

· 个案报道 ·

康复训练治疗地震致脊髓损伤后大便失禁患者 1 例

谢粟梅

大便失禁是指患者无排便意识,在不恰当的时间或不合适的场合不由自主地排便^[1],直肠指检肛门括约肌松弛。当脊髓受伤发生截瘫时,肛门外括约肌的随意控制及直肠的排便反射均消失,即出现大便失禁^[2];它是脊髓损伤后的常见病症之一,至今还没有理想的治疗方法。对脊髓损伤的患者而言,大便失禁将严重影响患者的生理、心理和社会健康^[3]。因此,做好大便失禁患者的肠道护理,建立排便规律是提高患者生活质量的一项重要指标。我科于 2008 年 6 月 25 日收治了一位因地震所致脊髓损伤造成大便失禁的患者,通过排便训练和有效的肠道护理后,成功建立了排便规律。现将具体方法和体会介绍如下。

资料与方法

一、一般资料

患者,男,28 岁,五一二汶川地震中受伤致全身多发伤,双下肢感觉和运动功能丧失,大小便失禁。于当地医院行胸 12 后跟减压椎弓根钉内固定术和左胫腓骨骨折钢板内固定术后双下肢功能及二便功能无明显改善。于 2008 年 6 月 25 日转入我院行康复治疗,入院时主要诊断为:胸 10 脊髓损伤(A 型)、胸 12 椎体爆裂性骨折术后、腰 3 椎体压缩性骨折及左胫腓骨骨折术后。专科检查:双侧脐部以下感觉消失;骶部无感觉残留;肛门指检球海绵体反射(+),肛门黏膜皮肤反射阴性,肛门外括约肌无自主收缩;双下肢肌力 0 级,肌张力低,膝、跟腱反射消失;受伤至今,一直留置尿管;大便失禁,无便意,间断流出,予造口袋接便。患者入院后继续予造口袋接便 1 周,1 周后行排便训练。

二、方法

(一)心理干预

针对患者悲痛、焦虑、失望、缺乏信心等情绪特点,主动与患者交谈,鼓励患者勇敢面对现实,使其从丧失亲人及伤残的悲痛中振作起来,积极配合治疗及护理。大便失禁病程长、恢复慢,家属在情感、康复等方面的作用是医护人员无法取代的。因此医护人员应主动与家属沟通,讲解病情、治疗及训练方案,动员家属支持患者、关心患者,使其充分感受到家属及周围人群的重视,调动其主观能动性,积极配合训练,使其在恢复过程中得到良好的照顾和帮助。

(二)康复训练与护理

患者及家属愿意配合后,先将肠道的生理解剖等相关知识向患者及家属讲解,其次向患者讲解排便训练的目的、方法、流程、整个训练过程中的注意事项及配合度,最后将排便训练的重要性向患者分析清楚,以保证排便训练的顺利进行。

1. 盆底肌肉的训练:患者取平卧位,双下肢并拢,双膝屈曲稍分开,轻抬臀部,缩肛、提肛 10~20 次,每天练习 4~6 次。

2. 卫生棉条填塞:患者开始每天遗便多次,排便训练前 3 d 采取排便后即选用大号卫生棉条,去塑料保护层,外涂石蜡油润滑,从肛门塞入直肠,塞进 2/3 时左右转动棉条数次后全部塞入,留剩余棉绳于肛门外,用胶布固定棉绳于臀部,排便前取出。每天取出排便 1~2 次,规律排便时间。

3. 排便训练:①训练时间——依据患者的作息规律,安排排便训练的时间。一般在餐后 0.5~1 h 或习惯排便的时间内训练,训练定时排便。②腹部按摩——依照安排的排便时间,患者平卧,按摩腹部以刺激粪便向直肠方向移动,按摩腹部时,患者或家属用手掌的大小鱼际肌,顺着结肠走行方向作环形按摩,右腹部从下往上至脐水平,沿脐水平到左腹部,然后向下按摩。按摩力量由轻到重,以患者能耐受限为准,按摩时嘱患者作深呼吸,每次按摩 10~20 min。③体位转换——按摩后,转移患者至大便椅上或马桶上,取坐位,臀部和膝部弯曲,双脚支撑(患者是否采取该体位取决于患者保持这种体位的能力、平衡力以及需要协助的程度)。④模拟排便动作——嘱患者回忆受伤前时的排便动作和情景,深吸气,往下腹部用力,做排便动作,把大便排出。⑤刺激直肠——戴上手套,润滑的食指进入肛门 2~4 cm,保持与直肠壁接触,沿着肛管壁顺时针方向轻轻旋转 20~30 s。整个刺激应小于 1 min,然后取出手指以便粪便排出。每 5~10 min 可重复刺激 1 次,最多连续 3 次,如 3 次刺激后肠道仍有残留粪便,应采用人工排便(即用一润滑的手指从直肠处直接掏出粪便)。

