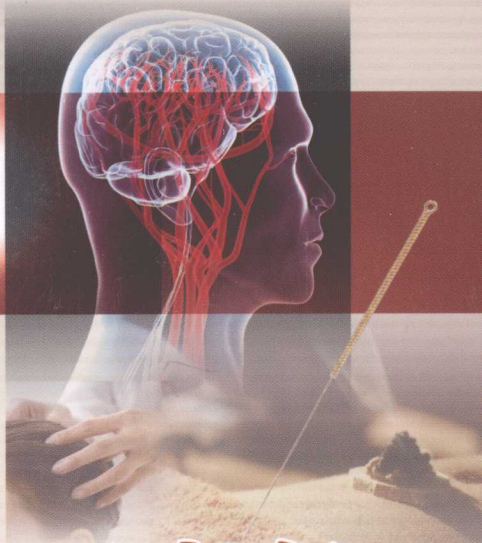




◎主编 彭淑芬



脑卒中中医康复 临床护理规范



NAOZUZHONG ZHONGYI
KANGFU LINCHUANG HULI GUIFAN

长江出版传媒
湖北科学技术出版社



◎主编 彭淑芬

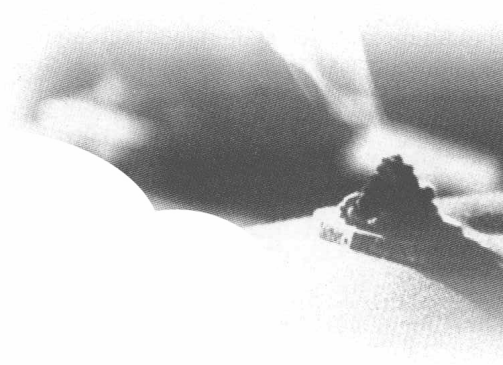
脑卒中中医康复



临床护理规范

NAOZUZHONG ZHONGYI

KANGFU LINCHUANG HULI GUIFAN



长江出版传媒

湖北科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

脑卒中中医康复临床护理规范 / 彭淑芬主编. --武汉:
湖北科学技术出版社, 2014.11
ISBN 978-7-5352-6370-4

I. ①脑… II. ①彭… III. ①脑血管疾病—护理
IV. ①R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 300694 号

责任编辑: 冯友仁

封面设计: 戴 旻

出版发行: 湖北科学技术出版社

电话: 027-87679447

地 址: 武汉市雄楚大街 268 号
(湖北出版文化城 B 座 13-14 层)

邮编: 430070

网 址: <http://www.hbstp.com.cn>

印 刷: 湖北睿智印务有限公司

邮编: 430011

880×1230 1/32

8.375 印张

200 千字

2014 年 11 月第 1 版

2014 年 11 月第 1 次印刷

定价: 25.00 元

本书如有印装质量问题 可找承印厂更换

《脑卒中中医康复临床护理规范》

编 委 会

主 编	彭淑芬			
副主编	刘 立	张玉青	胡亚丹	陈俊频
编 者	叶函青	潘德祥	胡锡元	蒋进枝
	王丽珍	吴金玉	章 君	宁 媛
	顾 晞	陈 芳	王进军	蒋 妍
	郑 毅	乐 丹	伍应芳	李 凌
	胡 芳	代 燕	钟 珍	王光英
	张玉玲			

前 言

脑卒中是我国常见病和多发病之一。据统计,脑卒中病残率为 85.6%,且其中 15%的病人日常生活不能自理。武汉市中医医院脑病科是国家重点专科建设单位,武汉市卫生局科研项目(武卫【2011】99 号)由项目负责人彭淑芬主持,项目编号为“Wz11z03”,项目名称为“脑卒中恢复期中医康复护理的规范化及运用”。为推广规范化脑卒中中医康复临床护理技术,降低脑卒中病残率,提高医疗护理质量及患者生活质量,我们编写了这本《脑卒中中医康复临床护理规范》一书。全书共有五篇,主要包括脑卒中运动护理、康复护理、饮食护理、康复技术及中医药特色康复技术等内容。

