

常用康复护理技术述要

尹晓 杜蕾

河北省邢台市清河县人民医院, 河北 邢台 054800

摘要: 康复护理技术有两方面的内容, 即基本护理技术和康复专业护理技术。呼吸训练、放松训练、关节活动训练、膀胱训练、吞咽训练等目的是使患者最大限度恢复残疾的功能, 尽早的回归家庭回归社会。本文就常用康复护理技术进行综述。

关键词: 肢体功能; 康复护理; 护理技术

中图分类号: R47

文献标识码: A

文章编号: 1671-5675 (2016) 03-0252-01

康复护理技术有两方面的内容, 即基本护理技术和康复专业护理技术, 基本护理如饮食护理、皮肤护理、口腔护理等; 呼吸训练、放松训练、关节活动训练、膀胱训练、吞咽训练等目的是使患者最大限度恢复残疾的功能, 尽早的回归家庭回归社会。

1 膀胱护理

主要针对因神经损伤导致的膀胱尿道功能失调而实施的特殊护理, 神经源性膀胱功能失调主要表现为尿潴留和尿失禁, 护理的目的就是恢复排尿功能, 改善排尿症状, 减少残余尿, 预防泌尿系并发症。

1.1 留置导尿管

对于意识不清患者, 可留置导尿管持续导尿。持续导尿容易产生泌尿系感染, 所以应该严格遵守无菌操作原则, 保持尿管通畅, 及时清除尿液, 每日尿道口护理。定时更换导尿管。

1.2 间歇导尿

对病情稳定、无泌尿系感染患者可以实施间歇的导尿, 每日饮水量不超过2000毫升, 如果2次导尿期间可以自排尿100毫升以上, 残余尿300毫升以上, 6小时导尿一次; 如果自排200毫升以上, 残余尿200毫升, 8小时导尿一次, 残余尿100-200毫升时, 每日导尿1-2次, 当残余尿少于100毫升可以停止导尿。

1.3 尿意习惯训练

就是帮助患者形成规律排尿的习惯, 晨起、睡前或餐前鼓励患者排尿, 白天3小时排尿一次, 夜间2次。

1.4 手法训练

自主收缩舒张会阴及肛门括约肌。每次收缩坚持10秒, 重复做10次, 一天3次。轻轻敲打耻骨上区, 牵拉阴毛, 摩擦大腿内侧, 捏掐腹股沟, 听流水声等促进排尿。可以使用屏气法, 收缩腹肌从而增加膀胱及骨盆底部的压力, 促使尿液排出。手压法, 双手拇指置于髂嵴处, 其余手指放在下腹部膀胱区, 用力向盆腔压迫, 帮助排尿。保持皮肤清洁干燥, 及时用温水清洗会阴部, 勤换被褥, 防止感染和皮肤破损并发疮。

2 肠道护理

对于有腹泻的患者, 要注意保护肛门周围皮肤, 保持皮肤清洁干燥, 必要时肛门周围涂软膏保护皮肤, 避免破损感染, 并注意骶尾骨部皮肤变化。神经损伤病人卧床时间长, 缺乏活动的患者, 可因肌肉张力减退而导致排便困难

3 放松训练

可以使患者肌肉放松, 以减轻或消除紧张和焦虑情绪, 让患者处于休息、轻松状态, 有利于患者的全面康复^[1]。卧位、坐位、站位均可, 选择清静的环境, 采取自然放松的姿势, 放松全身肌肉。也可以头脑中想象一副宁静的图画或景色进行放松训练。专家提示: 各种松弛肌肉法都能降低耗氧量和血压, 减慢呼吸速度, 减少心率和肌肉紧张。

4 呼吸训练

改善因慢性肺部疾患、肋间肌膈肌瘫痪导致的咳嗽功能下降, 排痰能力下降, 呼吸功能障碍。一般采用吹哨式呼吸: 深吸, 呼气时口唇缩成吹哨状, 使气流缓慢的呼出, 增加呼吸阻力, 使支气管内压增高, 锻炼呼吸肌肉, 恢复有效的呼吸功能。

5 体位排痰的护理

病变部位放在高处, 借助重力作用使支气管内分泌物流向引流支气管开口处, 而被咳出。痰多的患者最好每天引流3-4次, 痰少的上午下午各一次, 在饭前进行。每次一个部位时间不超过10分钟。

6 肌力训练^[2]

进行肌力训练, 能有效地恢复肌肉的功能和增强肌肉的力量, 还可以保护关节、支撑脊柱和防止继发性损伤。

6.1 被动运动训练

0-1级, 病后3-4天病情较稳定, 患肢所有的关节都应做到全范围的关节被动运动, 以防关节挛缩, 每日2-3次, 活动顺序从大关节到小关节循序渐进, 直到主动运动恢复。被动运动的同时应该给予按摩, 对患肢进行按摩可以促进血液、淋巴回流, 防止和减轻水肿。