4. 饮食及饮水^[4]:患者的饮食要定量,注意饮食质量,给予清淡、易消化的食物,多吃新鲜蔬菜、水果,少吃易产气的食品,忌食辛辣刺激食品。定时定量喝水,保证每日饮水量达 2 L。

结 果

经过半个月的排便训练后,患者基本建立排便规律,能做到每天早上定时排便,排出成形粪便,所需时间约 10 min。

讨 论

脊髓损伤后,患者将终生需要积极的肠道护理,有效的肠道护理是保证患者生活质量的基本条件,肠道护理需要通过教育方式以获得患者及家属的支持。

提供个性化的康复训练和护理,针对患者的情况进行评估,尽可能与患者共同拟订康复训练和护理计划,最大限度地调动患者及家属的参与积极性。由于患者入院时情绪不稳,仍处于丧失亲人的悲痛中,对康复丧失信心,此时应先做好安抚工作,给患者必要的情感宣泄平台;责任护士及相关工作人员要给予特别地关注。待患者情绪稳定后通过知识讲解的方式,使患者及家属了解相关的知识,重视排便,认识到排便训练需要一段时间,必须积极地配合责任护士进行阶段性训练。

早期使用强生牌卫生棉条填塞,能够起到堵塞、吸收的作用,减少由于肛门括约肌松弛引起的大便次数增多,有效降低

由于过度清洁肛周皮肤而增高的机械摩擦频率,从而减少由于清洗过度导致的皮肤破溃或因此引起的感染。收缩肛门括约肌、直肠、盆底肌,定时排便训练对排便功能的恢复、低级排便中枢的形成有促进作用。通过餐后腹部按摩,能增强肠平滑肌的张力,促进肠蠕动,产生排便意识,纠正神经损伤后胃肠功能障碍。同时正确的指导患者饮食,保持大便性质良好;坚持定时排便训练,则有效地促进直肠排便反射的形成。

总之,对脊髓损伤后致大便失禁的患者,要做好肠道护理。而做好肠道护理的前提是患者必须保证充足的水分摄入,适量的运动,科学的饮食以及规律的排便时间。因此需要护士具有娴熟的专科知识及技能,对患者及家属进行适时的健康教育及护理指导,根据患者的情况及时调整护理措施,才能收到良好的护理效果。

参 考 文 献

- [1] 王春地. 护理干预对脊髓损伤后大便失禁患者的影响. 护理实践与研究, 2007, 4: 40-41.
- [2] 杨克勤. 主编. 脊柱疾患的临床与研究. 北京: 北京出版社, 1993: 301.
- [3] 朱文芬, 摘, 程显山, 校. 脊髓损伤病人的肠道护理. 国外医学护理学分册, 2005, 24: 164-165.
- [4] Kirk PM, King RB, Temple R, et al. Long-term follow-up of bowel management after spinal cord injury. SCI Nurs, 1997, 14: 56-63.

(收稿日期: 2008-10-24)

(本文编辑: 阮仕衡)

· 个案报道 ·

非理想双侧小腿残肢装配假肢及康复训练 1 例报道

邓小倩

一、病例资料及治疗方法

某患者, 女, 24 岁, 于 08 年 5 月 12 日因地震被石块砸伤双下肢、胸背部等多处, 后因伤口感染严重, 于 08 年 5 月 14 日行“双侧小腿截肢术”, 待病情稳定后于 08 年 5 月 19 日转至四川华西医院, 继续进行抗炎、伤口换药等治疗; 于 08 年 5 月 22 日转至佛山市中医院, 于 08 年 5 月 29 日和 6 月 16 日进行“左小腿残端伤口二期扩创术”, 后伤口情况好转, 并给予康复功能训练。为进一步提高康复治疗效果, 患者于 2008 年 7 月 31 日入住本院继续接受康复治疗。

