

瘫痪病人的护理

TANHUANBING RENDEHWLI

英 F·琼期著

金凤英 译

吴之康 校

73.6

人民军医出版社

瘫痪病人的护理

译者 金凤英

*

人民军医出版社出版
(北京市复兴路22号甲3号)
北京市孙中印刷厂印刷
新华书店北京发行所发行

*

开本: 787×1092毫米1/32. 印张: 2.5 字数: 49千字
1986年7月第1版 1986年7月(北京)第1次印刷
印数: 1—8,000

统一书号: 14281·055 定价: 0.50元

〔科技新书目: 121—62〕

内 容 提 要

本书系统地论述了如何护理瘫痪病人。内容包括：瘫痪的各种原因、褥疮、膀胱直肠的神经功能紊乱、性功能问题、呼吸系统的并发症、深静脉血栓形成与肺栓塞、胃肠道问题、疼痛、痉挛和挛缩、康复与重新安居，以及心理学方面值得考虑的问题等。内容丰富，描述细致，深入浅出，既有基础理论又有临床实践，是较为全面和系统的指导瘫痪病人护理的参考书。

适用于专业护理和家庭护理人员，特别是康复医院、疗养院、骨科、神经内外科护士，以及护校的实习学员等参考，也适用于病人和家属学习。

译者前言

“康复医学”是近年来正在兴起的一门新的学科，随着这门学科的发展以及一系列新业务、新技术的发展与应用，要求护理专业水平进一步提高。在康复医学中对瘫痪病人的护理显然是十分重要的。护士不但要熟练掌握一般的技术操作而且要有系统的理论基础，才能在护理事业中有所发展。

为此，我们翻译了《瘫痪病人的护理》以供护理人员学习参考。本书选自英国伦敦出版的《骨科病人的护理 (Care of the Orthopaedic Patient)》一书中的第七章。共分12节，附插图27幅。内容从社会心理学、生理与病理学和康复医学的角度，详细论述了瘫痪的各种病因、并发症及应采取的各种护理措施和治疗等一系列问题。对专业护理人员和残疾人及其家属都具有参考意义。

本书承吴之康教授校阅；在翻译过程中得到李耕田教授、商鉴副教授的热情帮助，王士雯主任的支持和帮助。在此对上述同志表示衷心的感谢。

中国人民解放军总医院

金凤英

1986.3.

目 录

引言.....	(1)
第一节 引起瘫痪的常见原因.....	(4)
一、外伤.....	(4)
二、先天或早发性疾病.....	(5)
三、炎症和感染性疾病.....	(7)
四、变性病.....	(8)
五、血管性病变.....	(8)
六、肿瘤.....	(9)
第二节 褥疮.....	(9)
一、原因.....	(9)
二、次要致病因素.....	(11)
三、临床体征.....	(13)
四、治疗和护理技术.....	(14)
第三节 神经性膀胱.....	(20)
一、解剖和生理.....	(20)
二、神经性膀胱的类型.....	(21)
三、处理.....	(22)
第四节 直肠的神经功能紊乱.....	(39)
一、解剖和生理.....	(39)
二、处理.....	(40)
第五节 瘫痪病人的性功能问题.....	(43)

一、统计学所见.....	(43)
二、远期的机能恢复.....	(44)
三、离婚率.....	(45)
第六节 瘫痪病人呼吸系的并发症.....	(45)
一、解剖和生理.....	(45)
二、估价.....	(46)
三、治疗.....	(49)
第七节 深静脉血栓形成和肺栓塞.....	(52)
一、深静脉血栓形成.....	(52)
二、肺栓塞.....	(54)
第八节 胃肠道的问题.....	(55)
一、麻痹性肠梗阻.....	(55)
二、急性胃扩张.....	(56)
三、消化性溃疡.....	(56)
四、亚急性肠梗阻.....	(56)
第九节 疼痛.....	(57)
一、外伤性疼痛.....	(58)
二、晚期根性神经痛.....	(58)
三、放射性疼痛和幻肢痛.....	(59)
四、边缘性疼痛.....	(59)
五、各种疼痛的处理.....	(59)
第十节 痉挛和挛缩.....	(60)
一、痉挛状态和痉挛加重的原因.....	(60)
二、处理.....	(61)
第十一节 康复期和重新安居.....	(64)
一、早期需要.....	(64)

二、早期阶段.....	(65)
三、后期阶段.....	(68)
第十二节 心理学值得考虑的问题.....	(70)
一、残疾发生的方式.....	(70)
二、社会问题.....	(72)

