

‘Роль медсестры в нейрореабилитации’

Jessica Styles

Senior Stroke Nurse

St George’s Hospital, London

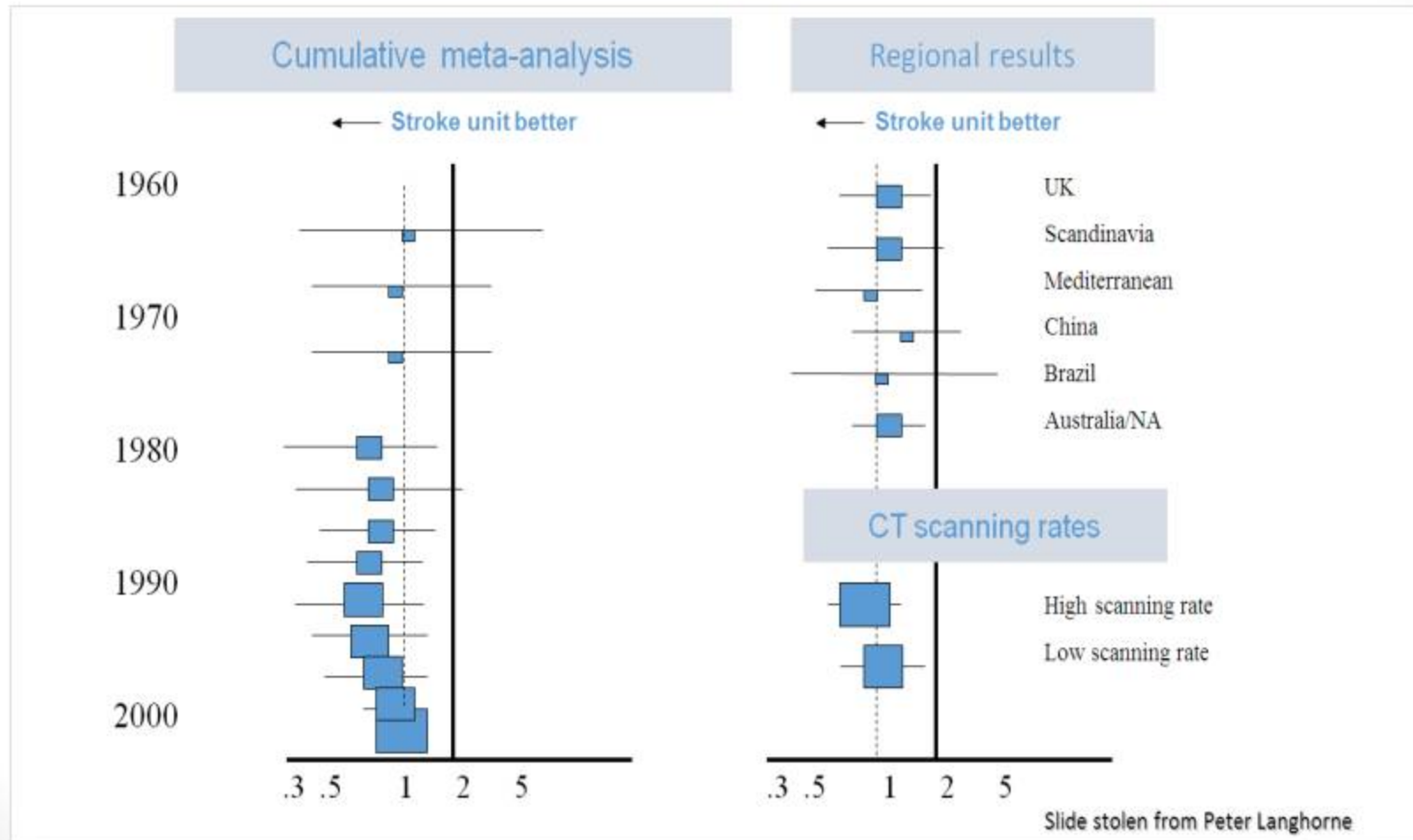


Немного обо мне...

