

项目四 康复护理基本技术

一、体位与体位转换训练

学习目标

- 1、掌握体位转换的概念。
- 2、熟悉体位转换的常用方法及步骤。

一、概述

临床上体位通常是根据治疗、护理和康复的需要所采取并能保持的身体姿势和位置。常用的体位包括：仰卧位、侧卧位、半卧位、坐位、俯卧位、膝胸卧位、截石位、头低足高位和头高足低位等，其中康复护理最常用的是前 5 种体位。康复治疗时，在针对疾病的特点选取不同的体位，如脑卒中等上运动神经无损伤的患者，所采取对抗痉挛模式的体位，可有助于防止或减轻痉挛；烧伤后采取抗挛缩的功能体位可减轻因畸形而造成的日常生活活动障碍。

体位转移是指通过一定的方式改变身体的姿势或位置，包括床上转换、卧坐转换和坐站转换。定期的体位转移，可促进血液循环，预防因静止卧床而引起的坠积性肺炎、压疮、肌肉萎缩、关节挛缩和深静脉血栓等并发症发生，最大限度的保持各关节活动范围。另外，根据康复训练的要求，需要有体位转移的配合，才能实现康复训练目的，因此，体位转移对于保障康复和促进康复效果具有极其重要的意义。

二、体位转换的方式

根据体位转换完成过程中患者主动用力程度及辅助者的帮助程度，可将体位转移分为被动体位转换、助动体位转换和主动体位转换三种：

1. 被动体位转换 指完全依赖康复人员或患者家属外力搬动并利用支撑物保持身体的姿势和位置。
2. 助动体位转换 指在外力不同程度地协助下，通过患者主动努力而完成转变的动作并保持身体的姿势和位置。
3. 主动体位转换 指患者不需任何外力帮助，可通过自己的能力随意转移并保持身体的姿势和位置。

三、体位转换训练

体位转换的方法包括翻身法、从卧位到坐位、从坐位到站位及从轮椅到床等转换方法。

由于患者体重及病情不同,可以采取主动转换法、协助转换法等。

(一) 良肢位的摆放

各种原因导致的肢体瘫痪性疾病的早期,因为生命体征不稳定或制动等原因,患者需要卧床休息,为了防止相关并发症的出现,应注意正确摆放患者的体位,简称良肢位的摆放,并且每隔 1~2 小时要变换体位最少一次。

1、脊髓损伤患者的良肢位摆放

(1) 仰卧位 头下放置薄枕,将头两侧固定,肩胛、上肢、膝和踝下垫枕,用毛巾卷将腕关节保持在 40° 背伸位。

(2) 侧卧位 上侧的肢体保持伸展位、下肢屈曲位,肢体下均垫长枕。背后用长枕等靠住,以保持侧卧位。

2、偏瘫患者的良肢位摆放

(1) 仰卧位 头下垫枕头,稍偏向健侧,面部朝向患侧,枕头高度适中,胸椎保持直线。患侧臀部下方垫枕使患侧骨盆向前突,防止髋关节屈曲、外旋。患侧肩关节下方垫小枕头使肩胛骨向前突。上肢肘关节伸展,置于枕头上;腕关节背伸,掌心向上,手指伸展。下肢大腿及小腿中部外侧各放一砂袋防止髋关节外展、外旋,腘窝处垫小枕头以防止膝关节过度伸展。足下放置一软枕,使踝背屈 90° ,以防足下垂。仰卧位受颈紧张反射和迷路反射的影响,异常反射活动最强,且易引起骶尾部、足跟外侧或外踝部发生压疮,注意尽量减少仰卧位的时间。

(2) 患侧卧位 患侧在下,健侧在上。患侧肩胛带向前伸、肩关节屈曲、肘关节伸展、腕关节背伸、手指伸展。患侧下肢伸展,膝关节轻度屈曲。健侧下肢髋、膝关节屈曲,在其下方垫一枕头防止压迫患侧下肢。背部挤放枕头,躯干可依靠其上,取放松体位。该体位可以增加患侧感觉刺激输入,牵拉整个偏瘫侧肢体使患侧肢体被拉长,有助于防治痉挛,且健手可以自由活动,故患侧卧位是最有治疗意义的体位。

(3) 健侧卧位 是最舒适的体位。健侧在下,患侧在上,患侧上肢向前方伸出,下垫软枕,肩关节屈曲约 90° ,肘关节伸展,前臂旋前,腕关节背伸,指关节伸展,健侧上肢可以自由摆放。患侧下肢髋、膝关节屈曲,置于枕上。注意患足与小腿尽量保持垂直位,避免足悬在枕头边缘造成足内翻。健侧下肢髋关节伸展,膝关节轻度屈曲,背后挤放枕头,使躯干呈放松状态。

(二) 翻身法

作为自理生活的第一步,患者利用残存的肢体能力带动瘫痪肢体,在辅助下或独立地进

行翻身训练。

1、脊髓损伤患者的翻身

以 C6 为例：

(1) 全辅助下翻身 将床单卷起，至患者的体侧，一人固定患者头部；听口令一起将患者移向一侧，将翻向侧上肢外展；听口令一起将患者翻向一侧，在背后、头、双上肢和下肢间垫上枕头。