患者入院时情况: 双侧小腿下段肢体缺失, 左膝关节轻度外翻, 右侧残端伤口愈合较好, 左小腿残端内侧见一面积约 $2.0\text{ cm} \times 0.8\text{ cm}$ 窦道, 有少许渗液, 右下腰部见一面积约 $13\text{ cm} \times 13\text{ cm}$ 疤痕, 愈合好; 右臀中部、右下肢后外侧皮肤浅感觉明显减退, 双小腿残肢端有明显压痛, 左小腿残端外侧按压时伴麻痛感; 下肢关节活动度(右侧/左侧)为屈髋 $115^\circ/104^\circ$, 伸髋 $20^\circ/40^\circ$, 屈膝 $90^\circ/110^\circ$, 伸膝 $0^\circ/0^\circ$; 双侧髌、膝肌力 $4^- - 4^+$ 级; 日常生活活动能力轻度受损, FIM 评分为 95 分, 功能独立性评定为轻度依赖。患者装配假肢的不利因素包括: ①右侧残肢主要承重区域髌韧带有一面积约 $1\text{ cm} \times 4\text{ cm}$ 疤痕, 严重影响残肢承重功能, 并且残肢端疤痕增生, 有压痛, 残肢较短; ②左侧残肢髌韧带压痛明显, 严重影响残肢承重能力, 残肢端残余疤痕、感觉过敏, 股骨内侧髌窝未愈合, 从而影响假肢悬吊功能, 有压痛, 残肢较短且呈外展畸形。

经各科人员讨论后, 制订该患者远期目标为穿戴假肢实现日常生活自理, 近期目标为积极处理残肢伤口、增加关节活动度、提高肌力、改善皮肤感觉功能, 具体治疗方法包括以下方面。

1. 假肢装配前期治疗: 以提高患者全身状况及残肢功能为

治疗重点, 为后期假肢装配创造良好条件, 包括: ①药物治疗, 如抗感染、消肿止痛、伤口换药等, 于 08 年 8 月 6 日行右小腿残端病灶清除术; ②运动治疗, 如肌力训练、关节活动度训练、器械训练、平衡功能训练等; ③作业治疗, 包括日常生活活动能力训练、感觉训练、增强肌耐力训练等; ④压力治疗, 如制作双侧残肢压力套, 每天总共穿戴时间为 23 h, 控制残肢水肿, 促进残肢塑形; ⑤矫形器治疗, 为预防患者残肢屈曲挛缩, 制作双侧膝伸直位低温矫形器, 指导患者在坐轮椅时或其它非治疗时间穿戴; ⑥物理因子治疗, 包括紫外线伤口照射、中频电疗、经皮神经电刺激等; ⑦康复辅导, 采用面谈、小组辅导形式对患者伤情适应、康复进展、情绪支持、生活重建、社区资源利用、家庭日常生活、医疗协调等进行辅导; ⑧残肢护理教育, 如指导患者保持皮肤清洁及进行良姿位摆放; ⑨气囊式临时假肢训练, 患者通过借助 2 个柔性气囊假肢在平行杠内进行站立及行走训练。

2. 假肢设计、制作与安装: 患者经过 1 个月康复治疗, 其上下肢及躯干肌力大部分达到 4^- 级, 残肢创面疤痕愈合, 残肢关节活动度增大, 初步具备假肢安装条件。患者假脚选用单轴脚, 以适应这类稳定性欠佳的双侧小腿截肢患者特点^[1]。因该患者残肢较短, 且有外展畸形接受腔内衬套包住髌骨, 硬接受腔包住股骨髁部的 PTK(prothese tibial kege)式接受腔。

3. 假肢装配后训练: 患者双侧假肢由矫形师安装调试完毕后, 此时康复训练重点转移到假肢使用技巧和强化训练方面。该工作主要由运动治疗师负责, 训练内容包括室内平地步行、室外步行、上下斜坡、上下楼梯、日常生活活动能力训练等。

二、结果

经过 4 周训练后, 患者可使用单手杖独立步行、上下斜坡。出院时评定发现, 患者下肢关节活动度(右侧/左侧)屈髋 $130^\circ/120^\circ$, 伸髋 $30^\circ/40^\circ$, 屈膝 $105^\circ/125^\circ$, 伸膝 $0^\circ/0^\circ$, 双侧髌、膝肌力 $4^- \sim 4^+$ 级, 患者日常生活活动能力轻度受损, FIM 评分