 DOI: https://doi.org/10.26549/yzlcyxzz.v4i4.7087

Application of Activation Therapeutic Nursing in an Elderly Patient with Acute Cerebral Infarction

Jingjing Qin Chaohua Peng*

School of Health and Nursing Technology, Wuhan Polytechnic University Wuhan, Hubei, 430000, China

Abstract

The paper summarizing a case of elderly acute cerebral infarction combined with microbleeding lectern patients to activate therapeutic care experience. Under the framework of Orem's theory of self-care, the patient is provided with activated therapeutic care, and after 33 days of treatment and care, the patient's functions are restored and he is discharged on foot.

Keywords

activate therapeutic care; old age; acute cerebral infarction

激活治疗性护理在一例高龄急性脑梗死患者中的应用

秦静静 彭超华 *

武汉轻工大学健康与护理技术学院 , 中国 · 湖北 武汉 430000

摘　要

论文总结一例高龄急性脑梗死合并微出血灶患者激活治疗性护理体会。在 Orem 自理理论框架下对患者实施激活治疗性护理，经过 33 天的治疗和护理，患者各项功能恢复，步行出院。

关键词

激活治疗性护理；高龄；急性脑梗死

1 引言

脑梗死是缺血性因素导致急骤发作的局灶 / 半球的脑功能障碍持续 24 小时以上的疾病。近年研究显示，中国住院急性脑梗死患者发病后 1 个月时病死率约为 3.3%~5.2%，3 个月时病死率 9.6%，死亡 / 残疾率为 37.1%，1 年病死率 11.4%~15.4%，死亡 / 残疾率 33.4%~44.6%[1]。激活治疗性护理[2] 是德国联邦卫生系统推荐使用的一种护理模式，目的是训练精细和粗略动作，增强对自身身体的自信心，增强感知觉并激发智力，旨在让患者尽可能地参与社会生活的护理，以患者为中心，识别患者的能力，并对其日常生活能力进行训练，以目标为导向，有针对性的观察、感知和交流。论文根据设定的目标选择合适的护理措施，并对护理效果进行反馈、评价[3]。

【作者简介】秦静静（1985-），女，中国湖北襄阳人，本科学历，从事老年护理研究。

【通讯作者】彭超华（1980-），男，中国湖北武汉人，博士学历，从事老年护理研究。

该科于 2020 年 9 月 25 日收治 1 例高龄急性脑梗死患者，基于 Orem 护理系统理论框架，通过实施多学科合作的激活治疗性护理措施，患者各项功能恢复取得了满意的效果，现报告如下。

2 病例

患者，男，78 岁，患者 9 月 22 日晚突发言语不清，左侧肢体偏瘫，大汗淋漓，伴恶心、呕吐，小便失禁和短暂意识丧失，影像学检查提示右侧大脑前动脉闭塞性脑梗死，给予阿替普酶 66mg 静脉溶栓，溶栓后 10 分钟左右上述症状有缓解，但在溶栓后 1 小时，患者再次出现左侧肢体偏瘫，意识嗜睡，紧急进行数字减影血管造影术，给予微导管溶栓治疗并置入支架一枚。于 9 月 25 日下午转入该院继续治疗。神志嗜睡，NIHSS 评分为 9 分，嘴角向右歪斜，左上肢近端肌力 1 级，远端 2 级 −，左下肢肌力 0 级，左侧病理征（+），右侧肢体肌力 4 级，肌张力正常。带入鼻肠管一根，尿管一根。外院资料 CT 显示双肺胸膜下坠积性改变，双下肺少许膨胀不全。患者既往有高血压病 1 级、糖耐量异常、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征、高

