

量、末梢循环情况,及必要时根据中心静脉压决定输液量及速度。胰岛素开始以 $0.1\text{u}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ 速度静滴,当血糖降至 13.9mmol/L 以下,由原来的生理盐水改为补 5% 葡萄糖溶液,按 $2\sim 4\text{g}$ 糖中加 $\text{RI } 1\text{u}$ 进行治疗,达到了满意的效果,说明小剂量胰岛素能与胰岛素受体结合达到饱和,而产生最大的降糖反应,可避免大剂量胰岛素治疗引起低血糖、低血钾、渗透压失衡及脑水肿。在补液和胰岛素治疗时,要注意水、电解质的情况,定时监测指标,并根据检测情况进行适当补充。在治疗后 $4\sim 6\text{h}$,血钾常明显下降,故应根据尿量及血钾调整补钾量及速度。血钾 $<3\text{mmol/L}$ 时则有较重失钾,初用每小时可补 $1.5\sim 2\text{g}$,但当尿量少而血钾升至 5.5mmol/L 时则应暂停补钾,观察 $2\sim 6\text{h}$ 后复查,能口服者改为口服, $3\sim 6\text{g/d}$,由于钾随糖、镁、磷等进入细胞较慢,故补钾须 $5\sim 7$ 天方能纠正钾代谢紊乱。经补液及 RI 治疗后,随着其他代谢紊乱的纠正,代谢性中毒也会得到改善和纠正,若盲目补碱,由于二氧化碳通过血脑屏障的弥散能力快于碳酸氢根,快速补碱后,血 pH 上升,而脑脊液 pH 值尚为酸性,加重脑细胞酸中毒。而回升的 pH 值可加强血红蛋白与氧的亲合力,加重缺氧,诱发和加重脑水肿。本文体会补碱适应症为^[5]:① $\text{pH}<7.1$ 或 $\text{HCO}_3^-<5.0\text{mmol/L}$ (相当于 $\text{CO}_2\text{-CP } 4.5\sim 6.7\text{mmol/L}$)伴明显酸中毒症状者;②严重高钾血症($\text{K}^+>6.5\text{mmol/L}$);③对输液无反应的低血压;④严重左心衰竭;⑤治疗后期发生严重的高

氯性酸中毒;⑥酮体消失后而酸中毒未纠正且血压低者。

总之,DKA可引起一系列严重的代谢紊乱,若不能及时诊断并有效处理,可危及生命。故及时正确诊断,早期正确应用 RI ,适量补液,同时去除诱因,积极治疗并发症,并注意保护多脏器功能,是抢救成功的关键。

参考文献

- [1] 杨会娟,周青霞. 糖尿病酮症酸中毒41例救治分析[J]. 中国现代医生,2007,12(2):35
- [2] 叶任高,陆再英. 内科学[M]. 第6版. 北京:人民卫生出版社,2006. 459
- [3] 沈洁,陈英姿. 糖尿病酮症酸中毒30例抢救分析[J]. 基层医学论坛,2009,12(1):78
- [4] Plotnick LP, Clark L M, Brancati FL, et al. Safety and effectiveness of insulin pump therapy in children and adolescents with type 1 diabetes[J]. Diabetes Care, 2003, 26(4): 1142-1146
- [5] 蔡永敏,杨展华,王振涛. 糖尿病临床诊疗学[M]. 上海:第二军医大学出版社,2006. 337

