

脑卒中后遗症患者肢体功能康复策略

▲广州市从化区城郊街社区卫生服务中心 涂远霞

脑卒中是一种急性脑血管疾病,发病率高,且会导致较高的致残率和死亡率。脑卒中患者的后遗症主要包括肢体瘫痪、运动困难以及抑郁障碍等,这些后遗症会对患者的生活质量造成严重影响。深入分析肢体功能康复护理,可以促进患者身体功能的恢复。

早期康复护理

脑卒中的康复应尽早进行,只要患者病情稳定便可以进行康复治疗。早期康复护理包括体位摆放和肢体被动活动等。正确的体位摆放可以预防肌肉痉挛和关节挛缩,促进神经功能恢复。当患者卧床时,应确保患侧肢体处于功能位,避免关节过度屈曲或者伸展。家属和护理人员也需要协助患者完成肢体被动活动,如关节屈伸和旋转等,促进肢体血液循环,确保关节灵活性。

物理治疗与作业治疗

物理治疗方法包括运动疗法和物理因子疗法。其中运动疗法利用针对性的训练,帮助患者恢复肢体运动功能,增强肌力和耐力。康复治疗师应根据患者具体情况调整个性化的运动训练方案,如站立平衡训练或者行走训练等。物理因子治疗则是通过声、光等物理因子帮助患者改善组织功能,促进神经肌

肉的恢复。中频电疗和生物反馈治疗仪的使用能够帮助患者有效改善肢体功能。

作业治疗更加重视患者日常生活功能的恢复,其中包括患者的穿衣和饮食等。通过开展作业治疗能够帮助患者有效适应日常生活,增强自我管理能力和自理能力。在穿衣和脱衣训练过程中让患者将患侧上肢和手穿进并脱出正确的袖管,再穿上或脱下健侧,帮助患者恢复肢体功能,增强患者的生活信心和自理能力。

心理支持和家庭教育

脑卒中后遗症患者一般会伴有焦虑和抑郁等心理问题,这种心理问题会影响患者的康复效果。因此,护理人员需要和患者建立良好的沟通关系,耐心倾听患者的感受,给予患者足够的情感支持和安慰。家属也需要主动学习心理支持方法,辅助患者完成康复训练。这一过程需要家属了解康复训练的具体方法,帮助患者完成被动肢体活动,鼓励家属参与到患者的康复训练当中。家属应学会主动识别患者的不良情绪和心理状态,给予患者足够的心理支持和鼓励。

并发症的预防

在脑卒中后遗症患者容易出现压疮和深

静脉血栓等并发症。护理人员应定期检查患者皮肤状态,做好患者皮肤的清洁,确保患者皮肤干燥,使用气压床垫等防护措施,有效预防压疮的产生。同时,帮助患者适当增加活动量,做好肢体被动活动或者主动活动,预防深静脉血栓形成。针对已经出现深静脉血栓的患者,需要采取抗凝药物进行治疗,对患者病情进行准确的监测。

长期康复护理

脑卒中后遗症需要经历一个长期的过程才能完成肢体的康复,在康复过程中进行持续的护理和训练。在身体恢复期,护理人员应根据患者情况制定完整的康复计划。发病后3~4周,需要促进患者肢体的独立运动恢复和肌肉痉挛的有效预防;发病后4~12周,重点增强患者的协调性和自主运动能力,根据患者的日常活动进行加强训练;发病后4~6个月,重点纠正患者在运动过程中的不良模式和习惯,提高患者的运动控制能力。针对脑卒中后遗症的患者,康复护理的关键在于强化患者的残留功能和已有功能,利用代偿性训练帮助患者改善日常生活质量。比如,针对行走能力受限的患者,通过手杖辅助患者完成步行训练。

综上所述,脑卒中后遗症患者肢体功能

康复护理需要多个学科的共同参与,患者、家属及护理人员应共同参与其中,主动配合,通过早期康复护理和多种措施的应用,改善患者肢体功能,提高患者生活质量。



来源/千库网

崴脚后别急着冰敷 中医治伤急救三步法

▲佛山市三水区白坭镇人民医院 周家乾

“咔嚓”一声脆响从脚踝传来,篮球场上的小王抱着脚倒吸凉气,队友立刻抄起冰袋敷在他肿胀的脚踝上——这是运动场上常见的一幕,却藏着一个流传甚广的误区。在中医看来,崴脚后立即冰敷如同“闭门留寇”,正确的急救处理应遵循“评估—理筋—敷药”的三步法。

破除冰敷迷思

当“寒凝血瘀”遇上急性扭伤

西医理论中“RICE原则”曾是运动损伤处理的金标准,但近年研究发现,急性期冰敷虽能短暂镇痛,却会使局部血管收缩,阻碍气血运行。中医典籍《黄帝内经》提到“寒主收引”,冰冷刺激会让经络气血凝滞成瘀,导致瘀血滞留于筋肉间隙。

