

脑卒中康复护理常规

一、概念

脑卒中(stroke) 是一组急性脑血管病的总称,按其病理机制和过程可分为缺血性卒中和出血性卒中,前者又称脑梗死,包括脑血栓形成和脑栓塞;后者包括脑出血和蛛网膜下腔出血。

二、临床特点

突然发病,疾病与障碍并存,常见功能障碍为:偏身感觉障碍、运动障碍、偏盲,可合并有吞咽功能障碍、交流功能障碍、认知功能障碍、心理障碍以及肩部问题和二便问题等,严重的可以出现四肢瘫、昏迷、甚至死亡。

三、医疗目标

治疗原发病,预防残疾和并发症,改善受损功能,提高其日常生活活动能力和适应社会生活的能力,提高患者的生活质量,最大限度回归社会。

四、护理目标

预防残疾和并发症,最大限度恢复日常生活活动能力。

五、护理问题/关键点

(一)压疮

(二)躯体移动障碍

(三)感觉功能障碍

(四)语言沟通障碍

(五)认知障碍

(六)肩关节半脱位

(七)肩痛和肩手综合征

(八)吸入性肺炎

(九)泌尿性感染

(十)跌倒的风险

(十一)深静脉血栓形成

六、评估

(一)入院评估

1. 入院方式（步行、轮椅或平车）。
2. 体重和营养状况。
3. 心理状况，有无焦虑、恐惧心理。
4. 神志和精神状况。
5. 运动功能评估。
6. 感觉功能评估。
7. 认知功能评估。
8. 言语, 吞咽功能评估。
9. 日常生活活动能力评估。
10. 病因和诱发因素，家族史。
11. 实验室检查：血糖, 血脂等。
12. 影像学检查：CT, MRI等。
13. 家庭用药情况。

（二）持续评估

1. 生命体征、进食和睡眠、大小便状况。
2. 心理状况：有无紧张、焦虑等心理反应。
3. 家庭支持和经济情况。
4. 自我对疾病的认知程度。
5. 不同时期的运动功能，平衡、协调功能、感觉功能、认知功能、语言功能评估。
6. 是否有其它疾病，是否能正常训练, 康复的效果。

七、干预措施

（一）体位和活动

1. 急性期（软瘫期）：发病且病情稳定后 1-2 周内，Brunnstrom I - II 期。早期康复介入以预防废用；从床上的被动性活动尽快过渡到主动性活动；预防合并症和并发症。

（1）肢体摆放和体位转换 每 2 小时翻身一次，患者掌握翻身要领后，由其主动完成。为增加偏瘫侧的感觉刺激，多主张偏瘫侧卧。患肩向前，垫软枕，肘伸直。手指张开，掌面朝上，健侧下肢在前，患肢在后，屈膝。小腿及脚掌呈垂直，垫一软枕，指间填以布卷或垫软垫。

(2) 偏瘫肢体被动活动 活动顺序由近端关节到远端关节，一般每日 2-3 次，每次 5 分钟以上 直至偏瘫肢体主动活动恢复。同时，嘱患者头转向偏瘫侧，通过视觉反馈和治疗师言语刺激，有助于患者的主动参与。在被动活动肩关节时，偏瘫侧肱骨应呈外旋位，即手掌向上（仰卧位），以防肩部软组织损伤产生肩痛。

(3) 床上活动

①双手叉握上举运动即巴氏（Bobath）握手

②翻身：向偏瘫侧翻身呈偏瘫侧卧，双手叉握、伸肘、肩前屈 90 度，健侧下肢屈膝屈髋、足踩在床面上，头转向偏瘫侧，健侧上肢带动偏瘫侧上肢向偏瘫侧转动，并带动躯干向偏瘫侧转，同时健侧足踏在床面，用力使得骨盆和下肢转向偏瘫侧；向健侧翻身动作要领同前，只是偏瘫侧下肢的起始位需他人帮助。