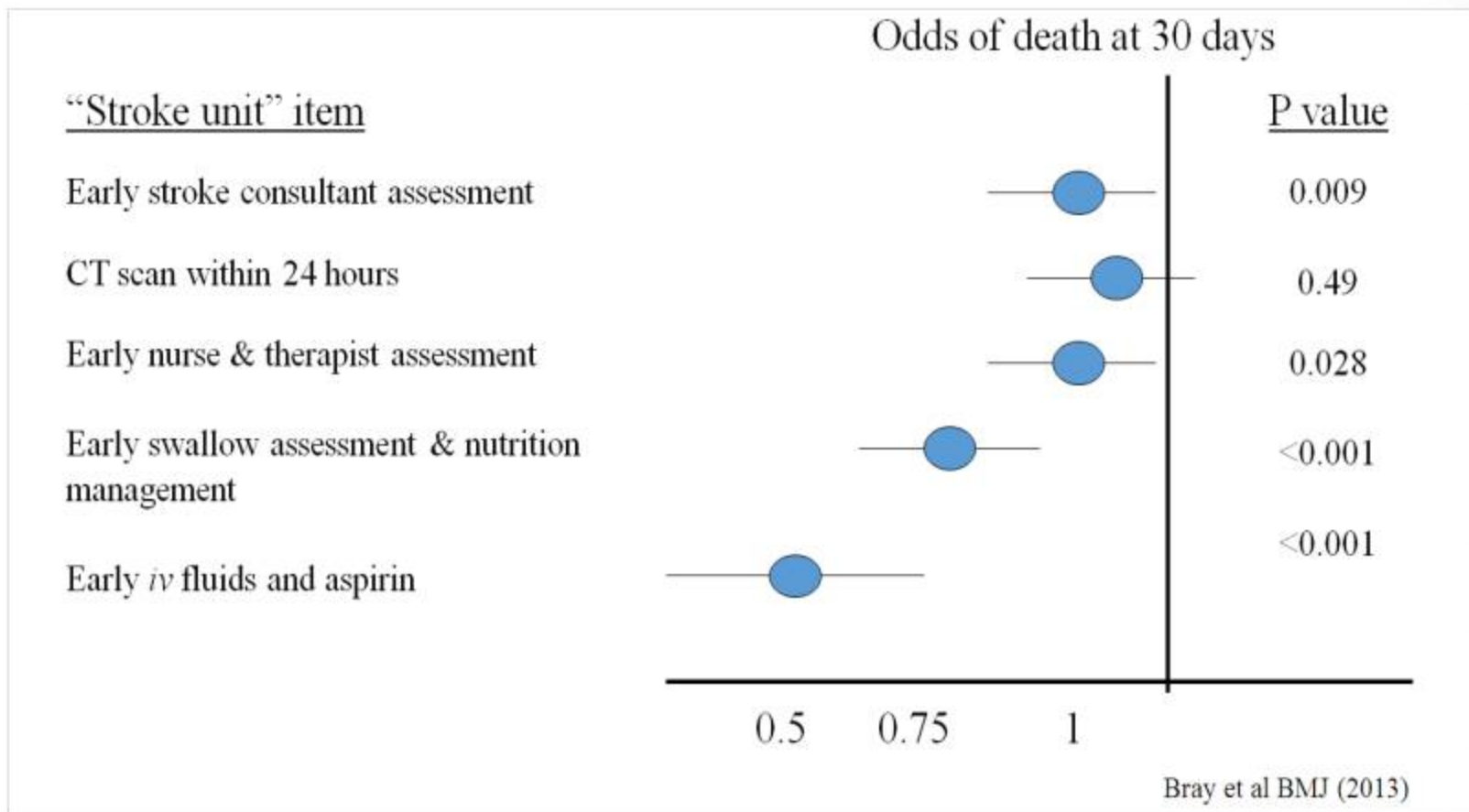
- Я окончила Ноттингемский университет со степенью магистра медсестринского дела в 2007 году.
- Моя диссертация на тему “Качественное исследование постинсультной центральной боли”.
- Моя первая работа после квалификации была в отделении острого инсульта и реабилитации.
- Я работала в отделении Сверхострого инсульта в Королевском Лондонском госпитале медицинской сестрой, выполняющей тромболизис.
- В течение последних 3-х лет я преподаю практические аспекты оказания помощи инсультным больным в больнице Святого Георгия, проводя клиническое обучение и оценку персонала, работающего с больными инсультом.
- У меня была возможность выступить на британском форуме по инсультам, от имени программы «Bridges», которая способствует использованию самоуправления в реабилитации больных с инсультом. Кроме того, я представила постер о работе, которую мы сделали в больнице Святого Георгия, для реализации программы «Bridge» и повышения роли медсестры в реабилитации.
- Во время проведения международного исследования «AVERT», (Исследование Очень Ранней Реабилитации), я участвовала в совещании британских участников исследования в Глазго.
- В июне этого года я буду выступать на конференции медсестер в Португалии, в которой буду рассказывать о роли медсестры, выполняющей тромболизис.



