

强化康复单元护理管理模式及康复效果探讨

周君桂¹ 范建中¹

近年来国家卫计委大力推行“临床路径”,缩短平均住院日,这使得危重症患者的病情稳定后即转到康复科继续治疗。但患者大部分诊断为颅脑外伤、脑卒中或颈髓损伤,连同从综合ICU及神经内、外科ICU直接转入康复科,患者或昏迷或气管切开,在康复治疗过程中仍随时可能出现病情变化,许多患者甚至需要各种监护措施,打破了传统的康复科收治患者病情相对平稳的模式。以往有文献报导在医院建立急性监护和康复相融合的卒中单元^[1],改善卒中患者的医疗管理模式,为卒中患者提供药物及康复的综合治疗。但是在康复科中建立重症患者病房还未见报导。因此,为了集中对危重症患者的强化治疗及康复早期介入,我科于2011年2月成立了“强化康复单元”(intensive rehabilitation care unit, IRCU)^[2],这对于康复护理队伍是一个很大的挑战,我们及时地调整了护理管理模式,适应现代康复医学的发展,现将IRC-
CU的护理管理及患者康复疗效做以下介绍。

1 资料与方法

1.1 研究对象

2011年2月—2014年1月收住我科IRC-
CU的患者共计89例,男54例,女35例,年龄4—92岁,平均年龄55.6±15.2岁,其中颅脑手术(颅脑外伤及其他颅内病变手术治疗)后49例,脑卒中21例,全身多发伤8例,缺血缺氧性脑病6例,脊髓损伤3例,脊髓炎或脊髓出血2例。入科时均有留置气管套管、留置尿管、留置胃管等,病例分型为D。

1.2 IRCU设施、设备及管理

1.2.1 病房位置的设定:IRC-
CU大部分患者仍需要药物治疗且随时有病情变化,与传统的康复技师到其他重症监护病房做治疗不同,我们还要随时对患者进行抢救及病情的处理,为了便于医生护士快速到达病房,将病室设置离医生办公室、护士工作站最近,设有患者及医务人员两个通道,病室有独立卫生间以训练患者如厕及“二便”管理。

1.2.2 设备的配备及管理:现代化的监护设备和高新尖端生命支持装置在重症病房的应用,不仅有利于患者的病情观察,还能节约人力资源,提高临床诊治水平^[3]。IRC-
CU是在康

复科病房内建立一个以重症治疗与早期康复治疗相结合的病房,因此,除了配备康复设备,还要充分考虑到患者急救所需。我科根据患者疾病的特点结合ICU的设备要求,配备各种抢救器材及设备,由专人负责管理,IRC-
CU工作人员均要进行仪器设备的操作、保养培训及考核。

1.2.3 病房内基础设施的设定:根据病区收治危重症患者百分比情况设置床位数,病床既要适用于抢救也要适用于患者康复所需,配备“三摇床”,床头摇高便于患者进食、吞咽训练、体位训练,床尾摇高便于患者抬高下肢,整床上抬下降便于患者行坐位训练,配床上桌便于患者自己就餐、ADL训练等。为了防止交叉感染,患者专用的血压计、听诊器、手消毒液、体温计等。

1.3 患者的准入及转出入标准

目前国内康复科IRC-
CU没有明确的准入标准,有报道IRC-
CU的主要收治对象,目前入住该病房的患者主要为患有颅脑外伤、多发伤、脊髓损伤、脑卒中等病情相对平稳但仍需加强病情观察及治疗护理的患者^[2]。康复科普通病区患者发生病情变化需要行紧急抢救监护也随时转入IRC-
CU,当患者病情稳定或气管切开患者拔除气管套管后3d无异常,可以转至普通病房,与医院的其他ICU建立双向转诊,使患者在疾病的急重期也能得到早期康复介入,让患者在有需要时能及时得到综合医院各专科的技术力量支持。

