|  |
| --- |
| **脊髓损伤康复出院健康处方** |
| **处方内容** | **咨询电话** |
| **医疗** | 1、按照治疗师出院指导继续在家中进行康复治疗。2、每2个月复查1次尿常规及血常规及泌尿系彩超。3、每半年复查1次下肢静脉超声及D二聚体。4、继续营养神经药物口服。5、每半年门诊复查。 |  |
| **护理** | 1、体位转移（1）翻身练习：平卧时，双上肢向上伸直，头、躯干协同向两侧摆动，当摆动幅度足够大时，向希望翻身的一侧再用力摆动，即可达到翻身目的。（颈部脊髓损伤患者需要协助时，必要时使用颈托固定头颈部，双人站在同侧协助，一人拖起并固定患者头、颈部，另一人拖起患者腰部及臀部，同时用力翻向对侧，翻身过程中保持头、颈、腰、髋处于同一水平线）（2）床上仰卧位坐起：双侧手肘屈曲慢慢向身体内侧移动，撑起头颈部，然后身体侧向一边（以右侧为例），左上肢尽量伸直使腕部撑床，身体再向左侧移动使中心落在左上肢，右上肢伸直腕部撑床，接着双上肢慢慢向前向身体移动，即可完成床上坐起。（3）坐位到床上仰卧位：与床上仰卧位坐起相反。（4）床到轮椅转移：先将轮椅斜放在床边，固定好。臀部平移到床边，再一手撑床一手撑轮椅扶手，将臀部抬离床面移至轮椅座垫，双腿放下，调整好脚踏板。（患者需要协助时，协助者面向患者，离轮椅近侧的腿稍向后，远侧腿屈曲放患者双腿间，将患者双上肢置于协助者肩上，双手于颈后握紧，协助者环抱患者腰部或提起患者裤腰，协助患者移至轮椅）2、并发症的预防（1）压疮：压疮是由于局部组织长期受压，发生持续缺血、缺氧、营养不良而至组织溃烂坏死。卧床患者，家属应每两小时协助患者翻身，坐轮椅患者可将患者抱起或患者通过上肢支撑轮椅扶手使臀部抬离轮椅座垫缓解压力。（2）泌尿系感染：防止泌尿系感染及促进膀胱功能的恢复。①留置尿管的患者，密切观察患者尿管是否通畅，引流袋不可高于耻骨联合，防止逆行感染，根据排尿情况可3-4小时放尿一次（发生泌尿系感染时暂不夹闭尿管）。②多饮水，保持每日2500毫升的饮水量，以增加尿液，预防结石。③患者应做排尿功能训练，每次放尿时，自己做膀胱区的按摩，并有意识的使用负压排尿。④每周更换尿袋一次，每月更换尿管一次。（3）肺部感染：多进行有效咳嗽、咳痰及深呼吸，翻身叩背，促进排痰。（4）预防关节僵硬和挛缩畸形：每天两次，每次10分钟的关节被动活动，以防止肌肉萎缩和关节挛缩畸形，足部用软枕支持使踝保持90度，防足下垂。（5）防损伤：家属慎用热水及热水袋，擦澡、洗脚等水温应低于正常人，发现异常及时停止。 |  |
| **康复** | 出院后继续康复对于脊髓损伤患者的功能恢复具有十分重要的作用，可以有效降低死亡率、减轻残疾程度，提高患者的自理能力和生活质量。脊髓损伤的患者由于损伤后的神经平面不同，肢体残留功能也不尽相同，故而各损伤神经平面患者需要不同康复方案。方案中介绍均以最严重的各平面ASIA A级患者为基础，ASIA B级患者的康复治疗基本同ASIA A级患者，其余ASIA级别患者可以AISA A级为基础，根据自身的功能障碍适当选取部分康复内容。1、呼吸功能训练：呼吸功能训练是保障患者生存的重要训练，该训练以腹式呼吸训练为主，吸气时鼓起肚子，呼气时腹部下凹，吸气呼气时间比为1:3，如有必要可在肚子上使用沙袋等施加阻力。此外，吹蜡烛、平时大声说话或唱歌，亦有助于呼吸功能训练。腹式呼吸训练每日进行3至5次，每次5至15分钟，略气喘为练习的正常反应，但如有严重喘憋感或其它不适，及时停止练习并且就医咨询。2、肌力训练：运用哑铃、弹力带、拉力计等简单器械进行未完全瘫痪的肌肉力量的增强，每天3至5次，每次3组，每组间休息2至3分钟，每组10个，每个运动抗阻力或肢体自身重力6至10秒，每个之间间隔2-3秒。3、关节活动范围训练：分为被动关节活动范围训练和主动关节活动范围训练，当患者任何关节运动无法主动完成其全范围关节活动时，均应进行全范围的被动关节活动，以维持其关节活动范围；一旦能够主动完成全关节活动范围，则可停止被动关节活动范围训练，鼓励患者自主完成练习。