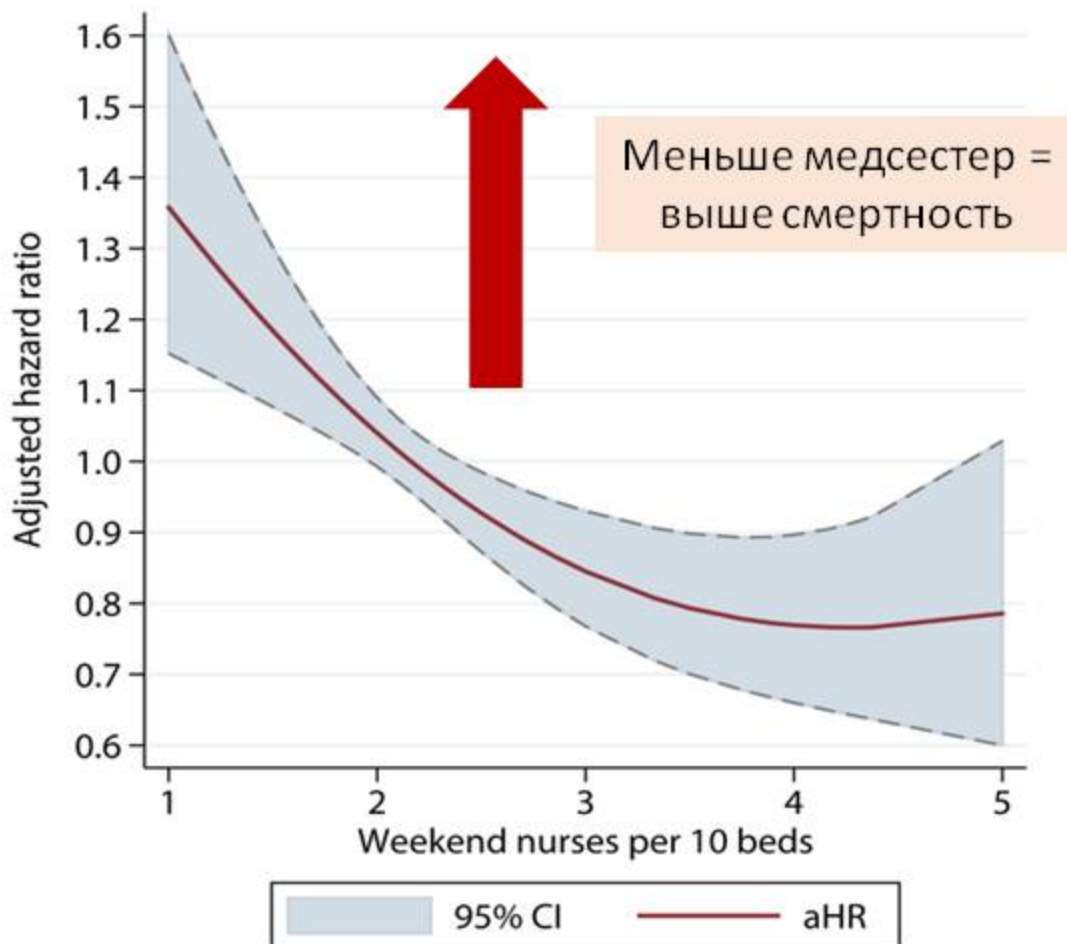
Результаты обследованных пациентов - СМЕРТЬ ИЛИ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ УХОД



Ассоциация помощи с хорошими результатами



Скорректированный коэффициент риска 30-дневной смертности пациентов, госпитализированных в выходные, по отношению к количеству зарегистрированных медсестер на десять коек



Какова роль медсестры, которая создает эту разницу ???