引言

每个从事护理工作的人，都要处理很多因各种各样的瘫痪而导致了残废的病人。本书中“瘫痪病人”这个名词指的是严重而又广泛的瘫痪，例如，脊髓损伤所致的截瘫或四肢瘫等。

瘫痪严重的病人，需要很高级的专业护理，这就要求护理人员具有优良的职业道德和专业技术。

当遇到一个正在忍受严重瘫痪折磨的病人时，往往引起旁观者的不安、焦虑和关心。然而，作为医护人员应将焦虑化为行动，用训练有素的眼力了解情况。

移情 (empathy) 是心理学的一个术语，意思是对他人的感知产生一种情绪上的自居作用。这种品德应当支配着临床医护人员的情绪和态度，一般未经训练者的同情心往往包含着一种对事情过分大惊小怪的关心。怜悯常常给病人带来烦恼，这种情况与旁观者的“恩人气派”有密切关系。

生活不能自理的病人，主要依靠护士来护理。每个护士应该学会怎样去帮助病人，什么时候帮助病人，什么情况下允许病人自己做一些事情。住院病人容易产生过分依赖帮助的思想，则常需要给予坚定而又善意的鼓励，促使其达到某种程度的自理。逐步训练病人并帮助使其恢复受挫的自信心，这是一种精细的艺术，也是护士义不容辞的责任。

为了减轻病人的焦虑、疼痛和抑郁，虽然可用些药物，

但更多的是靠护士的工作来完成。护士应深知在床边花几分钟的时间与病人交谈的价值。护士和蔼可亲地“在病人身边”就是一种强有力的心理影响，它可以减轻病人的孤独感。

一个严重的瘫痪病人，有发生并发症的高度危险性。例如，压迫性褥疮，泌尿系和肠道的疾患，痉挛和挛缩都是比较常见的难题。精心的护理和有根据的预见常可预防这些并发症。大部分预防措施取决于护士的工作。

膀胱和直肠的问题是常见的、麻烦的而又需要特别注意的问题。为了尽量减轻病人的痛苦，要有效地处理好这些问题，医护人员要有敏锐的洞察力和纯熟的技术。然而，在终日繁忙的病房中，则很容易忽视病人的羞怯心情和私密心理状态。

目前已有许多工具和设备可帮助残疾人，其中有一些既复杂而又昂贵，虽然这些主要由理疗人员和专职医生负责，但护士也必须熟悉其中大部分设施。

在整个骨科工作中，特别是对瘫痪病人的处理，治疗与康复是不可分割的，医院治疗过程中不能将其看作为各自独立的阶段。医院治疗的范畴在不断扩大，护理专业人员必须学习有关理疗人员、职业治疗专家和社会工作者的工作。护理人员的工作与其他医务人员的工作往往相重叠，而没有明确的界线，在许多方面要进行广泛的合作。

作为护士应尽可能做到全面看待病人，这是对护理截瘫病人的要求之一，也是使护理获得效益的一个前提。由于护理工作不能间断，并使病人在良好的情况下出院，而且回家后继续变好。因此，这就需要全面了解病人及其家庭情况

等。

严重的瘫痪病人，往往要住院数月甚至数年。因此，变得习惯于服从“医院制度的限制”，积极性和兴趣减少，情绪变得淡漠甚至忧郁，讲话也少了，而且缺少自发能动性。可能对外表和整洁漠不关心，缺乏希望、计划和争取最后出院回家的心情。这种情况在老年病房中很多见，常被误认为是痴呆。此种情形虽然在老年病人发生较多，但比较年轻的病人也可见到。康复期较长的病人常可见这种比“呆滞”略轻的表现。发生这种情况的根本原因是缺乏应有的刺激以及不变的常规生活和自由活动范围过于狭窄所致。

众所周知，如能改进医院病房的活动环境，可以减少使病人变得“制度化”的倾向。接待一些使人振奋的来访者，以及可能的户外文娱活动，都能使病人得到鼓励，使病人感到自己确有活力。

而幸运的是，目前病房安排病人活动方面的缺陷已不象几十年前那样常见。病房气氛同样也是重要的，护士要培养出一种自觉的意识，即：尊重每个病人作为人的需要。鼓励、友谊、交谈能鼓舞病人看到远景和希望，这些都是治疗手段的一部分。

