大学附属一院康复医学科

本期责任编辑：顾越

香港职业治疗学院 HONG KONG INSTITUTE OF OCCUPATIONAL THERAPY LIMITED

联络地址：香港特别行政区，新界大埔全安路9号 大埔医院 职业治疗部 转交

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

电话(Tel): 852-65096582 电邮(E-mail): [hkiot@hkiot.org](mailto:hkiot@hkiot.org) 网页(Website): [www.hkiot.org](http://www.hkiot.org)