- **Специфические оценки медсестер и вмешательства, которые снижают смертность и повышают функциональные возможности, включают в себя:**
 - Управление недержанием / удержанием
 - Повторяющаяся практика функциональных задач
 - Соответствующее позиционирование и мобилизация
 - Управление питанием, гидратацией и дисфагией
 - Оптимальный уход за полостью рта
 - Продвижение самоведения
- Междисциплинарное сотрудничество



Недержание

Недержание является малоизученным последствием инсульта

Что мы знаем:

- Частота недержания после инсульта:
 - У 40-60% пациентов с острым инсультом будет недержание мочи
 - 25% продолжают испытывать проблемы при выписке из больницы
 - У 15% недержание сохраняется в течение одного года после инсульта
- Недержание мочи связано с плохими функциональными результатами
 - Выжившие после инсульта лица страдающие недержанием с большей вероятностью будут выписаны в дома сестринского ухода
- Запор встречается
 - у 55% пациентов в течение первого месяца инсульта
- Недержание повышает риск повреждений кожи и пролежней
- Недержание мочи отрицательно влияет на настроение, уверенность, самооценку и участие в реабилитации



Ведение недержания

- Персонал медсестер, прошедший подготовку по оценке и лечению запоров, недержания мочи и стула может:
 - Оценить тип недержания
 - Предложить поведенческие вмешательства для улучшения удержания:
 - туалет по времени
 - побуждение к мочеиспусканию
 - обзор потребления кофеина
 - «тренировка» мочевого пузыря
 - упражнения для тазового дна
 - оборудование
 - Предоставляйте приспособления для ухода, которые управляют недержанием:
 - уропрезервативы
 - подгузники
- Людям с инсультом не должен устанавливаться уретральный катетер (Фоллея), если нет особой причины, такой как задержка мочеиспускания, или когда критично точное измерение баланса жидкости. После установки катетера суточная доза бактериурии составляет 3-10%.
- Использование интермиттирующей катетеризации может улучшить качество жизни и снизить риск инфекций мочевых путей.



Функциональные задачи

- После инсульта, жизнедеятельность может быть затруднена из-за физических и когнитивных нарушений.
- Люди могут нуждаться в помощи:
 - - при мытье и одевании
 - - в умывании, расчесывании, бритье и т.п.
 - - при приеме пищи
- Утрата функциональных навыков может повлиять на способность человека самостоятельно жить дома и поэтому является ключевой частью реабилитации.



Отработка функциональных навыков

- Для того, чтобы произошла нейропластика, задачи и упражнения должны выполняться часто. Выполнение специализированных, повторяющихся упражнений увеличивает способность мозга «перемоделировать» себя:
 - Функциональные навыки, приобретенные в лечебных занятиях, необходимо последовательно интегрировать в повседневную жизнь человека, это может включать:
 - наблюдение
 - подсказки и руководство
 - ручная помощь
 - Обучение медсестер должно позволить им играть более активную роль в поддержке функциональной практики повседневной жизни, в том числе:
 - совместные занятия с эрготерапевтами, физическими терапевтами и логопедами для оценки способностей
 - хорошая коммуникация с мультидисциплинарной командой для обсуждения целей
- «Члены мультидисциплинарной команды полагаются на медсестер, которые выполняют планы лечения, интегрируя их в повседневную деятельность и обеспечивая обратную связь в отношении прогресса. Без этого, считают терапевты, прогресс пациента будет затруднен» (Long et al., 2001).
- Роль медсестры включает «... повышение независимости и функциональных возможностей пациента, предотвращение дальнейшего ухудшения и / или инвалидизации и повышение качества жизни» (RCN, «Роль медсестры в поддержке реабилитации пожилых людей», 2007 г.)