作者单位:512400 广东省南雄市人民医院

痉挛型脑瘫的康复护理

付晓荣

【中图分类号】R473.5

【文献标识码】B

【文章编号】1672-6383-(2011)01-0020-02

【关键词】痉挛型脑瘫;康复护理;体会

小儿脑性瘫痪指以在妊娠到新生儿期之间各种原因而致的脑的非进行性病变为基础,形成永久的但可以变化的运动和姿势异常。表现为中枢性运动障碍和姿势异常,常伴有智力低下、语言障碍和情绪异常、癫痫等^[1]。脑瘫中的痉挛型约占全部疾病的 $70\%\sim 75\%$ 。多见于低出生体重儿和窒息患者,其占脑瘫 50% ,痉挛型是脑瘫中最常见的类型,多因早产、窒息、脑缺氧缺血和先天发育异常所致,常表现为四肢瘫,造成严重运动功能障碍。其临床特点:腱反射亢进,肌张力增高。头、颈、躯干部的姿势异常,缺少四肢的灵活性活动,易出现关节的挛缩和变形,肢体异常痉挛性,可随着成长而发生关节挛缩变形,显著特点为上肢内旋后伸拇指内收、握拳,下肢内收内旋,屈膝尖足等。影响患儿的运动功能。我们针对其病情特点选择相应的治疗方法,取得良好治疗效果。现将护理经验报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:本组191例患儿均取材于2007~06~2008~06在我科诊治的191例小儿痉挛型脑瘫。男136例,女55例,其中 <3 月52例,36~月29例,6月~1岁64例, >1 岁46例。纳入标准:符合《小儿脑瘫》^[2]脑瘫诊断标准。排除标准:①一过性运动落后。②进行性疾病,如感染、营养不良、脑部疾患。③先天性遗传代谢性疾病。

1.2 方法:我科对138例痉挛型脑瘫患儿进行运动疗法、作业疗法、中药熏蒸、水疗、引导式教育、针灸、封闭等综合治疗的同时,配合康复护理缩短了病人住院时间。

2 护理措施

2.1 护理目的:采用一些适当的措施去帮助痉挛型脑瘫患儿获得最大程度的功能改善,解除或减轻肌肉痉挛,降低过高的肌肉张力,恢复肌力平衡,以促进主动运动锻炼,改善步态,提高日常生活能力。

2.2 日常生活护理:小儿脑瘫患儿的抱法 不能独坐、站、走的脑瘫

患者,母亲常将其抱在怀里。如姿势不正确,异常姿势得以强化,阻碍了正确的姿势形成。痉挛性下肢瘫的患儿,家长一手托住患儿的臀部,一手扶住他的肩背部,将患儿竖直抱在怀里,把两腿分开,分别搁置在家长两侧腰部或一侧腰部的后侧,从而达到牵张下肢痉挛的内收当然目的。指导父母和家庭其他成员正确护理患儿。日常生活活动是人们维持生活最根本的活动,如进食、更衣、入厕等。脑瘫患儿往往存在多方面能力缺陷,需对其进行日常生活护理及训练。更衣时活护理及训练。更衣时应注意患儿的体位,通常坐着更衣较为方便。为患儿选择穿脱方便的衣服,更衣时一般病侧肢体先穿、后脱。要注意培养患儿独立更衣能力。根据患儿年龄进行卫生梳洗训练,养成定时大小便习惯。随年龄增长教会患儿在排便前能向大人预示,学会使用手纸、穿脱裤子的动作等。

2.3 患儿的睡眠姿势及护理:脑瘫患儿由于紧张性颈反射的影响,头很难摆在正中位,常常是倾向一侧,并且头紧帖枕头,长久地保持这种姿势将会发生脊柱关节的变形,所以不良的姿势会影响脑瘫患儿的正常发育。痉挛性脑瘫患儿睡眠一般不易长期采用仰卧姿势。以侧卧位好可以使痉挛肌肉的张力得到改善,有利于动作的对称。

2.4 饮食护理:正确的喂食方式是患儿以后语言发育的重要基础。对于婴幼儿提倡母乳喂养,尤其是早产儿及小于胎龄儿。母乳不足,采用合理的混合喂养或人工喂养并及时添加辅食。较大患儿则需供给高热量、高蛋白及富含维生素、易消化的事物。对独立饮食困难儿应进行饮食训练,在喂食时,切勿在患儿牙齿紧咬情况下将勺硬行抽出,以防损伤牙齿。喂食时应保持患儿头处于中线位,患儿头后仰进食可致异物吸入,要让患儿学习进食动作,如让患儿在母亲怀里处于半卧位,患儿的头部搁在母亲胳膊肘上,肩背部由母亲的前臂承托,患儿的双手被放在身体的前面,整个身体的姿势显得相对对称,这样患儿全身的肌张