③桥式运动（仰卧位屈髋、屈膝、挺腹运动）：仰卧位，上肢放于体侧，双下肢屈髋屈膝，足平踏于床面，伸髋使臀部抬离床面，维持以姿势并酌情持续 5-10 秒。

④早期坐位训练、坐位耐力训练、坐起训练及健侧肌力增强训练。

2. 恢复早期（痉挛期）：一般为病后 2 周至 2-3 个月左右，Brunnstrom III-IV 期。这一期患侧肌张力开始增高，患者的主动性运动开始恢复。康复的主要目的是降低肌张力、打破共同运动、进行分离运动训练，而肌力和速度训练暂不宜进行。应做主动训练，先在他人帮助下，然后循序渐进地自我进行，护士应密切观察血压、心率和呼吸情况，指导坐位平衡训练、站立训练、立坐平衡训练、重心转移训练、床、椅转移训练、行走训练；支具及辅助步行器的应用训练；日常生活活动能力训练（整容、移动、更衣、上厕所动作训练）。根据患者情况及时调整康复计划，及时评估训练效果。

3. 恢复中、后期：在痉挛基本控制以后，Brunnstrom IV 期后，患者的分离运动逐步形成，偏瘫肢体的部分功能已开始恢复，但仍不能完成比较精细、协调的随意运动，康复的目的是进一步产生精细、协调、快速的随意运动，进行耐力、肌力训练、步态姿势纠正、更高水平的平衡功能训练、实用行走和阶梯训练，循序渐进；指导患者全身运动。提高日常生活活动能力，争取达到生活自理。预计不能恢复者，可考虑健侧上肢进行代偿性功能训练，自助具、辅助具及支装具也能帮助患者最大程度地获得日常生活活动的自理能力。

4. 后遗症期：一般在一年后（言语和认知功能的恢复可能需要一两年），特别对于上肢的康复有 70% 恢复不到可以实际使用的水平。指导患者坚持康复训练，持之以恒，循序渐进，避免废用综合征及误用综合症。

(二) 饮食指导

评估患者吞咽障碍的程度，鼓励能吞咽的患者进食，进食高蛋白、高维生素的食物，选择软饭、半流或糊状、胶冻状的粘稠食物，避免粗糙、干硬、辛辣等刺激性食物。进食前应注意休息，少食多餐；给患者提供充足的进餐时间，如有食物滞留于口腔者，鼓励患者利用舌的运动将食物后送以利吞咽；进食后保持坐立位 30~60 分钟，防止食物返流。患者吞咽困难、不能进食时给予营养支持，遵医嘱留置胃管鼻饲，并做好留置胃管的护理。

(三) 用药护理

脑血栓患者常联合应用溶栓、抗凝、血管扩张药、脑代谢活化剂等治疗，护士应耐心解释各类药物的作用与不良反应以及相关注意事项，指导患者遵医嘱正确服药。

（四）心理护理

脑卒中后由于大脑左前半球受损可导致抑郁，加之沟通障碍，以及肢体功能恢复的过程很长，患者发生抑郁、焦虑的可能性会加大，因此应重视对精神情绪变化的监控，及时发现患者的心理问题，进行针对性心理治疗。

（五）语言训练

从发音-单字咬字-语言纠正-读字，反复进行。

（六）ADL训练

训练患者生活自理，参加适当的家务劳动，有计划地进行肌力训练，恢复相应功能，尤其是注重手部活动，避免手部肌肉萎缩。

（七）并发症的护理

1. 肩关节半脱位：卒中后早期就应预防患肢肩关节半脱位的发生，在卧坐站等体位中均应注意保持肩胛骨的正确位置，如患侧卧位、仰卧位时，垫软枕于肩背部，使肩前屈，坐位时，将患肢放于前方桌面上，立位时使用肩吊带或三角巾等，治疗中不要牵拉患肩，同时加强刺激肩关节周围起稳定作用的肌肉，促进其功能的恢复。

2. 肩痛和肩手综合症：尽量避免可引起浮肿的活动，如保持良肢位抬高患肢，注意训练强度，尽可能不用患手输液，预防外伤等，并使用患肢向心性压缠绷带或应用充气夹板、冰疗等物理治疗，加强患肢主动和被动活动等。

3. 关节挛缩：脑卒中偏瘫患者因瘫痪，运动过少，常可出现肢体关节的挛缩，强直。早期应对患者进行体位改变，正确的摆放肢体及关节活动的护理与训练。产生关节挛缩后，可进行相应关节的被动活动，牵张训练。也可辅以水疗、热疗等方法，或借助矫形器具进行治疗。