关节活动范围训练每日进行3-5次，每次10下，每下通过6至10秒完成全关节活动范围运动并在末端停留2至3秒。4、肌肉牵伸训练：肌肉牵伸主要进行腘绳肌、内收肌及跟腱牵拉，目的是使患者能伸直膝关节，使髋关节屈曲能达90度。牵伸内收肌是为了避免患者内收肌痉挛造成的会阴部清洁困难。牵伸训练是整个康复治疗中始终必须进行的项目。牵拉时维持6~10秒钟，每组15个，每次20分钟，每天2次。5、坐位平衡训练：坐位平衡训练取床上坐位，其坐姿分为长坐位（双腿伸直坐床上）和短坐位，长坐位时要求髋关节屈曲超过90°，膝关节完全伸直，躯干应向前、后、左、右各个方向练习倾倒和旋转平衡。实现长坐才能进行床上转移和生活自理能力训练，如穿裤子、袜子、鞋等。每次20分钟，每天2次。6、站位平衡训练：站位平衡训练是步行训练的基础，站立稳定性训练时患者仅需要维持稳定的站立姿态即可，其训练从静站至患者自身在双下肢不动的情况下可由上肢做出多种动作如摸自己身体、抛接球等动作或身体向前、后、左、右倾斜、旋转等的自动态站立，再到由他人或物体对患者施加外力如从旁突然推动患者身体情况下的他动态平衡。站位平衡训练每次20分钟，每日2次。训练时务必防止跌倒。7、体位转移训练：包括从卧位到坐、床上或垫上横向和纵向移动、床到轮椅、轮椅到床、轮椅的使用等。颈部完全性脊髓损伤患者由于其下肢功能完全丧失，一般都需要借助滑板。利用滑板进行转移训练的方法是：患者轮椅与床成45度角，患者侧坐于滑板的轮椅侧，然后抬臀扭转臀部离开轮椅坐垫，移向床方。最后身体重量压在双上肢上，完成移动。在床上完成一些如翻身、坐起、垫上移动等，但需要借助吊环、床栏的帮助。胸、腰、骶脊髓完全性损伤的患者由于其上肢功能保留较好，可直接使用上肢或其他保留肢体功能完成转移和轮椅操作。鼓励患者每日多进行与其日常生活活动所需的体位转移，将体位转移训练融入日常生活。8、轮椅技术训练：包括前后轮操纵、左右转动、前进后退、上楼梯和下楼梯训练、前轮抬离地面用后轮行走、旋转操纵等。患者需要选取合适的坐姿，包括前倾坐姿或后倾坐姿，无论选取哪种坐姿均应注意避免骨盆倾斜和脊柱侧弯；轮椅训练时患者应每30分钟需减压至少15秒，以免发生压疮，C5-6脊髓损伤患者可使用上肢借助固定于扶手的套索进行身体重心前后转移的减压或一侧上肢用力身体向对侧倾斜的单侧减压。轮椅技术训练时一般每次30分钟，每日2至3次，训练时间根据患者能够维持的坐轮椅时间的增长而逐渐增长。9、步行训练：行走训练的目标分为治疗性步行、家庭功能性步行和社区功能性步行。就完全性脊髓损伤而言，至少需要患者上肢具备足够的力量和耐力才可进行步行。步行训练时，根据患者保留功能使用辅具如前臂杖、平台杖、HKAFO、外骨骼等。训练开始时应在充分保护下进行，随着患者功能的逐步提高可减少支持。步行训练每日2至3次，每日15至30分钟，可随患者功能提高而逐步增加时间。10、基础性日常生活活动训练：主要指进食、洗漱、穿脱衣物、转移、如厕等自理活动。患者需要根据自身保留的肢体功能而选择不同的训练方式，四肢瘫的患者通常需要使用辅助具如可以固定于手部的勺子、穿衣钩、万能袖带等，下肢截瘫的患者因上肢功能保留良好，仅需借助如扶手、平台杖等辅具即可完成生活自理。11、工具性日常生活活动指导：主要指家务劳动、烹饪、购物、外出活动、理财等在社区生活中所需的较高级的技能。进行工具性日常生活活动需要患者具备良好的坐位和站位平衡功能，良好的肢体力量、耐力和控制能力，良好的转移能力和操作轮椅或步行能力。如患者具备基本条件，鼓励患者尽可能的参与此类活动，以便能够适应脊髓损伤后的生活，重返家庭和社会。C4：呼吸功能如较差需使用呼吸机，肢体进行被动关节活动范围训练。C5：肩各肌群和屈肘肌群应进行力量练习并进行相应的主动关节活动范围练习；坐位平衡训练以轮椅上为主；床上动作主要进行借助吊环等辅具翻身；轮椅应训练患者借助套索减压；基础性日常生活活动训练以进食、洗漱等为主，需要借助可固定于手部的辅助具完成C6：肩各肌群、屈肘肌群和伸腕肌群力量练习及相应的主动关节活动范围练习；除轮椅平衡训练外，还可进行床上长坐位平衡训练及卧坐转移训练，需借助吊环、绳梯等辅具；轮椅训练时应训练借助套索单侧减压；利用万能袖带，患者可完成进食、梳洗、写字、打电话等生活活动。