(2) 独立翻身 双上肢向身体两侧用力的摆动，头转向翻身侧；同时双上肢用力甩向翻身侧，带动躯干旋转而翻身；位于上方的上肢用力前伸，完成翻身动作。

2、偏瘫患者的翻身

(1) 主动转换法 向健侧翻身训练方法如下：健侧足置于患足下方；患者双手交叉，双侧上肢向头的上方上举（肩关节屈曲约 90° ）；双侧上肢肘关节伸展，在头的上方做水平摆动；双上肢向健侧摆动的同时，利用惯性将躯干上部向健侧旋转；康复护士可协助骨盆旋转完成翻身动作。

(2) 一人协助患者翻身法 患者仰卧位，双手交叉相握于胸前上举或放于腹部，双膝屈曲，双足支撑于床面上；护理人员站在病床一侧，先将患者两下肢移向近侧床缘，再移患者肩部，然后一手扶托肩部，一手扶托髋部，轻推患者转向对侧。如果在此卧位下进一步翻转，则可成为俯卧位；整理床铺，使患者舒适并维持功能位。

(3) 两人协助患者翻身法 患者仰卧，双手置于腹上或身体两侧；护士站在床的同侧，一人托住患者颈肩部和腰部，另一人托住患者臀部和腘窝后，两人同时抬起患者移向自己，然后分别扶住肩、腰、臀、膝部，轻推患者转向对侧；整理床铺，使患者舒适并维持功能位。

(三) 从卧位到坐位转换法

1、脊髓损伤患者从卧位到坐位转换法：

(1) 从仰卧位到长坐位 患者仰卧位，双上肢置于身体两侧，肘关节屈曲支撑于床面上；护理人员站于患者侧前方，以双手扶托患者双肩并向上牵拉；指导患者利用双肘的支撑抬起上部躯干后，逐渐改用双手支撑身体而坐起；整理床铺，使患者保持坐位舒适。

(2) 从长坐位到仰卧位 患者长坐位，从双手掌支撑于床面开始，逐渐改用双侧肘关节支撑身体，使身体缓慢向后倾倒；护理人员用双手扶持患者双肩以保持倾倒速度，缓慢完成从长坐位到仰卧位的转换；整理床铺，使患者舒适并保持功能位。

2、偏瘫患者从卧位到坐位转换法：

(1) 从仰卧位到床边坐位 患者仰卧，将患侧上肢放于腹上，健足放于患侧足下；护

理人员位于患者健侧，双手扶于患者双肩，缓慢帮助患者向健侧转身，并向上牵拉患者双肩；患者同时屈健肘支撑抬起上部躯干，随着患者躯体上部被上拉的同时患者伸健肘，用手撑床面，健足带动患足一并移向床沿，两足平放于地面；整理呈功能位。

(2) 从床边坐位到仰卧位 患者端坐于床沿，健侧上肢握住患侧上肢于腹部，健侧腿放于患侧腿下，呈交叉状；护理人员位于患者前方，双手扶住患者双肩，缓慢让患者向健侧倾斜；患者健侧上肢屈肘，支撑身体的同时，健侧腿带动患侧腿上抬，护理人员一手协助将患者双下肢移至床上，另一只手仍扶住患者控制身体继续向后倾，自腰部向上至头部依次慢慢放于床、枕上；整理床铺，使患者舒适并保持功能位。

(四) 从坐位到站位转换法

1、脊髓损伤患者站起训练

(1) 四肢瘫患者的辅助站起 辅助者用手托住患者的臀部，患者用双上肢勾住辅助者的颈部；辅助者用双膝固定患者的双膝，辅助者重心后移站起时将患者臀部向前上方托起在，辅助者抱住患者臀部，使其保持立位。

(2) 截瘫患者配戴矫形器站起 位于轮椅前部，将躯干尽量前屈，双手握杠；双手同时用力，将身体拉起，臀部向前，将髋关节处于伸展位，保持站立。

2、偏瘫患者站起训练

(1) 辅助站起 患者端坐呈功能位，双足着地，力量较强的足在后，躯干前倾；护理人员面向患者站立，两足分开与肩同宽，用双膝夹紧患者双膝外侧以固定，双手扶托其双髋或拉住患者腰带，将患者向前向上拉起；患者双臂抱住操作者颈部或双手放在操作者肩胛部，与护理人员一起向前向上用力，完成抬臀、伸腿至站立；调整患者重心，使双下肢直立承重，维持站立平衡。

(2) 独立站起 双足着地，双手交叉，双上肢充分伸展，身体前倾；当双肩向前超过双膝位置时，立即起臀，伸展膝关节，站起。

四、体位转换的注意事项

1、要根据康复治疗的需要和病情的允许，以不妨碍临床救治为前提，选择适当的体位及转换的方式、方法和间隔时间，一般每 2 小时体位转换一次。

2、应向患者及家属说明体位转换的目的和要求，取得其理解和积极的配合。

3、动作要协调、轻稳；不可拖拉，并鼓励患者尽可能发挥自己的残存能力，同时给予必要的协助和指导。对使用导尿管和引流管的患者，为防脱落，应先固定好导管，并注意保持导管通畅。