1.4 IRCU护士的管理

1.4.1 IRCU的护士配备:IRC-
CU患者病情相对较重,护士的工作量大,据报道,ICU护士的劳动强度为4—5级,高于普通病房护士^[4]。因此,IRC-
CU配备的护士需要工作责任心强,能及时预先处理病情变化,同时还能运用康复护理技能及理论为患者进行早期康复护理。IRC-
CU护士要求在康复科工作5年以上,具有责任组长管理经验,本科以上学历,经过康复及重症监护双重培训,取得生命支持合格证书。在薪酬待遇、评奖及进修方面给予倾斜。

1.4.2 IRCU的护士培训:入IRC-
CU培训包括重症护理技能培训,为期1个月;康复护理技能培训2周,内容包括:吞咽功能的筛查、良肢位摆放、二便功能评定及训练、持续自主神经状

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2015.02.015

1 南方医科大学南方医院康复科,广州市白云区广州大道北1838号,510515

作者简介:周君桂,女,硕士,副主任护师; 收稿日期:2014-03-10

态的促醒护理、体位排痰、呼吸训练等。由于目前还未有 IRCU 的护理人员的准入制报道,因此,我科仍属于摸索阶段。

1.4.3 IRCU 的护士工作模式: IRCU 工作模式为“责任制大包干”,设置 1 名护理组长、3 名责任护士,每人负责 4—5 名患者,对自己分管的患者做好各种急救、治疗、基础护理、康复护理,书写护理记录单。设置 8 名护士助理,只负责患者的转运及基础、生活护理。护士长每天对入住的患者查房 1 次,随时参加患者抢救。

1.5 康复护理工作重点

1.5.1 做好基础护理是前提:入住 IRCU 的患者大部分昏迷且伴有多种功能障碍,患者基础护理工作量大,做好患者的基础护理,满足患者日常生活所需,才能保证患者每天常规的治疗及康复训练。此外, IRCU 护士还要通过专业知识预见性地为患者做好并发症如肺部感染、尿路感染等的预防及患者出现紧急情况的及时处理、抢救,因此,只有接受专业培训的护士才是基础护理质量的保证。

1.5.2 安全护理是根本:该病区的患者大多经过 ICU 期的治疗,文献报道^[5],重症患者出现焦虑、抑郁及创伤后应激障碍(post traumatic stress disorder, PTSD)的比例较高,加上 IRCU 的监护设备的报警声、工作人员紧张地处理病情的氛围,患者容易出现情绪低落、烦躁等表现。有的额叶损伤的患者出现认知障碍或精神症状,出现意外拔除气管套管、胃管、尿管等,总之突发事件较多。出现不安全事件不仅延缓了患者的康复进程,给患者带来痛苦,还可能给医院和科室带来纠纷。护理过程中始终要把患者的安全放在第一位,护理组积极与医生、治疗师进行讨论,进行风险评估,共同制订及落实安全护理措施,直至患者潜在风险降低。

做好安全护理,病情观察及紧急处理非常重要。 IRCU 患者的病情复杂、抢救次数多,要求护士在忙碌的状态下熟悉患者的病情,熟练掌握急救技术、善于分析患者的潜在风险。 IRCU 收治的气管切开患者高于 95%,电动起立床^[6]能减少痰液聚集,改善通气功能,减少肺部感染、泌尿系感染等并发症,是 IRCU 中最常见的物理治疗方法,但电动起立床站立仍然有风险,出现病情也需要紧急处理,如体位性低血压的预防处理。

1.5.3 将康复护理的专业技能介入到危重患者的护理中:早期康复护理介入包括①体位护理:对病情允许的患者采取常规 30°抬高床头,增加了肺通气量,防止患者误吸及食物返流;定期翻身及正确肢体摆放,避免压疮,减少患者关节挛缩变形及异常模式的出现;②对气管切开的患者每 1—2h 体位排痰训练配合叩背排痰,使患者早日拔除气管套管;③对四肢瘫的患者开展床头逐渐抬高训练、挤压肺部促进排痰及呼吸训练;病情允许下入院时即对患者的排尿功能进行评定,对各种神经源膀胱进行排尿训练,使用间歇导尿代替留置尿