本书全部由长期工作在临床一线的专业护理人员,基于临床实际护理工作经验编写,从临床护理工作视角出发,对照文献及其他医院的经验方法,整理出一套科学合理、安全易行、简便易学、疗效可靠的中医康复护理规范。内容既注重理论性,又注重实用性;既注重传统操作,又注重新理论、新知识、新技术的应用。本书适合广大护理管理者、临床护理工作者和大中专院校护理专业师生阅读和参考。由于编写时间仓促及编者的个人经历与水平有限,书中存在的不妥及疏漏之处,敬请广大同仁、专家批评指正。

彭淑芬

2014 年 5 月

目 录

第一篇 运动护理	(1)
第一章 运动的时机	(1)
第二章 运动的方法	(2)
第一节 关节活动范围训练	(2)
第二节 关节松动技术	(7)
第三节 牵伸技术	(11)
第四节 肌力训练	(14)
第五节 步行训练	(18)
第六节 呼吸训练	(21)
第七节 平衡与协调训练	(26)
第八节 有氧训练	(30)
第三章 语言功能训练	(33)
第一节 失语症的评定	(33)
第二节 言语评定	(38)
第三节 治疗技术	(40)
第四章 吞咽障碍训练	(47)
第一节 吞咽功能评定	(47)
第二节 治疗技术	(49)

第二篇 康复护理

第五章 基础护理	(57)
第一节 口腔护理技术	(57)
第二节 雾化吸入技术	(59)
第三节 膀胱冲洗的护理	(61)
第四节 导尿技术	(63)
第五节 更换引流袋的护理	(68)
第六节 会阴护理	(70)
第七节 病人搬运法	(72)
第八节 卧床病人更换床单法	(76)
第九节 床上洗头法	(78)
第十节 床上擦浴法	(81)
第十一节 病人约束法	(84)
第十二节 翻身法	(85)
第十三节 叩背法	(88)
第十四节 压疮的预防及护理	(89)
第六章 专科护理	(92)
第一节 鼻饲技术	(92)
第二节 气管插管护理	(95)
第三节 气管切开护理	(101)
第四节 脑室引流管的护理	(103)
第五节 二便失调的护理	(104)
第七章 急救护理	(108)
第一节 心电监测技术	(108)
第二节 血氧饱和度监测技术	(110)

第三节	心肺复苏基本生命支持技术·····	(111)
第四节	氧气吸入技术·····	(114)
第五节	吸痰技术·····	(118)
第六节	呼吸机技术·····	(123)
第八章	心理护理·····	(129)
第一节	心理护理·····	(129)
第二节	中医心理护理·····	(132)

第三篇 饮食护理

第九章	常规膳食·····	(136)
第十章	治疗饮食·····	(141)
第十一章	辨证施膳·····	(144)

第四篇 康复技术

第十二章	作业评定·····	(151)
第一节	作业表现层次·····	(151)
第二节	作业构成层次·····	(159)
第三节	物理环境·····	(177)
第十三章	作业治疗·····	(181)
第一节	作业表现层次·····	(181)
第二节	作业构成层次·····	(189)
第三节	环境改造与辅助·····	(205)
第四节	矫形器制作与使用·····	(214)

第五篇 中医药特色康复技术

第十四章	针刺法·····	(216)
第一节	毫针法·····	(216)

第二节 水针法(穴位注射).....	(219)
第十五章 艾灸法.....	(222)
第十六章 拔火罐法.....	(225)
第十七章 穴位按摩法.....	(228)
第十八章 刮痧法.....	(230)
第十九章 中药熏洗法.....	(232)
第二十章 穴位贴敷法.....	(235)
第二十一章 中药酒浴疗法.....	(237)
第二十二章 中药辨证换药法	(239)
附 录.....	(242)
附录 1:常用穴位定位及主治	(242)
附录 2:日常生活活动(ADL)量表(Barthel 指数)	(251)
附录 3:武汉市中医医院脑病科中风病(脑梗死)	
急性期中医临床护理路径住院表单	(252)
附录 4:武汉市中医医院脑病科中风病(脑梗死)	
恢复期中医临床护理路径住院表单	(256)