C7-8：上肢除手指抓握等均应进行主动练习；如上肢功能保存良好，可以使用平台杖、HKAFO等辅具进行站立和步行；大部分生活自理，仅需少量帮助。T1-4、T5-8、T9-12：T1-4可借助HKAFO站立，T5-8可借助KAFO站立或利用ARGO拄双拐进行治疗性步行，T9-12可借助双拐或KAFO进行治疗性步行或用ARGO达到功能性步行，上述步行训以治疗性步行为主；患者最终可完全生活自理，可在坐位下完成的工具性日常生活动作和工作。L1-2：可借助KAFO或拐杖在家中进行功能性步行，可上下楼梯；外出时可使用轮椅，但目的为节省体力或方便；可从事较轻体力工作。L3及以下：使用拐杖或穿高帮鞋即可达到实用性步行，L5以下不用任何辅助也可实用性步行，练习主要目的为重返生活，回归社会。 |  |
| **营养** | 脊髓损伤的患者由于受损伤的位置和受损伤的程度不同，对饮食的要求也是不同的。由于出院后患者可能会存在咀嚼或吞咽困难、食物摄入不足等问题，所以饮食应给予不同对待。总的饮食原则一是应保证热量摄入充足，观察热量是否充足最简单的指标是测量体重；二要保证蛋白质的供给，每天除了吃主食、蔬菜外，还要摄入肉蛋奶豆；摄入含维生素B族丰富的全谷物、瘦肉类，膳食纤维丰富的蔬菜、水果和粗粮、杂豆类等，则有利于疾病的恢复，起到营养神经、预防便秘的作用。下面分别列举几种情况的饮食需求的应对方法。一、经口进食1、无吞咽障碍的患者：按照平衡膳食的原则，保证食物多样化，每天的膳食应包括谷薯类、蔬菜水果类、畜禽鱼蛋奶类、大豆坚果类等食物；食物的软硬、口味根据患者的饮食习惯去调整；参考中国居民膳食指南（2016版）的平衡膳食模式。2、稀液体摄入困难（如水），但可进食糊状食物的患者：①改变食物的粘度，将食物加工成糊状或软食，如稀藕粉，米粉糊，嫩蛋羹，胡萝卜泥，酸奶，多种食物（主食、蔬菜、瘦肉、调味料等食物）制作的匀浆，特医食品冲调成糊状等；液体类的食物（如牛奶、豆浆、果汁等）可加入适量的增稠剂，改变食物的稠度。这些食物可避免、减少进食时的呛咳。②冷的食物能更好吞咽下去，如冰棒、果冻、冰、新鲜水果泥，可以补充一部分水分。③少食多餐，每天5—6餐。④必要时补充维生素和矿物质补充剂，增加膳食纤维可以治疗便秘。⑤吃饭时要集中注意力，每次喂食食物大小适宜，避免环境干扰和进餐时说话。二、管饲的患者1、家庭自制匀浆：是有多种天然食物经捣碎机捣碎并搅拌成的流质状态的膳食。一般制作一天的量，分次口服或管饲，更详细的配方可咨询营养科医生。制作流程如下：①将谷物（如大米、小米等）多加水蒸熟；肉（如里脊肉、鸡脯肉、无刺鱼肉等）搅成肉泥汆成肉丸或蒸熟；牛奶煮开，鸡蛋煮熟；绿叶菜洗净切碎，用开水煮5分钟（水不要太多），留汤备用，胡萝卜可蒸熟、西红柿去皮、去籽。②将上述制熟后的食物混合搅碎混匀，最后加温开水或菜汤至需要量，根据每天食用次数，分装到消毒过的容器中冷藏，每次食用前充分加热、煮透。自制匀浆举例：（能量密度为1千卡/1毫升）

|  |  |
| --- | --- |
| 食物 | 重量 |
| 大米 | 100g |
| 小米 | 100g |
| 猪里脊 | 100g |
| 胡萝卜 | 100g |
| 牛奶 | 2袋（400 ml） |
| 鸡蛋 | 1个 |
| 绿叶菜 | 100g |
| 盐 | 3g |
| 香油 | 25ml |

上述制熟后的食物混合搅碎混匀，最后加温开水或菜汤至1500～1600毫升，混匀，根据每天食用次数，分装到消毒过的容器中冷藏，每次食用前充分加热、煮透。家庭制作匀浆的缺点是食物种类、用量受到限制，会导致膳食纤维、维生素及微量营养素的缺乏，注意补充。2、商品化的肠内营养制剂：这类制剂和食品可代替正常膳食，全面均衡地供给营养。①医院处方开具的肠内营养制剂，液态的占具比例较多，具体应用数量、品种可咨询医生。②特殊医学用途配方食品（FSMP）：主要分为三类，适用于1岁以上的有特殊医学营养需求人群。这类食品必须在医生或临床营养师的指导下，单独食用或与其他食品配合食用。 |  |