管,预防及处理自主神经反射的表现;④对昏迷的患者运用促醒技术,进行疼痛、声音、光、味觉刺激,促使患者早日恢复知觉;脑卒中及脑外伤患者有针对性进行吞咽障碍筛查,避免误咽窒息等不安全事件。

1.6 统计学分析

使用 SPSS16.0 软件对数据进行分析,计数资料使用 χ^2 检验,计量资料使用 t 检验。

2 结果

收住我科 IRCU 的患者共计 89 例,入 IRCU 时及 21d 后均进行全面评估,入科当天根据医嘱拔除尿管进行排尿功能评定,按计划每日饮水量 1800—2000ml,可自主排尿患者在排尿后测残余尿量,不能排尿的患者预定时间歇导尿测残余尿量,1 例死亡,3 例因患者个人原因出院,3 例病情加重转至神经外科监护病房。入 IRCU 及治疗 21d 后患者的 GCS 评分及残余尿量见表 1。

患者的平均住院日为 $21.8 \pm 4.5d$,根据电子病例数据统计,21d 内成功拔除气管套管转出 IRCU 47 例,治疗 21d 后与入 IRCU 时残余尿量异常患者例数减少;入 IRCU 时 GCS 评分为 7.75 ± 2.21 分,21d 后再次评估为 10.58 ± 2.04 ,差异具有显著性意义($P < 0.01$)。患者均未出现关节僵硬、足下垂、泌尿系感染、误吸、非计划脱管等并发症及不良事件。

表 1 患者入 IRCU 时及治疗 21d 后 GCS 评分比较及残余尿量异常例数比较

	例数	GCS 评分	残余尿量 > 100ml (例)
入 IRCU 时	89	7.75 ± 2.21	31
治疗 21d 后	82	10.58 ± 2.04	12
P		0.000	0.002

3 讨论

3.1 早期介入康复护理有利于患者各项功能的恢复

IRCU 与 ICU 护理最大的区别之一是运用康复护理技能对该病房的患者进行早期康复介入。康复护士对患者进行全面评估,与医生、治疗师制订个体化的康复计划。对于神志清、病情允许的患者,指导健侧肢体的主动运动、桥式运动,床边坐位等,防止肌力下降、关节僵硬及足下垂等并发症,为患者的进一步运动功能康复做准备。

控制膀胱的中枢或周围神经发生病变后引起的排尿功能障碍,称为神经源性膀胱尿道功能障碍,这在脑损伤、脑卒中及脊髓损伤患者中比较多见,表现为尿潴留、尿失禁或两者并存,在急性期如果没有得到及时的治疗和护理,患者常会出现严重的并发症,如反复的泌尿系感染、尿失禁、膀胱容量缩小等。为了便于对病情的观察及记出入量的需要,转入 IRCU 的患者均留置尿管,病情稳定后, IRCU 护士通过膀胱

B超及膀胱容量压力测定的方法对患者的膀胱功能进行评定,对排尿功能障碍的患者有针对性地进行膀胱再训练,包括间歇导尿、饮水计划、排尿日记、定时排尿等,使患者排尿功能得到最大的康复。与其他重症病房的护士不同,IRCU护士经过二便康复专科技能培训,能发挥专科护理特长,目前IRCU已成为无尿管病房,表1显示31例残余尿量异常的患者经过训练后大部分恢复了正常,其余患者也通过间歇导尿替代了留置尿管,未出现任何泌尿系并发症。

康复护士参加IRCU查房,在康复团队中发挥重要作用,将康复护理始终贯穿于工作中,这是一种康复理念,避免康复训练的无规律性、无计划性及随意性。声光电、味觉刺激对昏迷患者的促醒早已得到证实,IRCU护士在进行治疗护理时对患者大声呼唤及疼痛刺激,配合苦、酸、辣等味觉刺激取得较好的效果,使得患者GCS评分有了较大的提高,且在对患者进行促醒时也能及时发现患者意识的恢复及改变,对患者病情观察有很大帮助,得到了家属和医生的好评。