第一篇 运动护理

第一章 运动的时机

中风偏瘫病人度过危险期后,就进入了康复锻炼阶段。这时,病人主要是通过一定方式的运动锻炼,促进瘫痪肢体的功能恢复,防止瘫痪肢体的挛缩,增进身体健康,预防并发症的发生,并使病人以积极的心态对待疾病,改善病人的精神状态。

主要采用的方式:被动运动和主动运动。

虽然医务人员提倡康复锻炼越早越好,但是中风偏瘫病人和家属往往还是对早期锻炼顾虑重重,特别是脑出血病人,更是担心早期活动会引起再出血。其实,康复锻炼引起再出血的概率很小。中风脑出血病人进行康复锻炼,只要动作不猛,血压平稳,就不会轻易引起再出血,而康复锻炼开始太晚会丧失预防后遗症和并发症的作用。

还有人认为,中风偏瘫病人的康复在半年以后就没有意义了,再锻炼病人的身体功能也不会更多地恢复了,这种想法也是错误的。很多病人在中风1年后,身体功能仍有改善,而且不坚持进行锻炼,已经恢复的功能往往会退步。

一些有高血压、冠心病等其他脏器病变的病人担心锻炼会引起血压波动和心脏病发作。其实,中风偏瘫的康复锻炼是循序渐进的,只要避免过度劳累和用力过度,一般不会有这些情况发生。