Позиционирование и мобилизация

- У многих инсультных пациентов сохраняются различной степени физические нарушения, которые могут снизить их способность менять положение и перемещаться
- Плохое позиционирование или поза и длительное нахождение в постели могут привести к следующим проблемам:
 - повреждению кожи
 - отёку конечностей
 - боли в плече или сублюксации (подвывиху) плеча
 - респираторным осложнениям
 - неспособности достаточно пить или есть
- Очень ранняя мобилизация

Рекомендации были изменены в результате недавнего международного РКИ, включившего более 2000 человек с острым инсультом. Были включены 56 инсультных блоков в 5 странах

«Очень ранняя высокоинтенсивная активность вне кровати, снижала вероятность благоприятного исхода без ускорения восстановления ходьбы или снижения количества тяжелых побочных осложнений, связанных с неподвижностью»

«Очень ранняя мобилизация высокой интенсивности также может быть неосуществимой».



Правильное позиционирование и мобилизация

- Рекомендации AVERT:
 - Мобилизация в течение первых 24 часов после инсульта должна быть проведена у пациентов, которым не требуется или требуется небольшая помощь
 - Лучшие результаты наблюдались при короткой, частой мобилизации на ранней стадии после инсульта, при этом увеличивался шанс более лучшего восстановления
 - Пациентам с двигательными нарушениями следует предлагать частые, короткие ежедневные мобилизации, обычно между 24-48 часами начала инсульта
- Междисциплинарная работа гарантирует, что занятия проводятся 24 часа в сутки
- Для снижения рисков важно правильное позиционирование как в кровати, так и в кресле и кресле-коляске.
- Обученный и компетентный в использовании специальных сидений и оборудования сестринский персонал может обеспечить безопасное и удобное позиционирование.
- Консенсус в обзоре литературы по позиционированию в положении лежа таков:
 - плечо и рука на пораженной стороне должны быть выдвинуты вперед, пальцы расправлены;
 - туловище должно быть выпрямлено по средней линии, без сгибания вперед или искривления вбок;
 - следует избегать наружной ротации и отведения бедра;
 - бедро на пораженной стороне должно быть выдвинуто вперед и согнуто в тазобедренном суставе для противодействия повышению тонуса разгибателей.
 - Обычно высказывалось мнение о сгибании колена, но мнения до сих пор расходятся





LYING ON AFFECTED SIDE

- One or two pillows for head
- Affected shoulder positioned comfortably
- Place unaffected leg forward on one or two pillows
- Place pillows in front and behind



LYING ON UNAFFECTED SIDE

- One or two pillows for head
- Affected shoulder forward with arm supported on pillow
- Place affected leg backwards on one or two pillows
- Place a pillow behind



LYING ON BACK (if desired)

- Place three pillows supporting both shoulders and head
- Place affected arm on pillow
- Optional pillow beneath affected hip



SITTING IN BED

- Sitting in bed is desirable for short periods only
- Sitting upright well supported by pillows
- Place both arms on pillows



SITTING UP

- Sitting well back in the centre of chair or wheelchair
- Place arms well forward onto two pillows on table
- Feet flat on floor or footrests



Питание и гидратация

- Обезвоживание и недоедание обычны для стационарных пациентов с инсультом
 - 57% пациентов теряют вес с первой недели по шестой месяц после инсульта
 - 22% недоедают в течение шести месяцев после инсульта
- Факторы, которые могут способствовать этому :
 - Дисфагия
 - Зависимость от кормления
 - Снижение узнаваемости продуктов питания
 - Внешний вид пищевых продуктов и жидкостей
 - Поза: мышечная слабость, высаживание, контроль головы, респираторный статус
 - Визуальный / перцептивный: неглект, невнимание, координация, проприоцепция
 - Когнитивное функционирование: внимание, импульсивность, понимание, осознание, поведение
- Обезвоживание и недоедание связаны с плохими исходами заболевания, повышенной смертностью и осложнениями