4、应注意仔细观察患者全身皮肤情况，有无出血点或斑块，局部皮肤有压痛或破溃，以及肢体血液循环情况等，发现异常及时处理。

5、要确保患者体位舒适、安全，并保持肢体的功能位。必要时使用软枕、棉被、海绵垫等支撑。

小结

体位是指人的身体姿势和位置。体位变换是指通过一定的方式 改变身体的姿势或位置。体位转换的方式主要有主动变换和被动变换。临床常用的体位包括：仰卧位、侧卧位、半卧位、坐位、俯卧位等，针对疾病的特点选取不同的体位进行康复治疗是保证康复疗效的关键之一。

能力检测

- 1、简述体位转换的概念及原则。
- 2、简述体位转换的常用方法及步骤。

二、日常生活活动能力训练

学习目标

- 1、熟悉日常生活活动能力的概念及分类。
- 2、熟悉日常生活活动能力的评定方法与步骤。

一、概述

（一）概念

日常生活活动，狭义的指人类为了独立生活而每天必须反复进行的最基本的、最具有共同性的动作群，即衣、食、住、行人卫生等基本的动作与技巧；广义上还包括与他人的交往，以及在社区内乃至更高层次的社会活动。训练目的在于提高患者的生活自理能力，为重返社会创造必要条件。训练前，首先进行日常生活活动能力评定，并根据评定结果制定出合适的训练计划。

（二）ADL 训练的原则

- 1、根据评定结果制定简单、切实可行的训练计划。
- 2、设计的活动难度应比患者的能力稍高，并针对患者的生活习惯、活动表现及学习态度灵活应用。
- 3、在训练过程中，要遵循反复实践的原则。
- 4、训练应与实际生活相结合，要督促和指导患者将训练内容应用于日常生活活动中。
- 5、鼓励患者尽量自己主动完成所有的训练步骤，必要时才给予协助。
- 6、家庭成员共同参与训练过程。
- 7、配合其他治疗性锻炼和活动，促进体能和运动的协调性，增强活动的技巧性。
- 8、必要时可应用自助具。

（三）ADL 训练的注意事项

- 1、训练前做好各项准备。如帮助患者排空大小便；固定好各种导管等。
- 2、按医嘱进行，循序渐进，安全第一。
- 3、要有耐心。
- 4、训练后要注意观察患者精神状态和身体状况，如是否过度疲劳，有无身体不适，以便及时给予必要的处理。
- 5、适当选用辅助用具常

6、必要时需对环境条件做适当的调整。

二、常用日常生活活动能力训练

（一）进食训练

进食活动包括饮水，吃固体或半固体食物等。训练患者尽可能独立完成进食首先应找出影响进食的问题，然后根据问题制定护理措施。进食训练主要有以下几个方面：

1、口腔颌面部关节活动受限、口周围肌群肌力低下、协调性障碍等原因造成吞咽困难、呛水和呛食者：要端正患者头、颈及身体的位置以利于吞咽；改变食品的硬度或黏稠度；借助于设备帮助维持进食的正确体位。

2、上肢关节活动受限、肌力低下、协调障碍等原因造成手不能到达嘴边，不能将食物送到口中；不能拿起并把握住餐具、食品及各种饮料杯、罐者：用健侧上肢辅助患侧上肢送食品入口；或使用抗重力的上肢支持设备，如用悬吊带辅助患者移动上肢将食物送到口中；将肘关节放置在较高的台面上以利于手到达嘴边和送食品至口中；用勺、叉代替筷子；肩肘关节活动受限者可将勺、刀、叉手柄加长或成角；握力减弱者可将手柄加粗或使用多功能固定带；协调障碍者使用较重的餐具时用双手拿杯子，使用杯盖有饮水孔的杯子，或用吸管喝水；不能单手固定餐具或食物者可使用防滑垫来固定碗或盘子；使用盘挡防止食物被推到盘子以外。

3、注意事项 进食时椅子的高度要适宜，患者身体要尽量接近餐桌，保持腰直立，双足着地，髋、膝、踝关节 $\leq 90^{\circ}$ ；使用健手进食时患手不可垂于体侧，要放在桌子上并尽量向前伸直；要鼓励患者使用双手进食，当患手有一定功能后应鼓励尽量使用患手进食。

（二）更衣训练

更衣是日常生活活动不可缺少的动作。训练患者穿衣时，先穿患侧；脱衣时，先脱健侧。如患者关节活动范围受限、穿脱普通衣服困难时，需设计宽大的、前开襟等特别服装。手指协调性差，不能系、解衣带或纽扣时，可使用系扣器、按扣、拉链、松紧带或尼龙搭扣等。以偏瘫患者更衣的方法为例：

1. 穿脱前开襟上衣

（1）穿衣的方法：取坐位，将上衣内面朝上，衣领朝前平铺在双膝上，患侧衣袖垂于双腿之间；用健手抓住衣领和对侧肩部，将患侧上肢穿入衣袖并将领口部分拉至肩部；用健手沿衣领将衣服从颈后绕过并拉至健侧肩部，然后健手穿入另一只衣袖；用健手整理衣服，系扣或拉拉链。