 DOI: https://doi.org/10.26549/yzlcyxzz.v4i4.7087

尿酸血症、肾结石等疾病。患者入院后血常规：白细胞计数 10.19*10^9/L，中性粒细胞 (%)84.1%，中性粒细胞 (#)8.57*10^9/L，超敏 C 反应蛋白 60.7mg/L，随机葡萄糖：6.70mmol/L，双侧下肢动脉静脉彩超未见异常，床边胸片：双肺散在感染，有咳嗽、咳痰。09 月 27 日，患者出现寒战、发热，体温最高 38° C，9 月 28 日行 CT 检查及呼吸重症专家会诊认为肺部感染诊断明确，且存在粘液栓、气道阻塞（OSAHS）、胸腔积液引起肺膨胀不良等影响气道通气，加重感染。9 月 28 日行吞咽功能评定和营养筛查评估。9 月 29 日开始间断吞咽康复训练以及膀胱功能刺激。经多学科专家会诊和激活治疗性护理措施的实施，至 10 月 28 日患者康复自主步行出院。

3 多学科协作的激活治疗性护理

3.1 多学科协作的护理方式

以神经内科护士为主导，由老年危重症专科护士、呼吸专科护士以及康复专科护士参与会诊指导，为该患者制定了多学科协作的激活治疗性护理措施。

3.2 Orem 框架下的激活治疗性护理

Orem 自理理论 [4] 提出了三种护理系统分别为完全补偿系统、部分补偿系统和支持 – 教育系统，它明确了不同情况下患者和护士各自需要承担的工作。激活治疗性护理挖掘患者现存的能力和技能，尽可能使患者参与疾病的自我护理，发挥个人的主管能动性和潜力，促进现有技能的发展，恢复受限技能，从而使患者逐步恢复个体的日常生活能力并回归社会的一系列措施。

3.3 完全补偿系统时期

3.3.1 体位及关节活动训练

入院第 1 天，左右侧更换卧位，床头抬高 16° ，患侧足下垫软枕。具体措施如下：

①左侧卧位时，患臂外展前伸旋后，患侧肩胛骨向前伸展，肘关节与腕关节伸直；患侧下肢轻度屈曲位，右腿屈髋屈膝向前放于长枕，足中立位。

②右侧卧位时，左侧上肢伸展位置于枕上，使左侧肩胛骨向前外伸，前臂旋前，手指伸展，掌心向下；左侧下肢轻度屈曲位，迈步状放于长枕。

③仰卧位时，肩胛下垫枕，使肩上抬前挺；肘关节伸直、前臂旋后、腕背伸、手指微曲；髋、膝、踝下垫枕、足保持中立位。

入院第 2 天，除上述措施以外，护士协助康复师被动运动，即行左侧上下肢轻柔被动运动，每个关节每个动作重复 20 次；主动运动，即指导右侧肢体主动运动，Bobath 握手训练；牵伸技术和关节松动术；左侧肩胛胸壁关节松动术；神经肌肉电刺激 20 分钟 [5]。

3.3.2 基础刺激疗法

基础刺激疗法 [6] 是专门针对感知、交流和运动障碍的疗法，帮助神经重组和提高意识。主要措施如下：

①知觉导向擦洗：患者面部的擦洗，由健侧擦向患侧，由上向下依次擦完整个面部；上肢从患者健侧掌心及手臂→健侧肩部→患侧肩部→患者手臂及掌心；躯干由健侧的腋中线擦至患侧的腋中线，由上到下的顺序擦至耻骨联合；下肢从健侧的脚背→健侧大小腿→会阴部→患侧大小腿→患侧脚背。擦洗过程中施加轻微压力，将感觉由健侧传至患侧 [7]。

②震动知觉的基础刺激，协助患者抓握电动剃须刀柄或者电动牙刷手柄，感受震动的节律。

③触觉刺激，协助患者用患肢感觉自己脸颊、手臂、腿及腹部，近而感觉自己身体；将物品或食物放在患者的手中，让患者感知物品形状、质地及温度。

④嗅觉味觉刺激，用患者日常喜好的水果如橙子、苹果及其他熟悉食物，放在患者口腔区域，刺激患者的嗅觉和味觉；帮助患者将患手放到口腔区域然后触摸该部位，激活口腔区域。

⑤前庭系统刺激，协助患者卧位缓慢、有节奏的摇摆身体的某些部位如屈膝摇动、右臂带动左臂摇动。

3.3.3 营养管理

该患者发病后出现嗜睡及吞咽功能障碍，前期急诊入院 24h 内予鼻肠管置入，转入该院后由主管医师、营养师和责任护士组成了营养支持小组，通过营养状态评定，选择能全力为肠内营养制剂，通过鼻肠管 20ml/h 起始持续营养泵泵入，根据患者的肠道耐受情况逐步调节至 50ml/h。在肠内营养期间，床头抬高 30° ，每四小时温开水 200ml 脉冲式冲管 [8]。