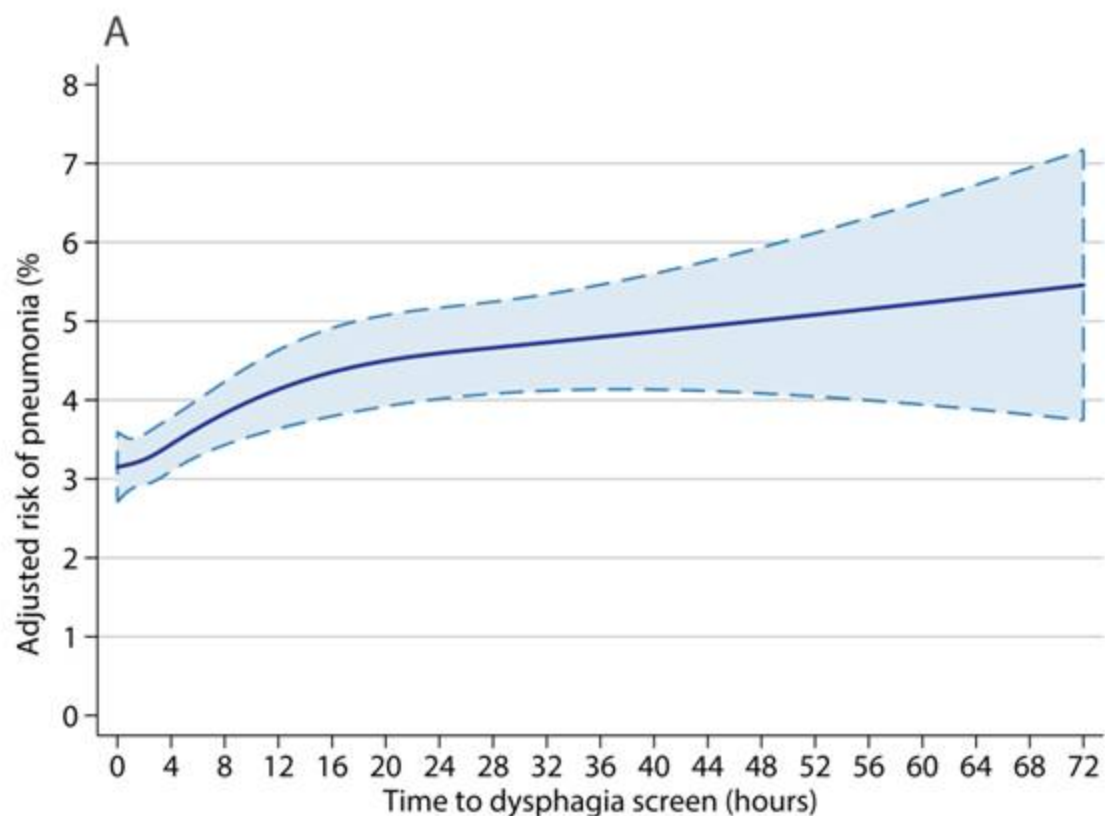


Дисфагия

- Дисфагия возникает у 40 - 78% пациентов после инсульта
- Дисфагия может приводить к плохим результатам, включая более высокий риск длительного пребывания в больнице, инфекции грудной клетки, инвалидизации и смерти
- Задержки в скрининге и оценке дисфагии приводят к высокому риску пневмонии, связанной с инсультом. Абсолютный рост заболеваемости пневмонией = + 1% за каждый день просрочки.



Время скрининга дисфагии и риск пневмонии, связанной с инсультом



Modelled association adjusted for age, sex, stroke type (ischaemic, primary intracerebral haemorrhage, undetermined), pre-stroke functional level (modified Rankin Score), place of stroke (out of hospital or inpatient) and comorbidity, and NIHSS



Снижение риска недоедания, обезвоживания и аспирации

- Дефицит питания развивается на протяжении всех этапов реабилитации, что указывает на необходимость более структурированного мониторинга состояния питания
- Использование проверенных инструментов скрининга, таких как Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), может отслеживать и прогнозировать плохие результаты, позволяя начать вмешательство и ведение в более ранние сроки
- Предоставление помощи людям, которые не могут самостоятельно есть, включает:
 - соответствующее оборудование
 - наблюдение
 - устные подсказки
 - физическую помощь
- Рутинный скрининг на наличие дисфагии для всех пациентов с инсультом перед приемом чего-либо внутрь
- Медсестры, прошедшие подготовку, проводят оценку во время кормления:
 - контроль за изменениями или ухудшением состояния при глотании или дыхании.



