

【综述】

脑卒中病人体位及肠内营养护理的进展

汪莉,李新萍,龙海秋 综述;吴曙粤 审校

(南宁市第一人民医院,广西 南宁 530022)

【关键词】脑卒中; 体位护理; 肠内营养

【中图分类号】R743 【文献标识码】A 【文章编号】1008-9969(2005)12-0017-03

卒中是非常严重的健康问题,迄今,卒中是引起人类死亡的前3位原因之一。目前,我国老龄人口增加,脑卒中的发病率呈上升趋势,年发病率为150/10万,而生存的病人中至少有一半留有不同程度的残疾,因此脑卒中也成为最重要的严重致残疾病^[1]。偏瘫是最常见的功能障碍。随着康复医学的发展,脑卒中病人的康复体位护理及肠内营养逐渐被认识,不少学者进行了相关研究,现综述如下。

1 体位护理的进展

体位是病人休息和适应医疗需要所采取的一种姿势^[2]。偏瘫病人的体位护理不仅具有一般疾病护理的共性,而且更具有其特殊性,主要是脑卒中病人的偏瘫是中枢性瘫,是运动模式的质变,有其特定的病理过程。

1.1 体位护理的意义 Jones^[3]认为持续让卒中病人处于一种好的反射-抑制型体位,本身就是一种治疗方法,可促进功能的恢复。于维东^[4]报道由于软瘫期肌张力低下,稳定关节的固有肌群丧失功能,导致体位及重力因素成为影响关节对应关系的主要因素,病人的关节解剖正常位置发生很“自然”的变化,如果不能得到干预常产生继发性的二次损害。此期的康复体位及促进性治疗可以缩短迟缓期,同时预防异常的痉挛模式产生。

1.2 体位护理的时间 来自国外的报道^[5]认为有效护理体位的使用,适合于偏瘫病人急性期、恢复期及治疗过程中的任何阶段。于维东等^[6]也认为需要康复体位的不仅仅是急性期的病人,恢复期及后遗症期的病人如果病情较重,痉挛较明显,康复体位可以起到维持性治疗的作用。而关于体位变换的时间,大家都认为应定期,每2~3h变换1次。蔡文智等^[7]报道开始应2~3h变换体位1次,以后当病人能在床上翻身或主动移动时,间隔时间可延长,直到其醒后

觉得不舒服时能自己改变体位。徐景云等^[5]则报道按照临床治疗、护理常规的需要,白天选择坐位为主;夜间多采用健、患侧交换侧卧体位;清晨采用仰卧体位。

1.3 体位护理的方法 体位护理包括正确卧位、坐位、站位,每种体位都是为以后独立运动做准备。

1.3.1 卧位护理 高少茹等^[8]对60例急性脑血管病人采用治疗性卧位护理及功能锻炼,结果显示病人上、下肢肌力增高,后遗症发生率明显降低。陈婵^[9]对94例重型脑卒中病人采用治疗性卧位护理,病人患肢并发症的发生低于观察组。对于瘫痪较重的病人,急性期的卧位护理对康复起着重要作用。传统的观点^[10-12]认为偏瘫病人宜采用健侧卧位与平卧位交替的方法,减少患侧卧位,预防患侧肢体受压。另有人提出^[13],卒中病人患侧发生褥疮危险性明显高于健侧,护理时应采用健侧卧位,平卧时保护患侧受力点。现代康复的观点^[5,7,14]则认为患侧卧位是第一体位。该体位可对患肢产生压力刺激,通过各种感受器的传入,有利于使病人获得患肢的实体感,促进感觉功能的恢复;同时使健肢解放,有利于病人自立;持续牵拉患侧躯干,减轻痉挛。

1.3.1.1 患侧卧位 患侧卧位时病人躯干稍向后旋转,后背用枕头稳固支持。患侧上肢应前伸,与躯干的角度不小于90°,前臂旋后腕被动背伸。病人的重心保持前倾,健侧上肢可放在身上或后边的枕头上。下肢呈迈步位,健腿髋、膝曲屈并由枕头在下面支持。同时也用枕头使患腿保持在伸髋、稍曲膝的体位^[4,9]。