（2）脱衣的方法：先将患侧衣服自肩部脱至肘部以下；再将健侧衣服自肩部脱下；用健

手脱下患侧衣服。

2. 穿脱套头上衣

(1)穿衣的方法：取坐位，健手将衣服背面朝上、衣领朝前平铺在双膝上，将患侧手臂伸入同侧衣袖内，用健手将袖子拉至肘关节以上，健侧手臂穿入另一只衣袖中，将健手伸出袖口，并用健手把衣袖尽量拉向患侧肩部，用健手抓住套头上衣背面并套过领口伸出头部；用健手整理衣服。

(2)脱衣的方法：用健手抓住衣服后领口向上拉，在背部从头脱出，脱出健手，然后再脱出患手。

3. 穿脱裤子

(1)卧床患者穿脱裤子方法：患者坐起。取长坐位，将患腿放在健腿上，用健手穿上患侧裤腿并拉至膝部以上，健侧下肢穿入另一侧裤腿，躺下，做桥式动作把裤子上提至腰部，整理腰带。脱裤子的步骤与穿时相反。

(2)坐位穿脱裤子方法：患者取坐位，健手放于患腿腘窝处并将患腿抬起放在健腿上，用健手把患侧裤腿穿上，将裤拉至膝关节以上，放下患腿，再把健腿穿过另一侧裤腿，站起，用健手把裤子提到腰部，坐下，系扣子或拉拉链，系腰带，整理。脱裤子时先用健手解腰带及拉开拉链，然后站起，裤子自然落下。

4. 穿脱鞋、袜

(1)穿袜子的方法：患者取坐位，健手放于患腿腘窝处并将患腿抬起放在健腿上，健手伸入袜口并张开，身体前倾，把袜子套在脚上，放下患腿，用同样的方法穿好健侧。脱袜子的步骤与穿时相反。必要时可用穿袜自助具辅助穿脱。

(2)穿脱鞋的方法：建议穿松紧口鞋或有尼龙搭扣的鞋，避免穿高帮鞋或靴子。穿脱鞋的方法参考穿袜子的方法。必要时可用长柄鞋拔辅助穿脱。

5. 穿脱胸罩

(1)建议选择前面开口的胸罩，开口处可用尼龙搭扣代替挂钩。

(2)后面开口的胸罩可以把挂钩改为松紧带，按穿套头衫的方法穿脱。

(3)在双臂穿过肩带前先将胸罩的后面转到胸前系好，然后再转回后面穿好肩带。

6. 注意事项

(1)穿脱衣服以省力、不出现过度用力和联合反应为宜。

(2)训练程序中包括穿衣前准备衣服以及脱下后把衣服放好。

(3)对有认知障碍，如穿衣失用者可在衣服上缝上标记或序号。

(4) 要选择稳定性好的坐椅，平衡功能差者应选择在床边或床上完成。

(5) 在穿袜子及鞋时应避免因发生联合反应而加重痉挛，套袜子时要注意提醒患者把患侧肩和臂向前伸并伸直肘关节。必要时可以选用穿袜自助具。

(三) 修饰训练

修饰活动包括刷牙、洗手、洗脸、梳头、剃须、剪指甲等活动。需给予一定的护理支持和必要能自助具协助修饰活动的完成。

1. 刷牙

(1) 一侧上肢或身体障碍者可用嘴打开盖子或把牙膏夹在两腿之间用健手打开盖子。

(2) 用健手完成刷牙动作。

(3) 手抓握功能障碍者可进行手柄的改造，如加粗牙刷把。

(4) 上肢和颈部关节活动受限者可进行牙刷手柄加长或成角的改造。

(5) 一侧上肢或身体障碍者可以把牙刷固定在水池边，用于刷假牙。

2. 洗脸、洗手

(1) 患者取坐位，洗手池中放满水，用健手放水并试水温，将患侧上肢放入洗手池内，用健手清洗面部及患侧上肢。

(2) 洗健侧时，将肥皂涂于毛巾表面，铺在池边，利用健侧上肢的运动来清洗。

(3) 擦干健侧上肢时，将毛巾放在健腿上，利用健侧上肢及躯干的屈伸将健侧上肢擦干。其他部位用健手擦干。

(4) 可将毛巾套在水龙头上，用健手拧干。

(5) 注意洗手池的高度是否和轮椅的高度相当。

3. 洗澡

(1) 盆浴时，患者坐在紧靠浴盆的轮椅或椅子上，用双手托住患腿放入盆内，再用健手握住盆沿，健腿撑起身体前倾，抬起臀部移至盆内，再把健腿放入盆内。

(2) 洗涤时，用健手持毛巾擦洗或将毛巾一端缝上布套，套于患臂上协助擦洗，也可借用长柄的海绵浴刷擦洗背部和身体的远端。

(3) 拧干毛巾时，将其压在腿下或夹在患侧腋下，用健手拧干。

(4) 洗毕，出浴盆顺序与前面步骤相反。

(5) 淋浴时，患者可坐在淋浴凳或椅子上，洗澡较容易进行。

(6) 浴室温度一般在 $24^{\circ}\text{C} \pm 2^{\circ}\text{C}$ ，水温在 $40 \sim 45^{\circ}\text{C}$ 。