第一节 引起瘫痪的常见原因

一、外伤（脊椎损伤、刺伤和枪伤）

（一）颈椎伤

脊髓损伤引起四肢瘫或四肢麻痹。损伤平面常见于颈₆以下，其症状主要表现在三头肌、腕、手、指、躯干和下肢肌麻痹，呈痉挛性瘫痪。主要靠膈肌呼吸。上肢内侧、躯干和下肢感觉丧失。大小便不能控制及性功能丧失。

残废很严重的病人在日常生活中需要很多帮助。病人不能穿衣和从床上移到椅子上，不能握拳，但在帮助下能自己进食，还可借助轮椅车在光滑的地板上缓慢移动。个别病人能驾驶一种适合的车辆，有的病人还能坐着做某些工作。

（二）胸椎伤

由于损伤脊髓引起截瘫或下半身麻痹。胸₆以上损伤引起腹肌无力及下肢麻痹，呈痉挛性肌肉瘫痪。大小便失禁及性功能丧失；躯干下部和下肢感觉丧失。

残废严重，但病人有可能恢复到独立地进行日常活动，并能应用轮椅工作。

（三）胸腰或腰椎伤

因脊髓或马尾损伤而引起截瘫或偏瘫。腹肌尚有力，但下肢肌肉呈弛缓性麻痹。若腰₁损伤，常保留屈髋肌和内收肌肌力。大小便失禁，表现为松弛型膀胱伴性功能丧失；下

肢完全或部分感觉丧失。

残废严重，病人能在下肢支撑工具的辅助下行走，并可通过训练达到完全独立生活。

(四) 严重的头部伤

颅脑损伤可引起偏瘫或四肢瘫，可同时存在缺氧性脑损伤。

导致语言和智力的机能减低。癫痫发作是常见的表现，发作频繁，也可连续发作。智力恢复可延迟数月以上，或可有持久性精神障碍。

二、先天或早发性疾病

(一) 脊柱裂

根据地理和种族，其发病率不同（占出生婴儿的2~4%）。脊髓和椎管的先天畸形合并半身麻痹或截瘫，有些病例可有脑积水。其下部病变则是下肢呈松弛型瘫痪，而运动髋和膝关节的肌力仍可存在，但大小便失禁，性功能丧失。感觉丧失后常容易发生褥疮。脊柱畸形合并后凸或侧凸者，常见髋关节脱位。脑积水的病人可以有智力减退，有些病例则需做脑室-心房分流术。

残废严重，只有少数瘫痪病例能在支撑工具的帮助下训练行走。

(二) 脑性瘫痪

分娩前和分娩时造成上运动神经元的损伤。有些病例原因则不十分清楚。一般呈痉挛性的肢体无力，有时合并手足徐动-共济失调和扭动（Squirming movements）。瘫痪的

类型可能只是累及双下肢，偏瘫或四肢瘫；其程度则从轻度到很重。某些病例有智力障碍，偶尔有癫痫发作。

（三）肌营养不良

肌营养不良是一种遗传性肌肉疾患，其原因尚不明确，呈对称性肌肉无力，而无感觉障碍。

1. 假肥大型

该类型发生在婴幼儿，仅见于男孩。可见腓肠肌、臀肌、股四头肌和三角肌的假肥大（假性增生）。患儿步态蹒跚，从起床到站立均有困难。至青春期，病发越来越严重。

2. 肢带型

这种类型肌营养不良常在11~30岁间发病，最初累及肩部或骨盆带肌肉，呈慢性进行性病程，可长达20年或更长。

3. 面—肩—肱型

此型可在任何年龄发病，首先是颜面肌受累，然后发展到肩部肌群。本病发展甚慢，并不太影响寿命。

（四）家族遗传性共济失调

为遗传性疾病，伴有不明原因的变性，侵犯脑和脊髓；主要临床特点是共济失调。

1. 弗利德兰氏脊髓共济失调

常在少年或青春期发病。患者步态蹒跚，伴有手的意向性震颤及头颈的震颤，讲话时发音不清，可有智力减退，常合并畸形，如弓形足或脊柱后凸侧弯。此病的进展也很缓慢。

2. 小脑性共济失调

患者常在20岁以后发病。表现为步态蹒跚及手臂运动的共济失调，讲话不清和视神经萎缩均可发生。

三、炎症和感染性疾病

(一) 脊髓灰白质炎

系一种急性病毒感染，损害脊髓或脑干的运动神经元，导致弛缓性麻痹和肌萎缩。在发达国家，由于实行了公共免疫制度，目前极少见。无感觉丧失，很少累及膀胱和直肠。球型脊髓灰白质炎则侵犯喉肌和呼吸肌，因此，可能需要人工呼吸。