4. 废用性骨质疏松：长期卧床，骨能缺乏负重及肌肉活动等刺激可致骨质脱钙，造成骨质疏松，预防骨质疏松发生可采用负重站立训练。如患者不能进行自行站立，可用倾斜站立床帮助站立。可根据患者情况逐步增加倾斜角度，每次站立 30 分钟以上。

八、健康教育

（一）预防脑卒中的发生和复发主要是对危险因素进行干预，对作为潜在病因的有关疾病进行治疗，以预防该病的发生和复发。其常用措施为

1. 积极治疗原发性高血压、动脉硬化、高脂血症、糖尿病、短暂性脑缺血发作及有关的心脏病等。

2. 养成良好的生活方式：主要为戒烟、节酒、减肥（控制体重）、合理饮食、适当运动、注意精神卫生等。

3. 对预防脑卒中复发，除上述措施外，还要强调松弛治疗、避免应激、保持情绪平稳以及注意安全保护，防止跌倒等。

（二）良肢位保持

应于发病后立即进行。中枢神经受损后，呈现出脑受损的特定痉挛模式，可用枕头、足托等支架使患者在床上处于正确的卧位，保持关节良好的功能位置，避免半卧位，禁止拖拉患侧肢体。

（三）用肩托托起患侧肢体保证患者的手不要受压和悬垂，预防肩痛和肩手综合征。

（四）督促指导患者完成各项功能训练，训练应循序渐进、持之以恒，尽量恢复患侧的功能，保存非患侧的功能。

（五）教育患者正确对待疾病及其残疾，积极治疗，对功能障碍要尽早进行康复治疗，防止误用综合征，还要认识到后遗症的康复是一个长期的过程，要进行维持性训练以防功能退步。对长期卧床的患者，要教会家属正确的护理方法，以防褥疮、感染等合并症以及废用综合征。

（六）按时服药，坚持训练，定期到医院检查，以获得治疗和训练的指导。

脊髓损伤康复护理常规

一、 概念

脊髓损伤（**spinal cord injury.SCI**）是指由于各种原因引起的脊髓结构、功能损害，造成损伤水平以下运动、感觉、自主神经功能障碍。

二、 临床特点

胸腰段损伤示损伤平面以下的躯干和肢体产生运动及感觉障碍，称为截瘫，而颈段脊髓损伤后，双上肢也有神经功能障碍，表现为四肢瘫痪，简称“四肢瘫”。上颈髓损伤的四肢瘫均为痉挛性瘫痪，下颈髓损伤的四肢瘫由于颈髓颈膨大部位和神经根的毁损，上肢表现为迟缓性瘫痪，下肢仍以痉挛性瘫痪。脊髓损伤分外伤性和非外伤性脊髓损害。脊髓损伤的康复范畴不但包括颈、胸、腰和圆锥等脊髓节段，还包括马尾损伤的处理。**SCI**可部分或完全阻断大脑与身体其他部分的联系，导致相应的功能障碍。

三、 医疗目标

运动恢复、功能独立性、回归社会和生存质量。

四、 护理目标

- (一) 消除紧张恐惧心理，促进身心健康
- (二) 预防各种并发症的发生
- (三) 建立膀胱的反射性排尿功能
- (四) 增进自我护理能力和保健知识

五、 护理问题/关键点

- (一) 气体交换受损
- (二) 躯体移动障碍
- (三) 自理缺陷
- (四) 排便失禁、便秘
- (五) 排尿异常
- (六) 体温调节无效
- (七) 营养失调（低于机体需要量）
- (八) 知识缺乏
- (九) 潜在并发症
- (十) 自我形象紊乱
- (十一) 有皮肤完整性受损的危险

六、 评估

(一) 评估

1. 入院方式：步行、轮椅或平车。
2. 体重和营养状况。
3. 评估受伤的时间、原因、部位。
4. 神志和精神状况、心理状况、社会支持状态。
5. 痛、温、触觉及位置觉的丧失平面及程度。
6. 躯体、肢体麻痹平面的变化肢体感觉、运动的状况。
7. 有无尿潴留或尿失禁。
8. 有无大便失禁或便秘。
9. 有无压疮、坠积性肺炎、泌尿系感染的并发症。