1.3.1.2 健侧卧位 健侧卧位时病人躯干与床面成直角,偏瘫上肢前屈90°~100°时关节伸展,腕背关节伸展,放在枕头上。偏瘫侧下肢向前屈髋屈膝,并完全由枕头支持^[4,9]。这种体位可使患侧上肢屈肌痉挛、下肢伸肌痉挛得到很大的防治作用。

1.3.1.3 仰卧位 仰卧位时受紧张性迷路反射的影响,异常反射活动最强,而且使骶尾部、足跟外侧处发生褥疮的危险性增加,应尽量少用。有必要进行康复体位调整,用一枕头垫在患侧臀部大腿下面,支撑骨盆前伸,使膝关节保持一定曲屈。在患侧肩胛下

【收稿日期】2005-06-24

【基金项目】南宁市科学技术局基金课题(200501080C)

【作者简介】汪莉(1970-),女,湖北浠水人,2003年毕业于广西医科大学成人教育学院,大专学历,主管护师,副护士长。

放一枕头,保持肩关节前伸,上肢抬高、伸展外肢位^[4,6]。

1.3.1.4 半卧位 半卧位是偏瘫病人最不提倡的体位,主要是半卧位屈颈程度较大,易引起紧张性反射,导致上肢屈肌、下肢伸肌的易化;同时髋关节处于外旋位,促进足内翻形成。当病人因某种原因需要采取半卧位时,维持时间不能长,同时应在大腿内侧及膝部垫一枕头,使膝关节保持一定屈曲^[4,6]。

1.3.2 正确的坐位 一些学者^[15-16]认为达到坐位需要较长的准备训练阶段,采用逐次坐位法。于维东^[6]认为除非卧床时间长以致产生废用性体位性低血压的病人可能需要半卧位的过渡,其他多数病人如果没有禁忌时可直接从卧位进入坐位。坐位时,在病人胸前前置一桌子,将患侧上肢放于桌面,肘关节微屈,手掌心向下,手指伸直,身体前倾,脊柱伸展,可以抑制躯干短缩,防止肩关节半脱位。在病人背部放一软枕,使病人坐位的重心在臀部,而不在骶尾骨上,以减轻骶尾骨受压的程度。患侧膝关节屈曲成 90° ,使足与小腿保持垂直位。坐位时应注意座椅不能太高,应保持双脚整个脚掌着地。

1.3.3 站位护理 康复护士帮助病人进行站位训练是非常重要的,应站在病人的患侧,减轻病人恐惧的心理。引导病人重心向患侧转移,用健侧手指紧扣住患侧手指,并抱于胸前,双足分开 10 cm 左右^[4,6]。

2 脑卒中病人肠内营养的现状

2.1 营养状况对卒中病人的影响 国内多位学者^[17-19]对急性卒中病人应用多项营养指标测量后统计分析显示营养不良发生率为 35%,其中发病时 22.2%,1 周末 34.7%,2 周末为 40.3%,4 周末为 48.6%。有吞咽障碍者发生率为 61.13%。卒中后营养不良的发生率较高,其中低蛋白血症的发生率可高达 62%,而且随住院时间延长营养状况呈恶化趋势。但数家报告的结果不一致。脑卒中前、后的营养状况对脑卒中的发生、发展和康复均产生影响,合理的营养支持有利于脑卒中的康复。脑卒中后的神经功能缺损程度与脑卒中后营养状况恶化的程度呈正相关。脑卒中后机体可能存在这样一个恶性循环:营养状况低下→神经功能缺损程度增加→营养状况下降→脑卒中康复延缓→营养状况进一步下降。为此研究结果提示在脑卒中治疗时必须尽早给予营养支持,纠正营养状况的恶化,阻断因营养状况恶化所引起的恶性循环,为脑卒中的康复创造良好的条件。

2.2 肠内营养的优势 营养支持有经肠营养和全胃肠外营养两种。经肠营养(enteral nutrition, EN)的概念指采用口服或管饲等方式经胃肠道提供代谢需要的能量及营养基质的营养支持方式^[20]。

