

全瘫痪者之家庭护理初探

蔡丽云

(魏县人民医院)

【摘要】近年来,随着人类社会的发展,生活水平的不断提高以及不健康的生活方式,导致了高血压、高血脂、动脉硬化发生,引起相关的疾病及症状。其中脑血管病变例数不断上升,我国现有脑卒中患者约600万人[1],而瘫痪患者也不断攀升,该疾病已经成为当今社会生活中一种常见的疾病。瘫痪的发生使患者不同程度的丧失行走、语言、甚至思想的能力,严重地影响了患者及家庭的正常生活,而在日常生活中做些瘫痪的家庭护理不仅可以有效控制病情,而且对治疗也是有一定帮助的。所以瘫痪患者出院后的家庭护理知识的普及显得尤为重要。下面是我对瘫痪中最严重后果的全瘫痪患者的家庭护理做的初探。

【关键词】 瘫痪 压疮 营养护理

照顾一个瘫痪的病人,是件非常痛苦的事情,其中的艰辛只有真正服侍过瘫痪病人的人才能有深刻的理解。那首先,让我们了解一下什么是瘫痪。

定义:瘫痪(palsy),是指主动随意运动的无力或不能。因脑卒中引起的瘫痪,大多是偏瘫、单肢瘫、以及两次发作累及双侧肢体瘫痪。病人常伴语言障碍,因球麻痹常有呛咳,或某种程度的智力下降。

很多患者在瘫痪后,基本上没过几年就死了。相对病人来说,心理的压力来源非常的广,承受的压力也非常大;相对瘫痪患者其亲属来说,长期照顾一个瘫痪患者也异常的辛苦。对于社会千千万万的家庭来说更是一个沉重的负担,随着社会老龄化的到来,更多的人加入到瘫痪或者生活需要他人照顾的大军当中来,不同程度的肢体功能障碍,引起许多生活的不便,生活质量大大下降,甚至质量已无从谈起,同时,社会的资源也承受越来越大的压力,这些给社会的稳定、人们生活的幸福指数都会带来很大的影响。所以为了提高患者的生活质量,减少并发症的发生,现就全瘫痪患者出院后的家庭护理做了以下几点总结:

1、做好心理护理:全瘫痪者多半伴有智力下降甚至不能言语和表达情感,要重视向病人做思想工作。多呼唤病人和病人进行语言交流,即使病人没有反应也要坚持沟通。例如:我们该吃放了,我们该翻身了、我们该活动活动了、我给你播放音乐吧等等,任何护理的前、中、后都要和患者沟通,进行语言刺激,使患者感受到对他的尊重和心理上的安慰。

2、保持肢体功能位置:瘫痪肢体的手指关节应伸展、稍屈曲,手中可放一卷海绵;肘关节微屈,上肩关节稍外展,避免关节内收,伸腕、伸膝关节;为了防止足下垂、使踝关节稍背屈;为防止下肢外旋,在外侧部可放沙袋或其他自制支撑物。

3、活动瘫痪肢体:可防肢体挛缩、畸形,包括肢体按摩、被动活动及坐起、站立、步行锻炼。

4、预防褥疮:因瘫痪肢体的运动和感觉障碍,局部血管神经营养差,若压迫时间较长,容易发生压迫性溃疡——压疮。

定义:压疮(pressure sores)是指局部组织长时间受压,血液循环障碍,局部持续缺血、缺氧、营养不良而致的软组织溃烂和坏死。

压疮的分期:依其严重程度和侵害深度,压疮分为四期。可根据压疮的临床表现进行评估。

(1) 瘀血红润期:为压疮的初期。受压部位出现暂时性血液循环障碍,局部皮肤表现为红、肿、热、麻木或有触痛,解除压力30分钟后,皮皮肤颜色不能恢复正常。

(2) 炎性浸润期:如红肿部位继续受压,血液循环得不到改善,静脉回流受阻,局部静脉瘀血。表现为局部红肿向外浸润、扩大、变硬;皮肤颜色转紫红色,压之不褪色;表皮常有水泡形成,患者有疼痛感。

(3) 浅度溃疡期:表皮水泡破溃,可显露出潮湿红,有黄色渗出液流出;感染后表面有脓液覆盖,致使浅层组织坏死,溃疡形成,疼痛加剧。

(4) 坏死溃疡期:坏死组织发黑,脓性分泌物增多,有臭味;感染向周围及深部组织扩展,侵入真皮下层和肌肉层,可深达骨骼;严重者可引起脓毒败血症,危及患者生命。

具体预防护理措施如下:

4.1 避免局部组织长期受压。建立床头翻身记录卡,定时翻身(通常每2小时翻1次身),减少组织的压力。对被压红的部位轻轻按摩,也可用红花酒精按摩,以改善局部血液循环。

4.1.1 保护骨隆突处和支持身体空隙处。对易发生压疮的患者,可垫海绵垫褥、气垫褥、水褥等,或在身体空隙处垫软枕、海绵垫等,使支撑体重的面积加大,从而降低骨隆突部位皮肤所受到的压强;

4.1.2 减压设施包括动态减压设施和静态减压设施两种。动态减压设施如气垫床是预防压疮的理想方法,利用电子充气泵定时充气或排气,从而改变身体与床垫的接触部位,减轻局部受压。

4.2 保持床铺干燥平整,无皱褶、皮屑。及时更换潮湿的床单、被褥和衣服。

4.3 保持好个人卫生,皮肤清洁、完整。可以擦浴,但应注意保暖,防止受凉。冬季时手、脚越发冰凉。家人在给病人使用热水带等取暖时,一定要注意温度不可过高,一般低于摄氏50度,防止皮肤烫伤。