3.3.4 呼吸道管理

患者入院后的血气结果均正常，患者的血氧饱和度维持在 98%~100%，予鼻导管吸氧。患者清醒后，指导自行咳嗽咳痰，每两小时翻身，并行气道廓清技术和呼吸肌训练。

 DOI: https://doi.org/10.26549/yzlcyxzz.v4i4.7087

3.3.5 体温管理

入院后为患者铺设冰毯，并将临界温度调制 37.5℃，在体温持续上升的过程中，予温水擦浴，积极行物理性的降温措施；准时准量使用抗生素，控制感染 [1]。

3.3.6 排泄管理

①排尿训练。入院后患者带入尿管一根，在患者意识好转的第三天，通过评估患者膀胱功能，首先选用神经肌肉电刺激仪对患者的盆底肌进行被动训练，拔尿管后进行行为干预 [9]，通过获取的患者排尿数据，定时给予便壶床上排尿，询问患者日常排尿习惯，按摩膀胱区，并进行反射性排尿训练和主动盆底肌训练。

②排便管理。患者未见排便失禁问题，患者卧床期间在床上排便，每天 3 次左右，排便完毕使用湿纸巾温水擦洗，并用鞣酸软膏肛周涂擦。

3.4 部分补偿系统时期

3.4.1 吞咽与进食

入院第三天在康复师对患者进行了洼田饮水试验，结果显示患者的吞咽功能为可疑 1 级。指导患者每日两次经口进食酸奶、香蕉等质地的食物 [5]，进食时取 90° 床上坐位，保持颈部前伸，并协助患者使用左手拿取食物或者餐具送入口中，每口咀嚼 10 次，咀嚼过程中指导有意识左侧咀嚼，再行吞咽。用餐完毕，簌口后指导患者有效咳嗽，直至咳出液体清亮无食物残渣。

3.4.2 Bobath 疗法

①床上洗漱训练，入院后第 2 天训练床上卧位擦洗，患侧卧位，指导患者使用健手进行患侧躯体及健侧下肢擦洗，由护士协助患者擦洗健侧手臂及其他未能擦洗部位。入院后第 4 天，训练床上稳定坐位同时，早晚训练患者床上擦浴，方法同上。

②入院后第 10 天，协助患者使用助行器进行盥洗盆旁擦浴训练，穿防滑鞋，坐三面靠背凳，使用移动床上桌模拟盥洗盆，调节桌面高度至患者剑突位置，擦洗方法同上，增加患手参与度 [10]。

3.4.3 自主活动及体位转移

第 4 天训练患者用患手触摸同侧脸颊及耳；第 5 天训练触摸同侧额头及头发，训练强度以不感疲劳为宜。根据患手肌力恢复的情况，第 8 天训练坐位左手触摸对侧脸颊、耳及额。体位转移训练，将轮椅放置于右侧床尾，成 30° ，床高与轮椅高度平齐，患者健侧主导，护士协助患侧，转移至轮椅上。患者从轮椅站起，指导患者双手手掌平搭面前桌面，身体前倾前曲缓慢站起。

3.4.4 自主穿衣训练

协助患者稳定坐于轮椅以后，指导患者健手拿取衣服，护士协助抬起患侧前臂及肘关节，患者将衣袖套进患手，将衣服拉至肩关节，健手将衣服领口套至颈部，然后再穿健侧手臂，并将衣服下缘拉至腰部。