近年来,临床上又重新认识和接受了以下基本原则,只要胃肠道有一定功能和可能时,尽量采用经肠营养。多项动物实验证明经肠营养对维持小肠结构与功能是非常重要的^[20]。TPN 由于缺乏肠腔营养素不能促进肠道上皮细胞的更新及保持黏膜的完整性,以致黏膜萎缩,通透性增加及屏障功能降低而易感染。与 TPN 比,EN 不需要严格的无菌操作,很少引起严重的并发症,具有安全性高、费用低的特点。国内对脑卒中患者应用 TPN、EN 比较的文章不多。杨金生^[21]将 105 例脑卒中患者分为早期肠外、肠内营养干预,结果肠外营养组和肠内营养组在应用期间的并发症无明显差异;肠外营养组的病情评分比肠内营养组低,但两组的预后情况基本相近。

2.3 肠内营养的方式

2.3.1 常见肠内营养支持的种类及选择 经肠营养支持疗法,根据营养供给的途径不同分为经鼻置管法(包括经鼻胃管、经鼻十二指肠管、鼻空肠管)、经皮或通过手术置管法(经皮内镜下胃造瘘、外科手术胃造瘘、空肠造瘘)。

管饲方式的选择中最重要的原则是侵入小、简单、安全。从这点出发,目前临床应用最广泛的仍是鼻胃导管、鼻十二指肠管及鼻空肠管^[20]。如果病人需要短期(6 周以内)胃肠道内营养,其营养方式一般有两种即鼻胃导管营养和鼻肠导管营养。

石向群等^[22]应用营养状况评估法及吞咽饮水试验评分对 132 例急性卒中病人进行分析后提出吞咽障碍是营养状况恶化的独立危险因素,但相当一部分卒中后的吞咽困难在 1~2 周内即可获恢复,只有极少数病例恢复不良。因此,经鼻胃管是进行早期肠内营养支持的最佳选择。

2.3.2 鼻饲管的应用及护理

2.3.2.1 鼻饲开始时机 通过鼻饲给予营养支持对机体的康复有极为重要的作用,一般主张尽早进行。研究证明 EN 应开始于创伤后 48 h 之内,24 h 之内开始最为理想,早期进行 EN 可降低感染发生率^[20]。代桂兰等^[23]通过观察提出,脑血管病病人发病后大部分有不同程度胃肠障碍现象,持续时间多大于 3~4 d,故不能一概强调过早胃肠道营养。

2.3.2.2 鼻饲的并发症护理 鼻饲引发的各种并发症常常影响病人的治疗甚至引起严重的后果。有一些学者对如何减少鼻饲的并发症进行了研究。余巧敏^[24]对 90 例脑卒中鼻饲病人分别行甘油节灌注法、缓慢滴注法,结果滴注组误吸发生率为 0,灌注法为 17.77%,有显著性差异。石向群等^[25]通过对有吞咽困难的 20 例卒中病人随机实施两种不同模式的鼻肠内营养支持,观察后认为:实施调整体位、控制鼻饲

速度及每次鼻饲量可明显减少胃食物反流次数、降低吸入性肺部感染的发生率,同时可降低腹胀、腹泻的发生率,是有效的护理模式。

3 展望

偏瘫病人的体位护理及肠内营养是临床护理的一项重要内容,职业护理人员需要了解及实施这些护理措施,并了解其潜在价值。正规教学干预可提高护士处置卒中病人的认识水平和实践水平^[3],也有利于在临床实践中向病人及家属进行正确宣传和指导、监督。对一些传统的体位护理方法,将通过以证据为基础的护理实践进一步研究证实或推翻,更加有效的改良体位护理方法有待开发。围绕营养支持还存在许多矛盾。评价、认识、改善卒中病人的营养状况,应受到每一位临床医生和护理人员的重视。

[参 考 文 献]

[1] 王拥军.卒中单元[M].北京:科学技术文献出版社,2004:1.
 [2] 柳韦华.体位护理[J].国外医学:护理学分册,2000,19(6):253.
 [3] Anne Jones, Elizabeth K. Carr, Dianne J. Newham, et al. Positioning of stroke patients: evaluation of a teaching intervention with nurses[J]. Stroke, 1998,29:1612-1617.
 [4] 于维东.偏瘫康复理论与实践[J].现代康复杂志,2002,5(2):5-8.
 [5] 徐景云,赵林,耿秋菊.偏瘫病人体位变换技巧[J].国外医学:护理学分册,1998,17(1):191.
 [6] 于维东,范红杰,张文娟.偏瘫康复理论与实践[J].现代康复杂志,2002,5(4):9-13.
 [7] 蔡文智,李亚洁.脑卒中的康复护理[M].北京:科学技术文献出版社,2000.
 [8] 高少茹,林惠卿,林秀兰.卧位护理在偏瘫中的应用[J].实用护理杂志,1998,14(10):517-518.