(二) 多发性硬化

本病的特点是脑和脊髓内的髓鞘组织的炎症和破坏，病变有间歇期，病灶呈弥散性分布。常在青年或中年发病。病因未明。为进行性病程，并伴有多次复发和缓解。常累及肢体肌肉、语言、视力和眼肌。常有震颤，痉挛状态和共济运动失调，感觉丧失比运动障碍相对轻些，病程后期影响膀胱和直肠功能。

(三) 横贯性脊髓炎

是脊髓的一种急性炎症和变性病，可发生在脊髓的任何平面。临床上发病突然，根据病变的不同平面可有截瘫或四肢瘫，伴有感觉丧失或轻瘫，并可有膀胱和直肠功能障碍。

(四) 脊髓硬脊膜外脓肿

由葡萄球菌引起的椎管内脓肿，使脊髓机能丧失和麻痹。在病变平面以下，背或颈部疼痛，经一段时间之间隔后可有运动和感觉的丧失。以椎板切除或脓肿引流术来治疗。

(五) 多发性神经炎（格林—巴利综合征）

此病由于神经根或周围神经的炎症或变性引起，原因不

明，可能由于多种病因所致。起病急，麻痹分布范围广，常侵犯所有肢体的肌肉，呼吸肌、咽肌、乃至面部肌肉。无感觉丧失。在经历时间不同的病程后，常可完全恢复。

（六）脊椎结核（波特氏截瘫）

本病虽然极少，但在发展中国家仍常见。脊椎的结核性脓肿可导致脊髓机能丧失和截瘫。经手术，休息和抗结核药物的治疗，愈后良好。

四、变性病

运动神经元疾病（进行性肌萎缩和肌萎缩侧索硬化症），是一种脑和脊髓的变性病，具有上、下运动神经元的退行性病变，其原因不明。常在25~40岁发病。开始可有手部小肌肉萎缩或下肢的痉挛无力。晚期发生舌和喉肌无力。肌肉束颤是常见的特征。麻痹的进展是严重的，常在发病后几年内死亡。

五、血管性病变

（一）卒中

包括脑出血、脑血栓形成、脑栓塞，一般称之为脑血管意外。一侧大脑半球的血管性病变侵犯内囊的皮质脊髓束，造成半身麻痹或偏瘫。优势半球（通常是左半球）的病变容易引起语言障碍和失语症。病变对侧上下肢可发生痉挛性偏瘫。发病早期有时影响视力和吞咽。病变的严重程度不同，小的卒中恢复良好。一般是臂比腿的恢复要缓慢。

(二) 脊髓的动脉病变

一般为松弛型截瘫，由于供养脊髓的动脉血栓形成所致。中年或老年患者，发病十分突然，常损害运动、感觉和括约肌的机能。

六、肿 瘤

(一) 脑脊膜瘤、神经纤维瘤、血管瘤

椎管内的这些病变均可引起截瘫或四肢瘫。

神经胶质瘤或室管膜瘤，脊髓内的这些病变也可引起截瘫或四肢瘫。

(二) 恶性和转移性肿瘤

脊柱的原发或复发的恶性肿瘤均可引起截瘫或四肢瘫。癌症，特别是支气管癌，是通过尚不完全明了的新陈代谢作用，引起神经系统的各种症状。可发生肌肉无力和萎缩，感觉障碍或小脑体征。

第二节 褥 疮

一、原 因

感觉丧失的病人，长期卧床或坐着而不变换体位则引起褥疮，尤以支持重量的骨突起部最容易发生，例如：坐骨、骶骨、股骨粗隆部、跟、踝和肩胛骨部位。无瘫痪的人不容易发

生褥疮，因为能经常的且常是无意识地变换体位，甚至在熟睡时也是这样。感觉正常的人，稍有不舒服就会活动。

毛细血管灌注压约为30毫米汞柱，是正常血压的1/4。在皮肤和皮下组织内，特别在骨突起部位，体重的压力超过毛细血管的压力，引起血流阻断和缺氧，压迫时间过长即可导致组织坏死（见图1）。



图1 褥疮

一位截瘫的矿工在家卧床3周，骶部出现深度褥疮

假如重力压迫进一步延长，坏死可发展到深层组织，侵害肌肉、筋膜和骨头。坏死组织可以发生感染，造成化脓性髌关节炎。当深部褥疮感染时，病人的全身状况也迅速恶化。由于渗出严重，会引起贫血和低蛋白血症。慢性深部褥疮可发生淀粉样变，危及病人的生命。