力可相对正常些,喂食也就比较容易进行。特别是对那些颜面肌肉痉挛,口腔闭合困难,咀嚼等患儿,要用调羹将食物放入嘴内后,可用食指与中指夹住患儿的下巴并用力缓缓上抬,使患儿的嘴闭合,也可以用拇指和中指托住下巴用力缓缓上抬,使患儿的嘴闭合。

2.5 皮肤护理:病情严重和不能保持坐位的脑瘫患儿往往长时间卧床,护理人员经常帮助患儿翻身,白天尽量减少卧床。及时清理大小便,防止褥疮发生或继发其他感染。

2.6 功能锻炼:脑瘫患儿大脑病损是静止的,但所造成的神经功能缺陷并非永固定不变。如不早期进行恰当治疗,异常姿势和运动模式会固定下来,同时还会造成肌腱挛缩,骨、关节畸形,进而加重了智力障碍。婴幼儿脑组织可塑性大,代偿能力强,若康复治疗措施恰当,可获得最佳效果。对瘫痪的肢体应保持功能位,并进行被动或主动运动,促进肌肉、关节活动和改善肌力。还可配合推拿、按摩、针刺及理疗。严重肢体畸形者5岁后可考虑手术矫形。对伴有语言障碍的患儿,应按正常小儿语言发育的规律进行训练,尤其0~6岁是学习语言的关键期,平时要给患儿丰富的语言刺激,鼓励患儿发声,矫正发声异常,并持之以恒地进行语言训练,以增加患儿对社会的适应能力。

2.7 心理护理:要根据患儿家长的年龄、性别、知识层次及所处的社会环境不同而做好心里护理。患儿入院后,大多数家长会有悲观情绪和恐惧心理,认为脑瘫都是不治之症,精神压力非常大,我们及时、正确地疏导家长这些负性情绪,多与患儿家长沟通,帮助他们要面对现实,以鼓励的语言,增加家长对治疗的信心,尽可能为患儿创造一个温馨、和谐的环境,使之心情舒畅。在治疗过程中,由于痉挛型脑瘫病程长,见效慢,患儿家属易出现焦虑、忧愁、甚至有想放弃治疗的心理。积极有效地心理疏导可使其增加治疗疾病的信心,耐心讲解脑瘫是可以过物理治疗,康复治疗。药物治疗,手术治疗等适当的措施而达到康复目的。

2.8 家庭康复训练:具体方法按正常婴幼儿发育的各阶段进行训练,按责任护士教会家长的方法进行训练。如翻身训练:练习向不同方向的翻身,并让患儿处于俯卧位或俯卧于球上,训练头部的控制能力。爬行训练:让患儿先保持四点支撑,然后三点支撑,再左手、右腿,右手、左腿交替训练。步行转移训练:从扶物助行到独立行走,上下楼梯训练。将一项活动分解成几个阶段分布训练完成并利用家庭环境,配合语言、玩具等多种诱导方法,与患儿的日常生活相结合进行训练,促进患儿全面发育。并定期培训家长,指导康复训练,定期评估,修订康复目标。

2.9 加强基础护理:保持病房安静清洁,定时开窗通风,定期进行空气、地面消毒。晨间护理彻底细心,定时巡视病房,尤其夜间后加强巡视,防止小儿坠床、自伤、他伤等其他意外事故发生。

2.10 卫生宣教:指导家属注意对患儿的保暖,衣服应柔软舒适。餐具、奶具定期煮沸消毒。大小便后清洗会阴部,防止湿疹,适当户外活动。

2.11 健康教育:①我们经常组织患儿家长召开座谈会,向家长讲解有关痉挛性脑瘫的知识,对于家长提出的各种问题,给予科学的解释,使他们彻底打消顾虑,积极配合治疗。②患儿抵抗力低,要注意保暖,注意个人卫生,病室内应经常开窗通风,定时进行紫外线消毒,避免感冒,防止交叉感染。③教会家长简单的家庭康复训练方法,加强被动运动的训练,指导家属防止患儿的异常姿势,并教患儿练习应该完成而没有完成的动作。例如:翻身,爬行,用手持物,单膝跪立等。定期接种各种疫苗。