4.4 在翻身时做适当叩击背部,促进痰液排出,以防坠积性肺炎。

4.5 饮食护理 良好的营养是疮面愈合的重要条件,应给予平衡饮食,增加蛋白质、维生素和微量元素的摄入。

4.5.1 全瘫痪不能吞咽患者应给予鼻饲。鼻饲管定期更换,保持清洁。

方法一:应给予病人高热量、容消化流质食物;不能吞咽者给予鼻饲。鼻饲食物可为牛奶、米汤、菜汤、肉汤和果汁水等。另外,也可将牛奶、鸡蛋、淀粉、菜汁等调配在一起,制成稀粥状的混合奶,鼻饲给病人。每次鼻饲量200~350毫升,每日4~5次。

方法二:根据体重计算所需热量,全天给予匀浆膳食营养鼻饲。鼻饲时,应加强病人所用餐具的清洗、消毒。

4.6 遵医嘱抗感染治疗以预防败血症。

4.7 褥疮发生后的治疗与护理。

4.7.1 瘀血红润期:护理原则是去除危险因素,避免压疮继续发展。主要的护理措施为增加翻身次数,避免局部过度受压;避免摩擦、潮湿和排泄物的刺激;改善局部血液循环,可采用湿热敷、红外线或紫外线照射等方法。由于此时皮肤已受损,故不提局部按摩,以

(下转第130页)

(上接第 118 页)

防造成进一步的损害。

4.7.2 炎性浸润期:护理原则是保护皮肤,预防感染。继续加强上述措施,避免损伤继续发展。对未破的小水泡要减少摩擦,防止破裂,促进水泡自行吸收;大水疱可用无菌注射器抽出泡内液体后,消毒局部皮肤,再用无菌敷料包扎。可继续采用红外线或紫外线照射。

4.7.3 浅度溃疡期:护理原则是清洁疮面,促进愈合。仍需解除压迫,保持局部清洁、干燥。可采用物理疗法,如用鹅颈灯照射疮面,距肉 25cm,每目 1~2 次,每次 10~15 分钟,照射后以外科无菌换药法处理疮面。还可采用新鲜鸡蛋内膜、纤维蛋白膜、骨胶原膜等贴于疮面治疗。以新鲜鸡蛋内膜为例,将其剪成邮票大小,平整贴于疮面,如内膜下有气泡,以无菌棉球轻轻挤压使之排除,再以无菌敷料覆盖其上,1~2 天更换一次,直到疮面愈合为此。感染的疮面应进行药物治疗,局部可涂擦 3%~5% 碘酊。碘酊有杀菌、使组织脱水、促进疮面干燥的作用。

4.7.4 坏死溃疡期:护理原则是去除坏死组织,促进肉芽组织生长。应经常翻身,患处架空;清洁疮面,去除坏死组织;保持引流通畅,促进愈合。可用生理盐水或 1:5000 呋喃西林溶液清洗创面,再用无菌凡士林纱布及辅料包扎,1~2 天更换敷料一次。对于溃疡较深、引流不畅者,且有坏死组织的,应用 3% 过氧化氢溶液冲洗,再用生理盐水冲洗,最后用碘伏擦拭,以抑制厌氧菌的生长。最后用美宝湿润烧伤膏涂抹用无菌纱布覆盖,每 1~2 天更换一次,避免长期受压。

压疮形成后,需要每日进行检查、评估、分期、护理,甚至需要医护人员进行清疮处理,恢复需要很长的时间,给患者也造成很大的伤害,所以预防压疮很重要。

5. 养成排便习惯,防止便秘。为了促进排便,还可按摩腹部,由右下腹向右上,转向左上腹,再转向左下腹。反复按摩 5—10 次,促进结肠内上端内容物往下蠕动,以助排便。必要时给予开塞露等

药物灌肠。

6. 防止泌尿系感染。病人如能自行排尿,要及时更换尿湿的衣服、床单、被褥。如病人有尿潴留或尿失禁而又须保持会阴部清洁时,应放置导尿管帮助排尿,每次清理病人尿袋时要注意无菌操作,导尿管要定期更换。帮助病人翻身时,不可将尿袋抬至高于病人卧位水平,以免尿液返流造成泌尿系感染。

7. 保持呼吸道通畅,防止感冒。长期全瘫痪的病人机体抵抗力较低,要注意给病人保暖,防止受凉、感冒。病人无论取何种卧位都要使其面部转向一侧,以利于呼吸道分泌物的引流;当病人有痰或口中有分泌物和呕吐物时,要及时吸出或呕出;每次翻身变换病人体位时,轻扣病人背部等,以防吸入性或坠积性肺炎的发生。

8. 防止坠床。躁动不安的病人应安装床档,必要时使用保护带,防止病人坠床、摔伤。

9. 预防结膜、角膜炎。对眼睛不能闭合者,可给病人涂用抗生素眼膏并加盖湿纱布,以防结、角膜炎的发生。

总结:

全瘫痪患者生活完全不能自理,需要家属细致耐心的护理,作为护理人员,我们要从心理、肢体摆放、活动瘫痪肢体、预防褥疮及护理、养成排便习惯、营养、防止感染、防止坠床等各方面给家属做好宣教指导工作,从而减少患者的痛苦,提高其生活质量,使得这种护理照顾开展得更好,让每一位患者受益,这需要我们每个护理人员付出努力。这也是我们义不容辞的责任。

参考文献:

[1] 王茂斌偏瘫的现代评价与治疗 北京华夏出版社,1990; 81-81.

作者简介:

蔡丽云(1984-),女,主管护师,本科学历。毕业于河北医科大学护理系,现工作于河北省邯郸市魏县魏县人民医院,现任护理部副主任。