

脑梗死病人的出院护理指导

马 艳 胡 林*

昆明医科大学第一附属医院神经内科 云南昆明 650032

【摘要】根据调查,脑梗死患者的致残率和复发率高达 50% 以上,随着脑梗死患者的致残率和复发率的不断提高,而且近年来康复医疗对偏瘫患者的功能治疗愈来愈明确,其功能障碍的恢复和生活质量的提高与护理越来越为密切。所以为了降低脑梗死患者的致残率和复发率,指导脑梗死家属为病人做好出院以后的康复护理就显的至关重要。

【关键词】脑梗死;出院指导

【中图分类号】R473.74

【文献标识码】A

【文章编号】2095-9753 (2019) 07-088-02

脑梗死是指各种栓子(血液中的异常固体及气体)随血液进入颅内动脉,而导致动脉闭塞,引起局部脑组织因缺血缺氧而坏死、软化的一种疾病,此病会导致相应的供血区脑组织缺血、缺氧、坏死,出现脑的功能障碍如出现偏瘫、失语、偏身感觉障碍及偏盲等,致使脑梗死患者的致残率和复发率的不断提高,其功能障碍的恢复和生活质量的提高亦与护理极为密切。所以病人经过治疗后,患者还必须度过较长一段时间的康复期,所以做好患者及其家属的出院护理指导对脑梗死患者的康复效果有着极其非常重要的意义。

1 临床资料

2018 年 7 月-12 月我科室一共收治脑梗塞患者 150 例,男性 87 例,女性 63 例,其年龄 21~75 岁,治愈 21 例,约占 8.3%,好转 129 例,约占 69.8%,本组病例分析显示大多数脑梗塞患者必须经过较长一段时间的康复治疗阶段。

2 家庭护理指导

2.1 饮食指导

2.1.1 以低脂、低胆固醇、低盐、适量的碳水化物和物、丰富维生素饮食为原则,少食肥肉、猪肉、奶油、动物内脏及其糖果、甜食等食物,多食用瘦肉、鱼虾、豆制品、新鲜蔬菜水果和含碘食物。

2.1.2 控制热量,防止热量过高,饮食要有规律,切忌暴饮暴食或着过分饥饿。

2.1.3 适当饮茶,因为茶中含有儿茶酚胺、茶碱以及多种成分,此类成分可以增加血管韧性,改善血液循环。

2.1.4 要戒烟戒酒,因为烟草中含有尼古丁成分,其可引起血管壁的损坏,长期饮酒可以导致血压升高。

2.1.5 要按照医生出院时的指导按时服药,如有降压药,一定要按时服用,不能自己擅自增加或减少药物的剂量。

2.2 安全指导

2.2.1 该患者因应建立安全舒适的环境,注意患者的安全,室内采光柔和,不要放置危险物品,其生活物品放置应该以方便患者行动为宜。

2.2.2 行走训练注意防止跌到造成骨折,保持地面平坦、干燥,浴室及厕所最好装有扶手架,给患者穿轻便、防滑、合脚的软底鞋,在患者进行日常生活料理时,给予充足的时间,切记催促,不要让患者擅自离开安全环境,以防不测。

2.3 生活护理指导

2.3.1 家属照顾患者应该有耐心,根据患者的生活习惯制

订日常生活时间表,鼓励患者自理生活。

2.3.2 对长期卧床患者,要做到定时翻身、按摩、进行肢体功能活动、保持床褥平整、干燥,预防褥疮及并发症,卧床时要加床栏,防坠床。

2.3.3 家属可根据患者的自理能力,关心、督促和帮助他们进行日常生活和个人卫生的料理,例如洗脸、刷牙、更衣、沐浴、进餐、理发、剃须,修指甲等。

2.3.4 家属应尽量满足患者的兴趣爱好和合理要求,适当地安排患者活动,鼓励患者参加集体活动,适当让患者外出走走,但必须有人陪同患者,要注意安全,以防意外发生,患者家属应给患者佩带身份识别卡(识别卡可包括患者姓名、患者家庭联系的地址、联系人以及电话等内容),一旦患者走失方便寻找。