现代临床康复医学强调重症患者救治早期就应进入康复程序,包括急救的各个环节和措施,其意义远大于恢复期康复^[7]。随着医院ICU及其专科化的发展,如何能使重危患者早期得到合理的康复处理,将是决定患者功能恢复水平的重要条件^[8]。我科IRCU在这种医疗形式背景下建立,并且取得了较好的效果,对于综合医院康复科或专科康复医院建立重症患者康复病房有借鉴作用。但是康复护理专科人员的培训和继续教育及IRCU护理管理人才的培养还处于初级阶段,仍需要不断探索。在培训时将危重患者早期康复意识灌输到护理工作中,对危重患者进行早期康复护理也能看到显著的效果,使护士感觉自己是康复小组中不可缺少的成员,有强烈的成就感,这说明在疾病早期介入康复护理非常值得推荐。

3.2 康复护理需处理好几个问题

3.2.1 处理好护患矛盾:传统的康复护理是患者及家属共同参与的护理教育模式,但是IRCU集中对患者进行护理且只允许家属每日探望1h,因患者及家属认知和专业知识的局限性,可能会与护士产生矛盾。护士要理解家属的心情,多沟通,对家属做好充分的教育及解释,并在病区贴上温馨提示,将规章制度、患者每日的训练、护理项目及时间表写在提示中,取得家属的配合,安装门禁系统,只在探视开放,医务人员走另一条通道,但在探视时,责任护士和经管医生主动向家属介绍患者的病情进展。从护士的角度分析,重症病房的

护士身心压力高,由于工作环境相对封闭,治疗护理项目多,操作技术要求高,基础护理任务繁重等原因,重症病房的护士普遍感觉疲劳且疲劳程度较严重^[9]。科室切不可为了经济效益,让护士超额工作,配备足够的一线护士及备班护士,为了给护士减压,建立轻松的文化氛围,关心IRCU护士的身心健康,举行户外活动,缓解紧张情绪,并定时进行护士轮岗。

3.2.2 处理好专科护理有自己的局限性的问题:有文献表明作为康复专科医师,必须有能力 and 水平承担收治重症患者的风险,但不能试图“取代”其他临床专科的作用^[9]。在IRCU中,康复护士有自己的专业特长和技能,但也有局限性,如在重症患者的其他护理方面如辅助通气护理、重症患者血糖的持续监测及心肺功能的监护和急救护理等方面,康复护士在遇到问题时要及时请相关科室的护理专家进行会诊,充分利用综合医院的资源,加强各专科护理的合作,才能将IRCU的康复护理做得更好。同时处理好护士和技师的工作分工,加强合作。在IRCU中,护士和技师都将自己的专业做好,进行合作才能真正使患者受益。

参考文献

- [1] 陈秀英,黄素芳,孔容冰. 脑卒中患者的康复护理管理[J]. 国际医药卫生导报,2006,12(18):111—112.
- [2] 范建中,吴红瑛. 在综合医院建立“强化康复单元”的思路[J]. 中国康复医学杂志,2011,26(11):998—999.
- [3] 王静,徐佳卿,谢小光.ICU仪器设备保养与管理[J]. 齐鲁护理杂志,2011,17(12):90—91.
- [4] 孙玉蓉,张萍,王蓓,等. OPC量表用于ICU护士护理工作强度的评估[J]. 护理研究,2010,24(4):1099.
- [5] Hodgin KE, Nordon-Craft A, McFann KK, et al. Physical therapy utilization in intensive care units: results from a national survey[J]. Crit Care Med, 2009, 37(2): 561-566, quiz 566—568.
- [6] 蔡萍. 颅脑损伤气管切开患者ICU转出后的康复护理[J]. 护士进修杂志,2012,27(22):2085—2086.
- [7] Mammi P, Zaccaria B. Early rehabilitative treatment in patients with traumatic brain injuries: outcome at one-year follow-up[J]. Eur J Med, 2006, 42(1):17-22.
- [8] 白玉龙,胡永善,朱玉连,等. 规范三级康复治疗对缺血性脑卒中患者功能独立性的影响[J]. 中国运动医学杂志,2007,26(5):552—555.
- [9] 朱桂菊. ICU工作环境对护理队伍发展的影响及相应策略分析[J]. 中国实用护理杂志,2013,29(12):65—66.