10. 辅助检查：主要为影像学检查。

（二）持续评估

1. 生命体征、脉搏氧饱和度。
2. 进食和睡眠状况。
3. 心理状况：有无紧张、焦虑等心理反应。
4. 家庭支持和经济状况。
5. 自我对疾病的认知程度。
6. 病情及主要症状。
7. 体温、排尿、排便、皮肤情况，有无呼吸道、泌尿系统、压疮等并发症。
8. 实验室：血常规、血生化，痰液检查等。

七、 干预措施

（一）体位和活动

1. 急性期的康复训练

患者临床抢救告一段落，患者生命体征和病情基本稳定、脊柱稳定即可开始做康复训练。主要采取床边训练、训练内容包括以下几个方面：

- （1）良肢位训练：仰卧位：头下放至薄枕，将头两侧固定（需要保持颈部过伸展位，在颈部垫上圆枕）。肩胛、上肢、膝、踝下垫枕，用毛巾卷将腕关节保持在 40° 背伸位；侧卧位：上肢保持伸展位、下肢屈曲位，肢体下肢均垫长枕。背后用长枕靠住，以保持侧卧位（行颅骨牵引时，保持 40° —— 60° 侧卧）。
- （2）关节被动活动：1——2次/天，每一关节在各轴向活动20次即可，以防止关节挛缩和畸形发生。
- （3）体位变换：每2小时翻身一次，以防止压疮形成。
- （4）早期坐起训练：脊柱稳定性良好患者应早期开始坐起训练，每日2次，每次30分钟——2小时，开始将床头摇起 30° ，无不良反应，则每天将床头升高 15° ，一直到 90° ，并维持继续训练。
- （5）站立训练：患者经过坐位训练，无体位性低血压等不良反应，即可考虑进行站位训练，患者站起立床从倾斜 20° 开始、角度渐增，8周达到 90° ，如有不良反应，及时降低起立床的高度。
- （6）呼吸及排痰训练：对颈髓损伤呼吸肌麻痹的患者，应训练其腹式呼吸，咳嗽、咳痰能力以及进行体位排痰训练，以预防及治疗呼

吸系统并发症并促进呼吸功能。

- (7) 大小便的处理：脊髓损伤后 1——2 周多采用留置导尿的方法。每天进水量达 2500——3000ml，之后可采用间歇清洁导尿术。便秘可用润滑剂、缓泻剂与灌肠等方法处理。

2. 恢复期的康复训练

- (1) 肌力训练：重点是肩及肩胛带的肌肉以及残留肌肉一并训练，目标是达到 3 级以上，包括上肢支撑力训练、肱三头肌和肱二头肌训练、握力训练和腰背肌训练。
- (2) 垫上训练：翻身训练、牵伸训练、垫上移动训练、手膝位负重及移行训练。
- (3) 坐位训练：坐位分为长坐位（膝关节伸直）和端坐位（膝关节屈曲 90 度），训练前要求患者躯干需有一定的控制能力，双侧下肢各关节有一定的活动范围。包括坐位静态平衡训练、躯干向前、后、左、右以及旋转活动时的动态平衡训练。
- (4) 转移训练：包括床与轮椅之间、轮椅与便器之间、轮椅与汽车之间、轮椅与地面之间的转移等。
- (5) 步行训练
- (6) 轮椅训练：伤后 2——3 个月患者脊柱稳定型良好，坐位训练已完成，独立坐 15 分钟以上开始进行轮椅训练。
- (7) 矫形器的使用：配用适当的下肢矫形器为截瘫患者站立步行的必需。
- (8) 日常生活活动能力的训练：如吃饭、梳洗、上肢穿衣、入厕等。
- (9) 功能性电刺激。