2.3.5 功能锻炼适度,给患者活动时,应注意活动过度的症候,例如出现全身乏力,面色苍白或运动不协调,心跳呼吸加快,有时甚至呼吸困难等缺氧症状表现时应该立即停止活动,必要时到医院就医。

2.3.6 养成良好生活习惯,例如培养良好的睡眠习惯,白天除午睡外,尽量不卧床,午睡时间也不宜过长。饮食应该适量,晚餐不宜吃的过饱,晚餐后不宜多饮茶水或引起兴奋的饮料,入睡前温水泡脚可以帮助入睡。

2.3.7 注意保持患者愉快的心情,稳定的情绪,避免患者过于的情绪激动和紧张焦虑。

2.4 康复训练指导

2.4.1 行走训练指导:指导患者由卧位→坐位→立位→站立→行走。

自我运动训练:指导患者健侧肢体主动运动或协助患侧肢体被动活动;患侧肢体主动运动是用意志支配发生神经冲动,使瘫痪的肌肉收缩,然后做助力运动,进而做主动运动:鼓励患者练习翻身及向上下左右移动身躯,翻身或移动身体时用健侧肢体抓住床边或床栏或在他人协助下练习起坐。

坐起训练指导:由于患者长期卧位,其全身状态不佳,突然坐起可发生面色苍白,眩晕等不适症状。为避免上述症状发生,可由患者家属协助患者坐起,一般采用活动靠背进行训练,床头角度由 30° 开始,每天增加 5°~10°,到 80° 为止,每天坐起时间从 5 分钟增加至 30 分钟开始,每天坐起次数及坐起时间,需靠背坐起有一定耐力后,改为不用靠背独立坐起。

立位训练指导:先使患者在帮助下扶支撑物站立,并多次重复至最后徒手站立;由坐位自己起立时,起立时先俯身

* 通讯作者:胡林

向前,然后挺直躯干;两下肢分开先健侧后患侧轮流支持体重,基本稳定后,即可转入步行训练。

行走训练指导:患侧腿部肌力得到恢复时,可以开始使用步行辅助器来训练患者的步行,患者家属训练患者站立行走时要站在其的患侧,借助患者家属的内侧腿拖带患者患侧下肢向前行走,并可采用绷带系于患者足部,用健侧手将患侧肢体向前拉。这样一步一步的向前移动,开始下一个步态周期。当独立步行稳定后,再进一步训练复杂的步伐,如绕去圈走,上下台阶或楼梯,跨越障碍、转换方向等。

2.5 语言训练指导

语言的训练指导,其重点是练习患者舌的活动功能和发音肌群的动作。发音练习时,可以先用简单的词,例如像婴儿学语言一样,可以先教患者发爸爸、妈妈、狗、猫咪、吃饭等音,朗读一些简单的句子,例如报刊上的大标题,日常生活的常用语、以往爱说的口头常等等,例如吃饭、上班;教他以前熟悉的歌曲、诗歌和一些小调等这样一方面可锻炼患者的语言功能,另一方面还可以唤醒患者语言的记忆。还可以指导患者做口腔操:教患者撅嘴、鼓腮、龇牙、叩齿等动作,每个动作做5—10次,此为一个单元训练。总之,语言训练要先易后难,结合实际生活循序渐进的原则进行。这里也需要患者家属要有耐心,每天至少练习三次,每次半小时。另外,也要注意给患者一定的鼓励,以增强配合训练的信心。

2.6 心理护理的指导

2.6.1 在脑梗塞的病人中,因其其病变的部位、范围和程度的不同,可以出现各不相同的智力障碍、情绪、心理、行

为、性格等方面的不同,因此尊重患者,耐心倾听患者诉说,与患者谈话时声音要大,措辞应该简短清晰,重复重点,必要时可以使用辅助器材,例如助听器、识字卡等,以便更好的与沟通。

2.6.2 脑梗塞患者可能因偏瘫或失语从而感到自卑、消极,或因生活不能自理而导致性情急躁,易发怒,甚至出现厌世轻生,家属应注意多关心患者,多与患者沟通,给予患者精神及其物质方面的支持,解除患者的顾虑,稳定患者的情绪使患者懂得只要好好的配合治疗,认真做好康复训练,一定可以度过难关,逐渐康复。