(7) 患者出入浴室应穿防滑拖鞋，洗澡时间不宜过长，以免发生意外。

(8) 注意观察患者体温、脉搏、血压等全身情况，如有异常及时处理。

4. 剪指甲

偏瘫患者剪健侧指甲时需要对指甲刀进行改造。可将大号指甲刀固定在基座上，把刀柄加长、加宽。把改造的指甲刀放在桌面，用患手按下刀柄来剪健侧指甲即可。

(四) 如厕训练

如厕障碍给患者身心带来极大的不安，使之产生畏难情绪。因此，对患者进行如厕功能训练对提高患者生活质量，回归社会具有重要的意义。在让患者独立如厕前，需对患者进行坐位、站立平衡及体位转移训练，对下蹲、起立困难者，需对厕所进行改进，安装扶手，并放置防滑垫。

1、上肢关节活动受限、截肢或手指感觉缺失者可使用安装在坐便器上的自动冲洗器清洁。

2、一侧身体障碍者上厕所前后穿、脱裤子的方法与前述相同。

3、肌力弱或协调性差者，在如厕和清洁时利用扶手保持稳定。

4、抓握功能差者，清洁时可将卫生纸缠绕在手上使用。

5、夜间在床旁放置便器以免去厕所之不便。二便失禁者使用尿裤或床垫。

6、采用压迫膀胱、一次性导尿、留置尿管或间歇导尿等方法进行排尿功能训练。

7、排便功能训练可采取手法按摩腹部促进肠蠕动而排便。

(五) 家务劳动

当患者运动功能、协调功能、认知功能等恢复得较好时，可以根据患者的具体情况对其进行家务劳动训练。如铺床、打扫卫生、室内布置、洗熨衣服等清洁卫生工作；洗菜、切菜、烹调、餐桌布置和洗涤餐具等烹饪炊事；选购物品、钱财管理等财务管理工作等系列家务劳动时，必须注意安全，不要登高，避免烫伤和电伤，必要时使用自助具。

小结

日常生活活动能力反映了人们在家庭和社区中的最基本的能力，因此在康复医学中是重要而又基本的内容。日常生活活动能力是人在童年期开始学习并逐步获得，并随着实践而发展，最终趋于完善。广义的日常生活活动可分为自身照顾活动和生活关联活动两部分。自身照顾活动的内容主要包括床上活动、进食、清洁整容、穿脱衣服、入厕和入浴等最基本的自理活动。生活关联活动是指与日常生活相关联的应用活动，如家务劳动、外出活动等。家务

劳动包括炊事、洗涤和清扫等。外出活动包括交通工具使用、公共建筑出入等。

能力检测

- 1、简述日常生活活动能力的分类及影响因素。
- 2、简述日常生活活动能力的评定方法及步骤。

三、呼吸训练

一、呼吸训练评定

(一) 日常生活能力评定

通常采用六级制。0级:虽存在不同程度的肺气肿,但活动如常人,活动不受限,无气短;1级:一般性劳动气短;2级:较快行走、上下楼、上坡气短;3级:慢走不到百步气短;4级:讲话、穿衣等轻微活动气短;5级:安静时气短,不能平卧。

(二) 呼吸功能检查评定

第一秒用力呼气量(FEV₁)指尽力吸气后尽最大努力快速呼气,第一秒所能呼出的气体容量,其占用力肺活量百分比(FEV₁/FVC)与慢性阻塞性肺疾病(COPD)严重程度及预后有很好的相关性。

二、呼吸训练方法

(一)腹式呼吸法

1. 患者取坐位或卧位(初学时取半卧位或前倾位易于掌握),两膝半屈式,膝下垫小枕。
2. 一手置胸骨底部感觉横膈活动,一手置上胸部感觉胸部及呼吸肌活动。
3. 用鼻缓慢吸气,尽力挺腹,吸入的气流到达肺底部,腹部手感向上抬起,胸部手原位不动,抑制胸廓运动。
4. 呼气时,用口均匀呼出,上腹部回缩,同时腹部收缩,腹部手感下降,帮助膈肌松弛,胸廓保持最小活动幅度。
5. 放松,重复呼吸,同时配合缩唇呼吸,每日2次,每分钟呼吸7~8次,每次训练10~20分钟。训练时间可由短而长,逐步增加次数和时间,使患者逐渐适应平稳而缓慢的腹式呼吸。

(二) 缩唇呼吸法

1. 患者取坐位或头胸部抬高,双肩后倾,使膈肌活动不受限。
2. 用鼻深吸气,紧闭嘴,默数1、2,并做短暂停顿。
3. 用口呼气,嘴唇缩成吹口哨状,让气流缓慢呼出,默数1、2、3、4。呼气时间至少是吸气的2倍。
4. 深吸慢呼,每日2次,每分钟呼吸7~8次,每次训练10~20分钟,可配合腹式呼吸。

(三) 吹烛呼吸法

患者取坐位,嘴与烛火高度相当,相距约20cm,由鼻深吸气,闭嘴,然后缩唇缓慢对烛火呼气,使火苗斜动。随训练次数增加,烛火与患者距离可逐渐增加,直至90cm为止。

三、呼吸训练注意事项

1. 训练前指导患者全身放松,消除紧张,处于轻松状态,降低耗氧量,减缓呼吸速度。
2. 指导患者摄入合理的饮食,给予高蛋白、高热量、高维生素、易消化饮食,避免过冷、过热及产气食物,以防腹胀影响膈肌运动,影响训练效果。
3. 每次训练时应观察患者的反应。如患者在训练时或训练后出现头昏、目眩、胸闷、呼吸困难加重等症状,可适当减少练习次数,如每次练习3次,休息片刻再练,使患者逐步

习惯于日常生活中进行腹式呼吸。

4. 在指导患者呼吸训练过程中, 同时应指导患者进行全身运动锻炼。全身运动锻炼结合呼吸训练能有效发掘呼吸功能的潜力, 增加呼吸运动效率, 提高整体活动能力, 从而促进康复。

思考题

呼吸功能训练有哪些主要方法?