所以,我们提倡中风偏瘫病人一旦病情稳定,就可以进行锻炼,促进病体康复。

第二章 运动的方法

第一节 关节活动范围训练

利用各种方法以维持和恢复因组织粘连和肌肉痉挛等多因素引发的关节功能障碍的运动疗法技术,训练方法主要有三大类。

一、被动关节活动范围训练

(一)徒手训练

1. 定义 病人自身或在治疗师帮助下完成关节运动,以维持和增大关节活动范围的训练方法。

2. 适应证与禁忌证

(1)适应证:因力学因素所致软组织的挛缩与粘连、肌肉的疼痛与痉挛;神经性疾患所致的关节活动范围减小和受限;不能主动活动者如昏迷、完全卧床等。

(2)禁忌证:各种原因所致的关节不稳定、关节内未完全愈合的骨折、关节急性炎症、外伤所致的肿胀、骨关节结核和肿瘤等。

3. 设备与用具 不需要设备。

4. 操作步骤

(1)病人取舒适、放松体位,肢体充分放松。

(2)按病情确定运动顺序,由近端到远端(如肩到肘、髋到膝)的顺序有利于瘫痪肌的恢复;由远端到近端(如手到肘、足到膝)的顺序有利于促进肢体血液和淋巴回流。

(3)固定肢体近端,托住肢体远端,避免替代运动。

(4)动作缓慢、柔和、平稳、有节律,避免冲击性运动和暴力。

(5)操作在无痛范围内进行,活动范围逐渐增加,以免损伤。

(6)用于增大关节活动范围的被动运动可出现酸痛或轻微的疼痛,但可耐受,不应引起肌肉明显的反射性痉挛或训练后持续疼痛。

(7)从单关节开始,逐渐过渡到多关节;不仅有单方向,而且应有多方向的被动活动。

(8)病人感觉功能不正常时,应在有经验的治疗师指导下完成被动运动。

(9)每一动作重复 10~30 次,2~3 次/d。

5. 注意事项

(1)病人应在舒适体位下进行,并尽量放松,必要时脱去妨碍治疗的衣物或固定物。

(2)应在无痛或轻微疼痛、病人能忍受的范围内进行训练,避免使用暴力,以免发生组织损伤。

(3)感觉功能障碍者进行关节活动范围训练时,应在有经验的治疗师指导下进行。

(4)进行多个关节活动范围训练时,可按照从远端向近端的顺序,逐个关节或数个关节一起进行训练。

(5)关节活动训练中如配合药物、理疗等镇痛措施或热疗措施,可增加疗效。

(二)器械被动关节活动训练

1. 定义 利用专用器械使关节进行持续较长时间缓慢被动运动的训练方法。

2. 适应证与禁忌证

(1)适应证:四肢骨折切开复位内固定术后;关节成形术、人工关节置换术、关节韧带重建术后;滑膜切除术;各类关节炎、关节挛缩粘连松解术后等。

(2)禁忌证:正在愈合的组织和使用抗凝治疗时,不宜采用或谨慎使用。

3. 设备与用具 对不同关节进行持续被动运动训练,可选用各关节专用的持续被动运动训练器械,包括针对下肢、上肢、甚至手指等外周关节的专门训练设备。

4. 操作步骤

(1)开始训练的时间:可在术后即刻进行,即便手术部位敷料较厚,也应在术后 3 d 内开始。

(2)将要训练的肢体放置在训练器械的托架上,固定。

(3)开机,选择活动范围、运动速度和训练时间。

(4)关节活动范围:通常在术后即刻使用 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 的短弧范围训练;关节活动范围可根据病人的耐受程度每日渐增,直至最大关节活动范围。

(5)确定运动速度:开始时运动速度为每 1~2 min 一个运动周期。

(6)训练时间:根据不同的程序,使用的训练时间不同,每次训练 1~2h,也可连续训练更长时间,根据病人的耐受程度选定,1~3 次/d。

(7)训练中密切观察病人的反应及持续被动运动训练器械的运转情况。

(8)训练结束后关机,去除固定,将肢体从训练器械的托架上放下。

5. 注意事项

(1)术后伤口内如有引流管时,要注意运动时不要影响引流管。

(2)手术切口如与肢体长轴垂直,早期不宜采用器械被动关节活动训练,以免影响伤口愈合。

(3)训练中如同时使用抗凝治疗,应适当减少训练时间,以免出现局部血肿。

(4)训练程序的设定应根据外科手术方式、病人反应及身体

情况加以调整。

二、主动-助力关节活动训练

1. 定义 在外力辅助下,病人主动收缩肌肉完成的运动或动作。助力可由治疗师、病人健肢、器械、引力或水的浮力提供。这种运动常是由被动运动向主动运动过渡的形式,其目的是逐步增强肌力,建立协调动作模式。