[9] 陈婵.治疗性体位预防重型脑卒中患肢早期并发症的探讨[J].护理学杂志,2000,15(8):453-454.
 [10] 胡顺江.复健医学与护理[M].北京:科学技术文献出版社,1993:186.
 [11] 刘丽宁,许月江,时秀珍.脑血管偏瘫的早期康复护理探讨[J].实用护理杂志,1999,15(2):170.
 [12] 郑燕红.脑卒中偏瘫的康复护理进展[J].护理学杂志,2000,15(10):614.
 [13] 马瑞华,郭冬梅,王飞.偏瘫病人卧位的观察与分析[J].实用护理杂志,2000,16(9):189.
 [14] 江海燕.偏瘫患者的康复护理[J].中国康复医学杂志,1997,12(1):39.
 [15] 杨锦媚,李洁.早期康复干预对脑出血患者肢体运动功能的影响[J].护理学杂志,2001,16(2):76.
 [16] 施永敏.早期康复护理对偏瘫肢体运动功能的影响[J].中国康复医学杂志,1997,12(2):91.
 [17] 石向群,汪泳,杨金升.等.急性脑卒中后营养状况恶化的影响因素分析[J].中国老年学杂志,2003,23(7):464.
 [18] 季云秋.急性脑卒中患者的营养状况及其与预后的关系[J].江苏临床医学杂志,1999,3(2):120.
 [19] 商俊凌,李霞,林桂珍.脑卒中后营养不良的观察[J].解放军护理杂志,2004,21(11):41.
 [20] 邵继智,顾景范,张思源.经肠营养[M].北京:军事医学科学出版社,1999.
 [21] 杨金生.脑卒中患者早期肠内和肠外营养治疗[J].中国临床营养杂志,2002,10(3):175.
 [22] 石向群,包仕尧,王运良.鼻饲肠内营养支持对急性脑卒中后吞咽功能及感染并发症的影响[J].中华老年医学杂志,2003,22(8):498.
 [23] 代桂兰,代景兰.急性脑血管病的胃肠障碍与营养[J].实用护理杂志,2000,16(5):44.
 [24] 余巧敏.脑卒中患者鼻饲法的改进[J].现代实用医学,2003,15(1):58.
 [25] 石向群,王运良.脑卒中后吞咽障碍鼻肠内营养支持实施模式的探讨[J].河南实用神经病学杂志,2002,5(6):22.

[本文编辑:方玉桂]



【短篇报道】

一种简易大便器的制作方法

郭珂清,连晓林

(安阳地区医院 神经外科,河南 安阳 455000)

临床上为卧床病人接大便时,传统的方法是病人平卧将大便器放于患者臀下,其缺点:(1)若病人肥胖且陪护少,在搬动病人时则要费很大力气;(2)将大便器放于患者臀下,时间稍长,受压部位便会发红,严重者可引起压疮。为了克服以上缺点,我院自行制作了一种大便器,用于卧床病人,效果理想,不但病人感觉舒适,同时也避免了床单位的污染。现介绍如下。

1 材料

2 L装雪碧或可口可乐空饮料瓶1个,鹅颈以上部分剪去,一侧开口端比另一侧开口端高约10 cm,将开口剪成椭圆形,然后将边缘用胶布粘帖,避免使用时划伤病人皮肤。

2 使用方法

病人需要大便时,取侧卧位,上腿屈曲,下腿伸直,将大便器高端放在肛门下方,且紧贴皮肤,大便则会沿瓶壁滑入瓶底,用毕浸泡消毒,可重复使用,也可制作多个,用后弃掉。

3 优点

通过临床使用,此法操作简单,使用方便,特别是卧床时间较长且陪护人员少的情况下,使用简易大便器不仅病人舒适,而且陪护人员非常省力。病人使用舒适,不仅可避免皮肤受压,而且减少床单位的污染。由于饮料瓶内壁光滑,清洗比较容易。选用空饮料瓶,起到了废物利用的作用。值得推广使用。