四、排痰训练

一、体位排痰训练方法

对卧床患者, 帮助其适当变换体位, 稍抬高或放低上身, 稍增减侧卧位的俯仰角度, 以找到最佳位置排痰。不同的病变部位采用不同的引流体位, 使该病变部位的肺段向主支气管垂直引流(图 4-22)。引流频率视痰量多少而定, 痰量多可每日引流 3~4 次, 宜餐前进行, 痰少则每日上、下午各引流 1 次, 每次引流 1 个部位, 时间由 5~10 分钟逐渐增至 15~30 分钟。

二、辅助排痰训练方法

(一) 胸部叩击

护理人员明确患者病变部位, 宜用单层薄布保护胸廓部位, 避免叩击引起皮肤发红, 衣物不宜过厚, 以免降低震荡效果。患者取侧卧位, 如体力允许可取坐位。护理人员手指并拢, 掌心成杯状, 运用腕动力量在引流部位胸壁上双手迅速而有规律地叩击。从肺底到肺尖, 由外向内, 每一肺叶叩击 1~3 分钟, 嘱患者深呼吸、咳嗽、咳痰。叩击时间宜每日 2~3 次, 每次 15~20 分钟, 餐后 2 小时或餐前 30 分钟进行。

图 4-22 不同病变部位引流体位

(二) 胸部震颤

护理人员双手重叠, 置引流部位胸壁, 嘱患者深呼吸。吸气时, 手掌随胸部扩张而抬起, 不施任何压力; 呼气时, 手掌紧贴胸壁, 施一定压力, 颤摩振动, 以震荡患者胸壁, 连续做 3~5 次, 再叩击, 如此重复 2~3 次, 再嘱患者咳嗽排痰。

三、特殊患者排痰方法

痰液黏稠、干结患者, 可采用超声雾化疗法和超短波疗法。超声雾化疗法可选用生理盐水或用含 α -糜蛋白酶的溶液行超声雾化吸入, 以稀释痰液。每日 1 次, 每次 20~30 分钟, 7~10 次为一疗程。超短波疗法是应用无热量或微热量, 每日 1 次, 每次 10~15 分钟, 15~20 次为一疗程。患者引流完毕漱口, 记录排痰量及性质, 必要时送检。

四、排痰训练注意事项

1. 有明显呼吸困难伴发绀者, 近 1~2 周内咯血, 患严重高血压、心率加快者, 高龄患者, 禁止体位引流。
2. 首先明确患者病变部位, 选择合适体位和排痰方式。
3. 引流过程中, 如有咯血、发绀、呼吸困难、出汗、疲劳等症状, 应立即停止引流, 给予临床处理。

4. 未经引流的气胸、肋骨骨折、咯血及低血压、肺水肿患者，禁用胸部叩击、震颤。

思考题

如何协助长期卧床者进行体位排痰训练？训练应注意哪些事项？

五、膀胱功能训练

膀胱功能训练是针对因神经伤病所致的膀胱尿道功能失调而实施的重要功能训练，其目的是恢复膀胱排尿功能，改善排尿症状，减少残余尿量，预防泌尿系统并发症的发生。神经性膀胱功能失调是控制膀胱的中枢或周围神经发生病变而引起的排尿功能障碍，主要表现为尿潴留和尿失禁，如不采取有效的膀胱训练措施，不仅会给患者增加痛苦，加重心理压力，而且会延缓康复进程，降低生存质量，甚至造成严重并发症，以至死亡。

一、膀胱功能评定

通过询问和观察了解患者现有的排尿功能情况，是否有尿失禁或尿潴留，以判断泌尿系统的功能，制订膀胱护理措施和训练方法。膀胱功能评定有以下主要内容：

- 1. 排尿量与次数** 排尿量和次数有无增多或减少，是否受意识支配，有无排尿困难、排尿疼痛等。
- 2. 辅助排尿情况** 有无间歇导尿、留置尿管等。
- 3. 排尿习惯** 患者排尿体位姿势、间隔时间，如厕能否自理等。
- 4. 残余尿量测定** 残余尿量大于 150ml，提示膀胱功能差；小于 80ml，提示膀胱功能满意；残余尿量在 80~150ml 之间，提示膀胱功能中等。
- 5. 实验室检查** 常规尿液分析，必要时做膀胱内压测定、膀胱镜检查、膀胱造影、B 型超声检查等。

二、膀胱功能训练方法

(一)尿潴留

膀胱内潴留大量尿液而不能自主排出，称为尿潴留。主要表现为患者下腹胀痛、排尿困难，体检可见耻骨上膨隆、扪及囊样包块、叩诊实音。护理与训练的目的在于，促使膀胱排空，减轻患者痛苦。