2. 适应证与禁忌证

(1)适应证:肌力低于3级,能主动运动的病人;各种原因所致的关节粘连或肌张力增高造成关节活动受限,能进行主动运动的病人;用于改善心肺功能的有氧训练等。

(2)禁忌证:骨折内固定不稳定、关节脱位未复位、关节急性炎症、骨关节结核和肿瘤等。

3. 设备与用具 肩梯、体操棒、滑板、滑轮装置等。

4. 操作步骤

(1)由治疗师或病人健侧肢体徒手或通过棍棒、绳索和滑轮等装置帮助患肢主动运动,兼有主动运动和被动运动的特点。

(2)训练时,助力可提供平滑的运动;助力常加于运动的开始和终末,并随病情好转逐渐减少。

(3)训练中应以病人主动用力为主,并作最大努力;任何时间均只给予完成动作的最小助力,以免助力替代主动用力。

(4)关节的各方向依次进行运动。

(5)每一动作重复10~30次,2~3次/d。

5. 注意事项

(1)治疗师解释动作要领,使病人了解训练的作用和意义,双方密切合作。

(2)训练时,给予有力的语言鼓励,以增强训练效果。

(3)对于骨折未愈合病人,应给予充分的支持和保护。

(4)尽量选择适宜的助力,常加于运动的起始和终末,以鼓励病人主动用力为主,随治疗进展逐渐减少助力的帮助。

(5)训练强度由低到高,训练时间逐渐延长,训练频度逐渐增多,根据病人的疲劳程度调节运动量。

三、主动运动

1. 定义 病人主动用力收缩肌肉完成的关节运动或动作,以维持关节活动范围的训练。

2. 适应证与禁忌证

(1)适应证:肌力3级以上,能主动运动的病人;需要改善心肺、神经协调功能的病人等。

(2)禁忌证:骨折未完全愈合、关节急性炎症、关节脱位未复位、骨关节结核和肿瘤等病人。

3. 设备与用具 徒手、各种关节活动器具和设备。

4. 操作步骤

(1)根据病人情况选择进行单关节或多关节、单方向或多方向的运动;根据病情选择体位,如卧位、坐位、跪位、站位和悬挂位等。

(2)在康复医师或治疗师指导下由病人自行完成所需的关节活动;必要时,治疗师的手可置于病人需要辅助或指导的部位。

(3)关节的各方向依次进行运动。

(4)每一动作重复10~30次,2~3次/d。

5. 注意事项

(1)训练前向病人解释治疗的目的和动作要领,以获得病人的配合。

(2)对于骨折未愈合病人,应给予充分的支持和保护。

(3)主动活动时尽可能达到最大关节活动范围,用力至引起轻微疼痛为最大限度。必要时结合肌肉抗阻练习。

(4)训练中动作平缓、柔和、有节律地重复数次,尽可能达最大活动范围后维持数秒。

(5)神经系统疾病的病人进行主动运动时,早期以闭链主动

活动为主,恢复期后以开链和闭链运动交替进行训练。

第二节 关节松动技术

关节松动技术是指治疗者在病人关节活动允许范围内完成的手法操作技术,属于被动运动范畴。操作时常选择关节的生理运动和附属运动作为治疗手段。生理运动指关节在生理范围内完成的运动,如屈、伸、内收、外展、旋转等;附属运动指关节在自身及其周围组织允许范围内完成的运动,一般不能主动完成,需要由其他人帮助才能完成。

一、上肢关节松动技术

1. 定义 利用关节松动技术改善上肢关节活动的治疗方法。

2. 适应证与禁忌证

(1)适应证:力学因素(非神经疾患)引起的关节疼痛、肌肉紧张及痉挛、可逆性关节活动降低、进行性关节活动受限、功能性关节制动等。

(2)禁忌证:关节松弛或习惯性脱位、关节因外伤或疾病引起肿胀(渗出增加、关节的急性炎症、关节部位的恶性肿瘤或结核、未愈合的关节内骨折)。

3. 设备与用具 不需要设备。

4. 操作步骤

(1)病人体位:病人应处于舒适、放松、无痛的体位。治疗肩关节多取卧位,治疗肘、前臂、腕及手部关节多取坐位。

(2)治疗师体位:尽可能靠近接受治疗的关节,便于操作;尽量暴露所治疗的关节并使其放松,以达到关节最大范围的松动。

(3)治疗前评估:手法操作前,先评估拟治疗关节,找出存在的问题(疼痛、僵硬),根据问题主次,选择有针对性的手法。当疼痛和僵硬同时存在时,一般先用小级别手法(I、II级)缓解疼

痛后,再用大级别手法(Ⅲ、Ⅳ级)改善活动。

(4)关节松动技术手法分级

Ⅰ级:治疗者在关节活动允许范围内的起始端,小范围、节律性地来回推动关节。

Ⅱ级:治疗者在关节活动允许范围内,大范围、节律性地来回推动关节,但不接触关节活动的起始端和终末端。

Ⅲ级:治疗者在关节活动允许范围内,大范围、节律性地来回推动关节,每次均接触到关节活动的终末端,并能感觉到关节周围软组织的紧张。

Ⅳ级:治疗者在关节活动的终末端,小范围、节律性地来回推动关节,每次均接触到关节活动的终末端,并能感觉到关节周围软组织的紧张。

(5)肩关节松动术具体手法

1)附属运动:包括分离或长轴牵引,滑动(向头侧、向足侧、前后向、侧方滑动),旋转肩胛骨。

2)生理运动:包括前屈、后伸、外展、水平内收、摆动、旋转摆动等。

(6)肘关节松动术具体手法

1)附属运动:包括分离或长轴牵引、侧方滑动、前后向滑动、后前向滑动以及侧方滑动等。

2)生理运动:包括屈、伸、桡、尺近端关节与桡、尺远端关节的共同作用及旋转(旋前和旋后)等。

5. 注意事项

(1)治疗者须具备良好的解剖学、关节运动学、神经系统和运动系统疾患的病理学等医学基础知识,掌握适应证和基本操作手法,并与其他改善关节活动的技术如肌肉牵拉技术以及肌力训练技术结合使用,才能提高整体治疗效果。

(2)治疗中应不断询问病人的感觉,根据病人的反馈来调节手法强度。

(3)治疗后如有轻微的疼痛多为正常治疗反应,通常在4~