（二）饮食

给低盐低脂饮食，给高热量、高蛋白饮食，保证营养，利于增强机体抵抗力，加速病变部位修复。多吃高纤维食物、多吃蔬菜与水果。

（三）心理护理

病人因突然失去独立生活能力表现为抑郁、愤怒等，针对不同心理状况，给予安慰和鼓励，给病人树立信心，正确对待疾病，配合治疗。

（四）膀胱管理

对尿潴留病人需留置导尿管，间歇放尿，每 4 小时放开一次，鼓励病人大量饮水，每日不少于 1500ml，预防泌尿系感染及结石，做好会阴部护理。

必要时可做膀胱冲洗。上肢有一定功能的患者可使用清洁间歇导尿。

（五）预防压疮

保持床铺清洁，平整干燥，置气垫床。骨突处皮肤使用透明贴或减压贴保护，每2小时翻身一次，翻身时注意体位保护，保持脊柱中立位翻转，防止脊柱扭曲而造成新损伤。对痉挛型截瘫病人肢体间可垫棉枕以防摩擦，保持病人清洁卫生。坐位时每15分钟进行减压动作，方法有：在轮椅上用双手撑起30——60秒；在轮椅上侧靠30——60秒钟；向前靠60秒钟。

（六）保持大便通畅

长期卧床病人往往造成大便秘结，应鼓励病人多食蔬菜及水果（地瓜、猕猴桃等），多饮水，早晚空腹饮香油、蜂蜜水（血糖不高者）。完全性损伤的患者可隔天定时排便，患者用手指按摩腹部，一般于餐后30——45分钟为宜，诱发排便反射，3天无大便者应给与缓泻剂或灌肠等。

（七）吞咽困难者可使用冰块训练，冰对咽喉部的刺激有助于吞咽反射的重建。发生呛咳时，可做人工辅助咳嗽，咳出异物。

（八）并发症的处理

1. 深静脉血栓：进行床上关节被动活动，防止深静脉血栓形成或栓塞。
2. 异位骨化：是指在软组织中形成骨组织。一般发生于伤后1——4个月，局部多有炎症反应，伴全身低热，可应用消炎止痛药、冷敷，若骨化限制关节活动则需手术摘除。

（九）重症脊髓损伤的护理

1. 密切观察生命体征、呼吸节律、频率、深浅度。
2. 呼吸道感染及呼吸管理。
3. 体温异常的护理。
4. 预防压疮、呼吸道及泌尿系并发症。
5. 饮食护理：少量多餐，避免暴食，以免影响消化。少吃甜食及易产气的食物，避免腹胀。鼓励病人多进食新鲜水果、蔬菜，多喝水。
6. 功能锻炼：在脊髓损伤康复中尽可能采取一些有用的措施，进行创伤后功能锻炼，以减轻病人身心、社会功能障碍。

八、健康教育

（一）体位/活动：卧床时保持肢体良肢位，按照翻身-起坐-坐位平衡-坐到站-站位平衡-步行的顺序康复训练。

（二）饮食：应进高热量、高蛋白、高维生素易消化食物，以保证充足的营

(三) 心理护理：应安慰鼓励病人树立战胜疾病的信心，培养健康的心理状况，积极加强功能锻炼。

(四) 保持室内清洁、温暖、光线充足、通风良好。

(五) 康复训练注意事项

1. 进行各项训练时循序渐进，不可急功近利，以免挫伤病人积极性；
2. 保护病人，防止病人摔倒、跌伤；
3. 及时鼓励病人的微小进步，调动病人康复训练的积极性。

(六) 在做好所有日常基础护理的前提下，定时翻身，预防感染和压疮。

(七) 掌握和运用各种转移技术，并注意保护脊柱，预防再损伤。

(八) 做好并指导患者进行大小便的处理，清洁导尿。

(九) 做好进行日常生活活动能力训练和正确穿戴支具的指导，督促患者按时治疗。

颅脑损伤康复护理常规

一、 概念

颅脑损伤是指由于创伤所致的脑部损伤。

二、 临床特点

损伤病因是暴力直接或间接作用于头部。

临床分型为：开放性损伤和闭合性损伤。

病理分为：原发性损伤和继发性损伤。意识障碍在脑损伤患者中很常见，轻者伤后出现短暂可逆的意识丧失，严重时伤后持续昏迷直至死亡。

三、 医疗目标

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/616021025000010214>