- 1. 调整体位和姿势** 根据病情和残疾状况，尽量协助患者以习惯姿势排尿，如男性患者取站立位，女性患者取蹲姿；能够坐起者可扶助取坐姿；只能卧位者，可摇起床头或助其略抬高上身。
- 2. 激发诱导排尿** 采用让患者听流水声，温水冲洗会阴，轻轻敲打耻骨上区，摩擦大腿内侧，捏掐腹股沟等措施，诱导反射排尿。
- 3. 屏气法** 病情允许时，让患者取坐位，身体前倾，快速呼吸 3~4 次，做 1 次深吸气，然后屏住呼吸，向下用力做排尿动作，促使尿液排出。
- 4. 手压法** 先用指尖对膀胱区进行深部按摩，以增加膀胱张力。再用双手或者单手握拳，由脐部向耻骨方向推压，并改变加压方向，直至尿流停止。
- 5. 间歇性清洁导尿** 此法能使膀胱周期性地扩张与排空，维持近似正常的生理状态，降低感染率，促使膀胱功能恢复，目前临床已推广应用。需要长期使用时，应耐心教会家属或患者本人行间歇性自行导尿术。
 - (1) 具体做法：用一次性导尿管，每隔 4~6 小时导尿 1 次，拔出导尿管后如反复使用，必须清洗消毒，并准确记录导尿时间和尿量。

(2) 操作要点: ①每次导尿前, 让患者试行排尿, 一旦开始排尿, 需测定残余尿量。两次导尿之间能自主排尿 100ml 以上、残余尿量 300ml 以上时, 每 6 小时导尿 1 次; 两次导尿之间能自主排尿 200ml 以上、残余尿量 200~300ml 时, 每 8 小时导尿 1 次; 残余尿量 100~200ml 时, 每日导尿 1~2 次; 当残余尿量少于 100ml 或为膀胱容量 20% 以下时, 即停止导尿。②每日液体摄入量应严格限制在 2000ml 以内, 即每小时在 100~125ml, 并均匀摄入。

6. 留置导尿 对无法接受间歇性清洁导尿的患者, 如昏迷、泌尿系统疾病手术后、会阴部有损伤时, 可留置导尿管持续导尿, 但极易引起泌尿系感染, 要注意加强对留置导尿管的管理, 如严格遵守无菌操作原则, 尿道口每日消毒 2 次, 贮尿袋每日更换 1 次, 尿管每周更换 1 次, 并及时清倒尿液, 保持引流通畅, 防止尿液逆流。

(二) 尿失禁

排尿失去控制而尿液不自主地流出, 称为尿失禁。其护理与训练的目的在于, 帮助患者解除痛苦, 恢复膀胱功能, 促使膀胱贮尿。

1. 心理护理 尿失禁患者因尿液刺激和尿液异味等问题常感到自卑和忧郁, 心理压力大。因此应尊重、关心患者, 给予理解和安慰, 随时做好帮助和护理。

2. 尿意习惯训练 帮助患者建立规律性排尿习惯, 每天规定特定的排尿时间, 如餐前 30 分钟、晨起或睡前鼓励患者如厕排尿。一般白天每 3 小时排尿 1 次, 夜间 2 次, 并根据具体情况适当调整。对体能障碍或年老体弱无法如厕者, 应提供便器, 定向力差者给予如厕帮助。

3. 盆底肌肉锻炼 指导患者收缩耻骨、尾骨周围肌肉(会阴及肛门括约肌), 每次持续 10 秒, 重复 10 次, 每日 5~10 次, 以减少漏尿的发生。

4. 设法接尿 使用外部集尿器装置, 男性用阴茎套型集尿装置, 或用长颈尿壶置于外阴接取尿液; 女性用固定于阴唇周围的乳胶制品或尿垫, 亦可用女式尿壶紧贴外阴接取尿液。

5. 留置导尿 根据病情可给予留置导尿管持续导尿或定时放尿, 一般每 3~4 小时放尿 1 次, 现多用气囊导尿管, 安装封闭式尿袋。应注意加强护理, 预防感染。

6. 皮肤护理 保持皮肤清洁干燥, 及时用温水清洗会阴部, 被服应勤洗勤换, 以避免尿液刺激皮肤, 去除不良异味, 防止感染和压疮的发生。

三、膀胱功能训练注意事项

1. 导尿操作须严格遵守无菌原则, 用物须经消毒灭菌, 随时进行尿常规、尿细菌学检查, 以防感染。

2. 选择光滑和粗细适宜的导尿管, 一般不应超过 14 号, 防止因导尿管过粗使括约肌松弛, 引起漏尿。

3. 间歇导尿时, 操作手法应轻柔、缓慢, 并润滑导尿管, 以免损伤尿道黏膜。

4. 留置导尿后, 应鼓励患者多饮水以利排尿, 达到自行冲洗的目的。尿管未阻塞, 勿常规膀胱冲洗, 防止逆行感染。

5. 训练前应做尿流动力学检查, 确认膀胱类型, 确保安全, 避免因训练方法不当引起膀胱输尿管反流等合并症。

6. 观察患者, 如出现突发性血压升高、皮肤潮红、出汗、头痛等反应, 通常是因膀胱压力过高引起自主神经反射亢进所致, 应及时导尿。

思考题

膀胱功能训练有哪些主要方法?