6.2 助力运动训练

1-2级, 在肌肉收缩的同时给予外力的帮助, 使其能够完成较大范围的肌肉和关节活动。如: 翻身训练、桥式运动

6.3 主动运动训练

2-3级, 患者运动时不需要助力, 也不用克服外来阻力, 鼓励患者主动用力来进行训练, 对肌肉、关节和神经系统功能恢复作用明显。

6.4 抗阻力运动

4-5级, 接近于正常肌力, 可以利用器械如哑铃、沙袋、拉力器等, 促进肌纤维增粗, 肌力增强, 对恢复肌肉的形态和功能有良好的疗效。

6.5 精细运动

主要是改善手功能训练, 通过打字、达积木、拧螺丝、拾小钢珠等让患者反复进行放开、抓物和取物训练。加强和提高患者手的综合能力。

7 移动训练

7.1 翻身

向健侧翻身, 向患侧翻身。

7.2 桥式运动

预防患者今后行走时出现偏瘫步态十分重要。

7.3 坐位耐力训练

对部分长期卧床患者为避免其坐起引起体位性低血压, 首先应进行坐位耐力训练, 先从半坐位(30°)开始, 如果能坚持30分钟并且没有明显体位性低血压, 可以逐渐增大角度(45°、60°、90°), 如患者能在90°坐位坐30分钟, 可进行床边坐起训练。

7.4 平衡训练

包括静态平衡为一级平衡, 自动动态平衡为二级平衡, 他动态平衡为三级平衡: ①坐位左右平衡训练: 护士与患侧, 一手放患者腋下, 一手放在其健侧腰部。嘱其头部保持正直, 将重心移向患侧, 在逐渐将重心移向健侧, 反复进行。②坐位前后平衡训练: 在护士的协助下身体向前或后倾斜, 然后慢慢恢复中立位, 反复训练。完成一级后进行二级训练就是要求患者躯干能做前后左右上下各方向不同摆幅的摆动运动最后进行他动态平衡训练, 即在他人一定的外力推动下仍能保持平衡。③坐到站起平衡训练: 指导患者双手交叉, 让患者屈髋、身体前倾, 重心移至双腿, 然后做抬臀站起动作。④站立平衡训练: 扶站、平衡杠内站立、独立站立及单足交替站立的三级平衡训练。

7.5 步行训练

患腿向前迈步时, 躯干伸直健手扶栏杆, 重心移至健腿, 护士扶住其骨盆, 帮助患腿骨盆向前下方运动, 防止患腿在迈步时外旋, 健腿迈步时, 护士一手放在患腿膝部, 防止健腿迈腿时患腿膝关节突然屈曲, 另一只手放在放置于患腿骨盆处, 以防其后缩, 随着负重能力的提高, 健腿可适当超过患腿。

7.6 上下楼梯训练 原则是健足先上, 伸直健腿, 把患腿提到同一台阶; 下楼时患足先下, 健足跟着迈下到同一台阶, 步态稳定后, 指导患者用双手扶楼梯栏杆独自上下楼梯。

8 讨论

偏瘫早期的康复治疗中, 正确体位能预防和减轻偏瘫典型的屈肌或伸肌痉挛模式的出现和发展, 如上肢屈曲并肩胛带后缩, 下肢伸展伴髋关节外旋。因此, 在床上肢体宜置于抗痉挛体位(良肢位)。脑卒中病人应以侧卧位为主。必须采取仰卧位时, 患臂应放在体旁的枕上, 肩关节前伸, 保持伸肘, 腕背伸, 手指伸展, 患侧臀部和大腿下放置支撑枕, 使骨盆前伸, 防止患腿外旋, 膝下可置一小枕, 使膝关节微屈, 足底避免接触任何支撑物, 以免足底感受器受刺激, 通过阳性支撑反射加重足下垂。应避免半卧位, 因该体位的躯干屈曲和下肢伸直姿势直接强化了痉挛模式^[3]。

参考文献

- [1] 白兰红. 住院患者的心理护理[J]. 健康世界, 2014, 22(5): 191-192.
- [2] 李爱然. 渐进性肌肉放松训练对肛周疾病患者术后的影响[J]. 临床合理用药, 2010, 3(1): 79.
- [3] 陈桂芬. 雾化吸入沐舒坦在胸外科术后肺部并发症的应用及护理[J]. 海峡药学, 2012, 24(11): 237-238.