临床显示,不少患者崴脚后立即冰敷,当时痛感减轻,但2~3天后肿胀反而加剧。这是因为低温抑制了人体自身的“祛瘀”机制,使瘀血瘀滞更深,延长恢复周期。

中医急救三步法

手触心会辨伤情:排除骨折定治则

崴脚后需通过“望闻问切”判断损伤程度。中医伤科强调“手摸心会”,若触及骨擦感或异常活动,可能是骨折,需立即就医;若仅感筋肉紧张、局部压痛,属于“筋伤”范畴,可进行下一步处理。明代《正体类要》记载:“伤损之症,有瘀血停滞者”。正确辨伤后,对单纯筋伤患者采用“以通为治”原则。

理筋手法通经络:顺筋归位散瘀结

确认无骨折后,运用中医理筋手法。施救者将患者脚踝抬高至心脏水平,以一手托足跟,一手握足背,先以“捋顺法”轻推,

帮助肌纤维归位;再用“弹拨法”在肿胀处弹拨,促进气血流通。

这种手法源于清代《医宗金鉴》,现代研究证实,正确手法可增加局部血流量,加速代谢废物排出。

中药敷贴调气血:活血生新促修复

中医讲究“瘀去新生”,常用桃仁、红花等组成“活血散瘀膏”,用醋或黄酒调成糊状外敷,将药性导入经络,打通气血通道。

明代《外科启玄》记载的“定痛散”便是经典方剂,现代药理表明,这类中药可抑制炎症因子,促进韧带修复。

康复期的“动静结合”之道

中医强调“三分治七分养”。急救处理后3~7天,可配合灸疗法,选取太溪、昆仑等穴位,以热力推动足三阴经气血运行。伤后2周内避免剧烈运动,可进行“踝泵运动”,通过每分钟20次的勾脚伸脚动作,像水泵般促进血液淋巴循环。

饮食调理遵循“瘀去新生”:伤后1~3天饮用藕粉羹,取鲜藕“止血不留瘀”的特性;3天后改为黄芪猪蹄汤,黄芪补气行血,猪蹄富含胶原蛋白,二者配伍符合“气为血帅”的中医理论,曾有患者按此方案20天即恢复训练。

当现代医学还在争论冰敷利弊时,中医已从整体观出发形成完整急救体系。最新运动医学研究也证实,中医理筋手法可使伤处血流量提升40%以上。下次崴脚时,请先停下冰敷的手,用中医三步法给脚踝一个修复环境。若肿胀加剧或出现畸形,需及时就医,让中西医结合为健康护航。

慢阻肺急性加重的五个早期信号

▲湛江市坡头区官渡镇卫生院 陈胜群

慢性阻塞性肺疾病(简称“慢阻肺”)是一种以持续性气流受限为特征的慢性呼吸系统疾病,患者常因感染、环境刺激等因素诱发急性加重,导致肺功能急剧恶化,甚至引发呼吸衰竭。识别急性加重的早期信号,并进行及时干预,是控制病情、降低住院风险的关键。

咳嗽“升级”:频率与强度骤增 慢阻肺患者常伴有慢性咳嗽,但若短期内咳嗽频率明显增加,从每日数次增至数十次,且咳嗽力度加剧,甚至夜间无法平卧,需警惕急性加重。例如,原本仅晨起咳嗽的患者,突然出现白天频繁干咳或剧烈呛咳,可能提示气道炎症加重。

痰液“变色”:量多质稠或呈脓性 痰液性状改变是急性加重的典型表现。若痰量从每日几口增至数十口,且从白色黏液痰转为黄色、绿色或带血丝的脓性痰,或痰液黏稠难以咳出,往往提示细菌感染。研究显示,约70%的慢阻肺急性加重由细菌感染引发,其中肺炎链球菌、流感嗜血杆菌最常见。

呼吸困难“恶化”:静息时也喘不上气 呼吸困难是慢阻肺的核心症状,但急性加重时,患者会从“活动后气短”发展为“静息

状态下也喘憋”。例如,原本能独立行走的患者,突然连穿衣、洗漱都需频繁停顿;或夜间因胸闷惊醒,需坐起呼吸。此时,血氧饱和度可能降至90%以下,需立即就医。

全身症状“浮现”:发热、乏力与意识模糊 急性加重常伴随全身炎症反应,表现为低热(体温 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$)、肌肉酸痛、头痛或嗜睡。老年患者因免疫力低下,可能仅表现为食欲下降、尿量减少或下肢水肿。若出现意识模糊、烦躁不安或口唇发绀(青紫),提示病情危重,需紧急抢救。

药物“失效”:急救药使用频率激增 慢阻肺患者常备沙丁胺醇等短效支气管扩张剂以缓解突发喘憋。若原本每日使用1~2次即可控制症状,近期需每4h甚至更频繁使用,或用药后症状仍持续1h以上,说明病情已超出日常波动范围,需调整治疗方案。

一旦患者出现上述信号时,应立即联系医生,评估是否需住院治疗。急性加重期患者若未及时干预,住院死亡率可高达8%~24%。患者需要遵医嘱调整吸入药物剂量,合并细菌感染时需使用抗生素。例如,无铜绿假单胞菌感染风险者,可选用阿莫西林克拉维酸钾;有感染风险者,需使用环丙沙星等广谱抗生素。此外,患者及时接种流感疫苗和肺炎球菌疫苗可降低50%以上的感染风险;避免接触烟雾、粉尘等刺激物;冬季注意保暖,防止呼吸道受凉。



来源/千库网