六、肠道功能训练

肠道功能康复护理与训练的目的在于帮助患者建立一个在规定时间内定期排便的模式,解除或减轻便秘患者的痛苦,消除或减少大便失禁给患者造成的难堪,预防并发症的发生,提高患者的生存质量。

一、排便功能评定

通过询问和观察了解患者现有的排便功能情况,是否有便秘和大便失禁等,以判断肠道系统的功能,制订具体的肠道护理措施和训练方法。排便功能评定有以下主要内容:

1. **大便次数、量和性状** 如大便次数增多或减少,每次耗时多少,每次大便间歇时间是否基本固定,有无栗子样、糊状或水样便等。
2. **辅助排便情况** 如有无使用手掌刺激法(仅掐压左手拇指和第一掌骨处即可)、肛门栓剂排便,或服用缓泻药物及灌肠法排便等。
3. **排便习惯** 如排便的体位姿势,患者是否能自理等。

二、肠道功能训练方法

(一) 便秘

便秘是指粪便在肠腔内停留过久而致的粪质干燥坚硬,排便节律性消失和排便频率减少。护理与训练的目的在于帮助患者建立排便规律。

1. **取得患者合作** 向患者说明各种护理和训练的目的及注意事项,使患者能密切配合操作。
2. **调理饮食** 向患者介绍饮食种类、数量与排便的关系,指导患者多食蔬菜、水果、粗粮等含膳食纤维多的食物,适当补充双歧杆菌、乳酸菌等有益菌以改善肠道微生态环境。饮水,每日饮水量在 2000ml 左右。
3. **养成定时排便习惯** 指导患者选择适当的排便时间,即使无便意也应定时排便。一般在早餐后最适宜,因这时胃结肠反射最强。
4. **选择排便姿势和便器** 根据病情和残疾状况,协助患者尽量以蹲、坐姿排便。如卧位排便时,使用橡皮囊式便盆,能随患者体位变形而密切接触皮肤,且刺激性较小。能坐位排便者,必要时可在厕座上放气垫,两脚踏地坐在便器上,以习惯姿势并借重力协助排便。
5. **手法按摩腹部** 患者仰卧位,屈膝放松腹部,用手掌沿升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠方向,即自右下腹—右上腹—左上腹—左下腹做环状按摩。每日早晚各 1 次,或便前按摩,每次约 10 分钟。同时鼓励卧床患者多进行床上活动,如仰卧起坐、平卧抬腿及抬臀等,以增加肠蠕动。
6. **药物软化粪便** 根据病情可口服软便剂如液状石蜡 10~15ml,每晚睡前服用 1 次。番泻叶泡水饮每日 1 次,每次 3g。麻仁丸每次 1 丸,每日 2~3 次等。或使用肛门栓剂如开塞露、甘油栓等,在排便前把药物放入直肠内。
7. **指间刺激法** 肛门括约肌痉挛患者,可做指间刺激。方法是:护理人员戴手套用示指蘸润滑剂,将肛门口的大便挖出,把手指放在肛门括约肌处,做 360°环状刺激 15~30 秒,隔 15 分钟再挖大便。

8. 灌肠法 适用于经上述方法处理后仍无法排便者。可小量不保留灌肠，常用灌肠液有 50%甘油、“1、2、3”灌肠液（33%硫酸镁 30ml、甘油 60ml、温开水 90ml）。大量不保留灌肠用于 3~4 天未解大便且大便干硬者，常用灌肠液有生理盐水或 0.1%~0.2%肥皂液 500~1000ml。

（二）大便失禁

大便失禁是指因中枢神经的损伤或病变导致排便不受意识支配，肛门括约肌失去控制能力，大便不由自主地排出。护理与训练原则是帮助患者控制大便。

1. 饮食调理 在无肠道感染的情况下，应减少调味品及粗纤维食品的摄入。

2. 观察排便反应 了解患者排便时间、规律，观察排便前表现，如患者因进食刺激肠蠕动而引起排便，则应在饭后及时给予便盆；如患者排便无规律，则应酌情定时给患者使用便盆，以试行排便，帮助患者重建排便的控制能力。

3. 刺激肛门收缩 对肛门括约肌松弛的患者，可用特殊电极对肛门括约肌进行低频脉冲电刺激，增加肛门括约肌的紧张度；用手指按压弹拨刺激肛门括约肌收缩；有意识做抬臀、缩肛、提肛练习等。

4. 皮肤护理 及时用温水清洗会阴及肛门周围的大便，以免引起皮肤感染。如肛周发红，可涂氧化锌软膏。

三、肠道功能训练注意事项

1. 做好心理护理工作，尊重患者人格，鼓励患者树立信心，使患者认识到排便训练要有耐心和毅力，需要坚持数周甚至数月，不能因为暂时效果不佳半途而废。

2. 训练时间应符合患者的生活规律，并根据具体情况适当调整。

3. 避免长期使用缓泻药，以建立良好的排便规律为目的，尽量少用或不用药。

思考题

如何为便秘患者做好肠道康复护理？