Уход за полостью рта

- Для пациентов с инсультом важна хорошая гигиена полости рта.
 - Плохая гигиена полости рта приводит к личным, социальным и медицинским проблемам.
 - Основные факторы риска аспирационной пневмонии:
 1. Зависит от кормления
 2. Зависит от гигиены полости рта
 3. Зондовое питание
 4. Положение
 - Хорошая гигиена полости рта может снизить смертность от аспирационной пневмонии на 50%
- После инсульта пациент находится под угрозой плохой гигиены полости рта из-за следующих факторов :
 - повышенная трудность очистки остатков пищи и жидкостей из полости рта
 - опущение лица и плохое смыкание губ
 - когнитивные нарушения
 - дисфагия
 - слабость руки
 - неадекватная саливация
 - побочные эффекты при приеме препарата, приводящие к сухости во рту



Содействие и помощь при уходе за полостью рта

- Персонал медсестер, прошедший подготовку в следующих областях, может помочь улучшить гигиену полости рта:
 - Обсуждение нормального режима гигиены полости рта
 - Оценка полости рта
 - Оценка требований гигиены полости рта / необходимой помощи
 - Подбор и использование соответствующего оборудования для гигиены полости рта и чистящих средств
 - Предоставление процедур ухода за полостью рта
 - Осведомленность и признание проблем с глотанием
- Гигиена полости рта должна включать чистку зубов не менее двух раз в день
- Пациенты, которые являются НЧР («Ничего через рот»), должны, в дополнение к чистке зубов, регулярно увлажнять рот в соответствии с оценкой полости рта

Sources: DOH (2005), DOH (2001), RCP Guidelines 2016



Самоведение

- Под самоведением понимается способность человека управлять симптомами, лечением, физическими и психологическими последствиями состояния
- Инициативы по самоведению могут использоваться для решения более долгосрочных вопросов, «неудовлетворенных потребностей» пациентов после выписки из больницы, включая чувство «одиночества»
- Программы самоведения, основанные на **самоэффективности**, могут влиять на функциональные возможности и социальное участие
- Источники самоэффективности
 - Опыт освоения
 - Опыт замещения
 - Внутренняя обратная связь (психологическая и физиологическая)
 - Информация от убедительного и надежного источника
- Необходимы дополнительные исследования, чтобы понять роль самоэффективности в реабилитации; навыки, необходимые профессионалам для поддержки пациентов в достижении этой цели



Благодарю за внимание

- Пожалуйста, не стесняйтесь обращаться ко мне с любыми вопросами
- Jessica.styles@stgeorges.nhs.uk



References

- Askim T et al (2012) Stroke patients do not need to be inactive in the first two weeks after a stroke: results from a stroke unit focused on early rehabilitation. *International Journal of Stroke*; 7: 1, 25-31.
- AVERT Trial Collaboration group, 2015. Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 hours of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial. *Lancet*, 386, 46-55.
- Bernhardt J, Churilov L, Ellery F, Collier J, et al, 2016. Prespecified dose-response analysis for A Very Early Rehabilitation Trial (AVERT). *Neurology*, 86, 2138-45.
- Bray BD, Ayis S, Campbell J, Cloud GC, et al. 2014 Associations between Stroke Mortality and Weekend Working by Stroke Specialist Physicians and Registered Nurses: Prospective Multicentre Cohort Study. *PlosMed* 11(8):e1001705, doi:10.1371/journal.pmed.1001705 <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1001705>
- Bray BD, Smith CJ, Cloud GC, Enderby P, et al, 2016. The association between delays in screening for and assessing dysphagia after acute stroke, and the risk of stroke-associated pneumonia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*
- Brady M, Furlanetto D, Hunter RV, Lewis S, et al, 2006. Staff-led interventions for improving oral hygiene in patients following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD003864.
- Brynningsen PK, Damsgaard EM, Husted SE. Improved nutritional status in elderly patients 6 months after stroke. *J Nutr Health Aging* 2007;11(1):75-9.
- Carr EK, Kenney FD. Positioning of the stroke patient: a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 1992;29(4):355-69.
- Davalos A, Ricart W, Gonzalez-Huix F, Soler S, et al, 1996. Effect of malnutrition after acute stroke on clinical outcome. *Stroke*, 27, 1028-32.
- Department of Health, 2001. National service framework for older people [Online]. London: DH. Available: <https://www.gov.uk/government/publications/quality-standards-for-care-services-for-olderpeople>.
- Department of Health, 2005. Choosing Better Oral Health: an oral health plan for England [Online]. London:DH Available:http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh_4123251