3.5 支持教育系统时期

3.5.1 语言功能康复

①鼓励患者多进行语言表达，鼓励家属每日至少一次与患者谈论往日生活。

②护士与患者共同读报，每天 10min。

③患者左侧肌力恢复后，要求患者每天读书 20min，每天早中晚三次，至出院患者语言恢复至正常 [11]。

3.5.2 心理支持

①由多学科专家会诊后进行药物干预。

②同时，护士向患者讲述卒中后成功康复案例。

③医生及护士每日针对患者恢复的具体能力进行评价，告知患者目前各功能恢复的状况。

④康复师每日康复训练反馈训练效果。

3.5.3 出院准备计划

①日常生活能力的训练，加强左手训练如穿衣扣纽扣、穿鞋及系鞋带、倒水、洗漱及刷牙；参与进食前准备如擦桌子、端菜、送餐具；自主如厕等。

②坚持每日运动，制定训练作业。

③阅读训练，每日三次，每次 20min。

④增加与家人及朋友的交流，增加社交活动。

⑤按时作息，夜间训练床上使用便壶解小便。

⑥指导家属准备低盐低脂低嘌呤食物，训练患者细嚼慢咽的习惯，每餐饭用时至少 20min。

⑦制定可个性化的出院准备计划表，内容包括锻炼计划、服药清单、营养方案、症状观察、日常管理及复诊计划等内容。

4 结语

该患者是一例高龄急性脑梗塞溶栓后合并脑微出血的患

 DOI: https://doi.org/10.26549/yzlcyxzz.v4i4.7087

者，经过多学科诊治、激活治疗性护理措施干预及早期康复训练，患者出院时左右两侧肌力均恢复正常，日常生活能力恢复正常，可以参与正常的社交活动，取得了满意的效果。

激活治疗性护理以患者为中心，让患者发挥现存和潜在的能力，将患者现存能力最大化，强化现存技能，促进受限技能恢复，个体化的护理措施让患者有更强的自我护理参与感。激活治疗性护理在德国发展和应用，主要应用于卒中和失能患者，在中国应用并不多见。中国逐步进入老龄化社会，激活治疗性护理可在老年护理领域有更大的应用前景，还需要进行更深入的研究。

参考文献

[1] 国家卫生计生委脑卒中防治工程委员会 . 中国缺血性脑卒中急性期诊疗指导规范 [S].

[2] Lautenschläger S,Wallesch C W. Leistungskataloge der aktivierend−therapeutischen Pflege in der neurologischen Frührehabilitation[J]. Die Rehabilitation, 2015, 54(01): 30−37.

[3] Lautenschläger S, Muser J, Mueller E. Applicability of the Therapeutic Nursing Theory in Neurological (Early−) Rehabilitation into Nursing Practice−A Case Study[J]. Die Rehabilitation, 2017,57(02):100−107.

[4] 李春卉 , 蓝宇涛 . 护理学导论 (案例版)[M]. 北京 : 科学出版社 ,2017.

[5] 中华医学会神经病学分会 , 中华医学会神经病学分会神经康复学组 , 中华医学会神经病学分会脑血管病学组 . 中国脑卒中早期康复治疗指南 [J]. 中华神经科杂志 ,2017,50(6):405−412.

[6] Fröhlich A. Basal stimulation[J]. Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 1993,46(03):160−164.

[7] Fröhlich A. Basale Stimulation in der Pflege: Die Grundlagen[M]. Verlag Hans Huber, 2012.

[8] 中国卒中营养标准化管理专家委员会 . 中国卒中营养标准化管理专家共识 [J]. 中国卒中杂志 ,2020,15(06):681−689.

[9] Thomas LH, Coupe J, Cross LD, Tan AL, Watkins CL. Interventions for treating urinary incontinence after stroke in adults[J].Cochrane Database Syst Rev, 2019(02):4462.

[10] Stefanie Acklau,Lisa Gö decker,Andrea Kaden,Patrick Jahn. Aktivierend− Therapeutische Pflege in der Geriatrie[J]. Zeitschrift fü r Gerontologie und Geriatrie, 2016,49(07):612−618.

[11] Stroke Foundation. Clinical guidelines for stroke management[J].2017(06):34−35.