2.12 指导用药:婴幼儿服药多选用冲剂。片剂可捣碎后加糖水吞服,喂药时将小儿抱起或头略抬高,防止呛咳。能自行服药的患儿,给

其讲解服药的作用和目的,并鼓励患儿自行服药。静脉输液根据年龄、病情、药物调整输液速度。

3 出院指导:患儿出院前要指导家长如何办理出院手续,交代出院后的注意事项,以及合理的饮食和生活起居等。根据评价结果给患儿制定其回归家庭后的康复指导计划使康复训练始终,以获得最佳效果。

4 疗效评价标准^[3]:治愈:异常姿势消失,Vojta姿势反射7项均正常;Milani运动发育评价在正常月龄;肌张力正常;头颅CT、脑干听觉诱发电位正常;显效:异常姿势基本消失,Vojta姿势反射正常35~项;运动功能在20d内提高2个月龄以上;肌张力接近正常;脑干听觉诱发电位正常、头颅CT好转或无变化;有效:异常姿势好转,Vojta姿势反射正常1~2项;Milani运动发育评价在20d内提高1个月龄以上;肌张力好转;脑干听觉诱发电位好转、头颅CT无变化;无效:各项指标均无明显变化。

5 结果

本组患儿均经康复综合治疗、康复护理、家庭干预等综合措施3个疗程治疗后判定疗效,治疗结果见表1。

表1 191例脑瘫患儿不同年龄组疗效分析[例(%)]

年龄组(月)	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
<3	52	38	8	6	0	100
3~6	29	13	13	2	1	96
6~12	64	22	24	13	5	92.2
>12	46	6	9	25	6	87

6 讨论

痉挛性脑瘫是儿童常见的致残性疾病之一,也是继脊髓灰质炎控制后引起小儿运动伤残的最主要疾患,严重影响小儿身心发育。正确系统的康复训练至关重要,痉挛性脑瘫功能的改善除了解痉外,最关键的就是系统的康复训练。训练护士要求具有扎实的解剖、生理学知识,掌握脑瘫的发病机制,充分认识功能锻炼的重要性,掌握各期锻炼的特点,循序渐进并能进行熟练操作及示范。康复治疗是一个综合的治疗过程,要求医生、护士、家长的共同参与,以患儿为中心制定相应的康复目标并定期完成,使整个康复训练贯穿于患儿的日常生活中。研究表明,婴儿早期(0~6个月)是大脑发育最迅速和代偿能力最强的时期,具有教强的“可塑性”和“修剪性”,年龄越小,效果越好^[4]。尤其是6个月以内早期诊断的患儿,异常姿势还未固定化,未出现脑的继发性变性,早期给以综合治疗和康复护理,可以促进损伤的大脑在不断成熟和分化的过程中,功能得到有效代偿,使患儿向正常化发展。在实施康复护理时,使家长掌握正确的训练方法,并持之以恒,循序渐进,是疗效巩固的基本保证。痉挛性脑瘫患儿康复时间长,费用高,大部分家长都难以长期坚持,故家庭康复可使患儿长期得到康复治疗。另外,心里护理也直接影响着康复护理的成效,因此护士一定要将解释、疏导、鼓励贯穿于整个护理过程中,从而提高患儿的治愈率。

参考文献

- [1] 李春树. 小儿脑性瘫痪[M]. 郑州:河南科学技术出版社,2000.12
- [2] 林庆,李松. 小儿脑性瘫痪[M]. 北京:北京医科大学出版,2000.95
- [3] 吴丽,王家勤,李旺森. 实用小儿康复医学[M]. 北京:中国人口出版社,1998.115
- [4] 孙世远. 脑性瘫痪的早期诊断及早期治疗[M]. 哈尔滨:黑龙江科学技术出版社,1991.4~6

作者单位:450053 河南省郑州市儿童医院