- Gomes F, Emery PW & Weekes CE, 2016. Risk of Malnutrition Is an Independent Predictor of Mortality, Length of Hospital Stay, and Hospitalization Costs in Stroke Patients. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*, 25, 799-806.
- Johansson, B.B. (2011). Current Trends in Stroke Rehabilitation. A Review with focus on Brain Plasticity. *Acta Neurologica Scandinavica*, 123, 147-159. doi: 10.1111/j.1600-0404.2010.01417.x
- Jones F and Riazi A. Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review. *Disabil Rehabil* 2011;33(10):797-810
- Indredavik B et al (1999) Treatment in a combined acute and rehabilitation stroke unit: which aspects are most important? *Stroke*; 30: 9, 17-23
- Koratamaddi, N (2012) Stroke Rehabilitation and Neuroplasticity: Efficacy and Methods Available. Vol. 4 No. 05 | pg. 2/2 |
- Langhorne P, Wagenaar R & Partridge C, 1996. Physiotherapy after stroke: more is better? *Physiotherapy Research International*, 1, 75-88.
- Langmore SE, Terpenning MS, Schork A, Murray JT, Lopatin D, Loesche WJ, 1998. Predictors of aspiration pneumonia: how important is dysphagia? *Dysphagia*. 1998, 13: 69-81.
- Leone M, Garnier F, Avidan M, Martin C, 2004. Catheter-associated urinary tract infections in intensive care units. *Microbes and Infection*, Vol 6:11, 1026-1032
- Lennon S, McKenna S, & Jones F. Self-management programmes for people post stroke: a systematic review. *Clin Rehabil* 2013;27(10):867-78
- Makela P, Gawned S, Jones F. (2014) Starting early: integration of self-management support into an acute stroke service. *BMJ Qual Improv Report* 2014;3: doi:10.1136/bmjquality.u202037.w1759.
- Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, et al, 2005. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*, 36, 2756-63.
- Martino R, Maki E & Diamant N, 2014. Identification of dysphagia using the Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST®): are 10 teaspoons of water necessary? *International Journal of Speech Language Pathology*, 16, 193-8.
- National Institute for Health and Care Excellence. CG162 Stroke rehabilitation: full guideline, 2013 [online] Available: <http://guidance.nice.org.uk/CG162/Guidance/pdf/English>



- National Institute for Health and Care Excellence, 2013, Clinical Guideline 171: Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women [Online]. Available: <http://guidance.nice.org.uk/CG171>.
- Royal College of Physicians, 2016. National Clinical Guidelines for Stroke. [Online] October 2016. Available from: <https://www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy/stroke-guidelines>
- Royal College Nursing, 2007. Maximising Independence: The Role of the Nurse in Supporting the Rehabilitation of Older people. London. RCN
- Rowat A, Graham C & Dennis M, 2012. Dehydration in hospital-admitted stroke patients: detection, frequency, and association. *Stroke*, 43, 857-9
- Thomas LH, Cross S, Barrett J, French B, et al, 2008. Treatment of urinary incontinence after stroke in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD004462
- Wilson D, Lowe D, Hoffman A, Rudd A, Wagg A, 2008. Urinary incontinence in stroke: results from the UK National Sentinel Audits of Stroke 1998–2004. *Age and Ageing* 37: 542–546
- Woodward & Rew, 2003. Patients' quality of life and clean intermittent self-catheterization. *British Journal of Nursing*, Vol 12, No 18: 1066-1074
- Yoneyama T, Yoshida M, Ohru T, Mukaiyama H, Okamoto H, Hoshiba K, Ihara S, Yanagisawa S, Ariumi S, Morita T, Mizuno Y, Ohsawa T, Akagawa Y, Hashimoto K, Sasaki H, 2002. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *American Geriatrics Society*. Mar;50(3):430-433





ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТОЛОГИИ
СОЮЗ РЕАБИЛИТОЛОГОВ РОССИИ

www.rehabrus.ru

info@rehabrus.ru

- Скачать данную презентацию Вы можете на сайте Союза реабилитологов России в разделе Материалы