3 小结

脑梗死致残率和复发率高达50%以上,随着脑梗死患者的致残率和复发率的不断提高,而且近年来康复医疗对偏瘫患者的功能治疗愈来愈明确,其功能障碍的恢复和生活质量的提高亦与护理极为密切。所以为了降低脑梗死患者的致残率和复发率,指导家属为病人做好出院以后的康复护理就显得至关重要。现我科室现由责任护士在患者出院前为其制定家庭康复护理计划,患者出院后通过采取定期电话采访,给予针对性指导,制定复诊时间等方式进行康复阶段评估,目前已取得了较好效果,通过对150例患者出院后的随访情况表明,91.2%患者的生活自理能力均有不同程度的提高,而且也受到患者及家属的一致好评。

参考文献:

- [1] 黄明辉, 黄伟容, 成慧. 脑梗死住院患者的健康教育[J]. 广州医药, 2007, (6).

(上接第86页)

物质的摄取,此方法可以取得一定效果,但对患者身体会有一定影响,而吞咽障碍具有可逆性,不是永久损伤,所以早期护理是有必要的,患者健康是可以恢复的。对患者早期进行护理,针对心理及饮食指导,对患者恢复健康有重要意义^[5]。本文章旨在研究早期康复护理应用于听神经瘤术后吞咽功能障碍患者的临床疗效,结果显示,其效果要比常规治疗好的多,疗效显著,有效的降低了患者吸入性肺炎的发生率,为患者康复起到了关键性作用。

综上所述,早期康复护理在听神经瘤术后吞咽功能障碍患者中的应用价值很高,效果明显,可促进患者吞咽功能恢复,减少吸入性肺炎发生。

参考文献:

- [1] 范玉莹, 郑晓纯, 杜爱红等. 早期康复护理在听神经瘤术后吞咽功能障碍患者中的应用[J]. 护理实践与研究, 2017, 14(18):155-156.

- [2] 陈培培. 康复护理对听神经瘤术后吞咽功能障碍的影响[J]. 中国卫生标准管理, 2019, 10(6):112-114.

- [3] 朱凌云, 汤丽萍, 束玲玲等. 早期护理干预在听神经瘤术后吞咽功能障碍患者饮食护理中的作用[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(2):44-46.

- [4] 张丽华, 乐革芬, 李莺等. 信息-动机-行为技巧模型在听神经瘤术后吞咽障碍病人中的应用[J]. 护理研究, 2019, 33(1):142-145.

- [5] 石荷叶, 何宗泽, 张雯等. 60例听神经瘤显微手术后并发症的观察与护理[J]. 四川医学, 2010, 31(4):551-552.

(上接第87页)

功能锻炼等。根据病情,适当地引入心理干预,借助音乐改善患者紧张情绪,同时尽可能减少患者的暴露,尊重个人隐私,这些对于减少谵妄的发生都起着重要作用。而在治疗过程中,合理地进行功能锻炼,包括被动的肢体活动、床旁站立等,不仅可以减少谵妄的发生,有利于患者身心的全面恢复,而且可以提高出院时生活能力。鉴于谵妄的高发率和其可能带来的不良影响,早期重视谵妄发生的影响因素,采取积极的优质护理,可能预防和减少谵妄的发生,促进危重症患者的良性转归。

综上所述,APACHE II评分、机械通气、呼吸衰竭、年龄等为急诊危重症病患谵妄发生的独立危险因素,而给予病患

有效的护理措施,有利于防止病患病情的进一步加重。

参考文献:

- [1] 温成成, 秦家碧. 老年痴呆患者谵妄的研究现状及护理进展[J]. 海南医学. 2019(04)

- [2] 朱雯霏, 李滢, 何为, 陈波, 钱静, 葛亚力. 冠状动脉搭桥术后患者谵妄危险因素分析及护理对策[J]. 齐鲁护理杂志. 2016(24)

- [3] 黄丽, 张燕华. 中风后谵妄的相关因素分析及护理对策[J]. 当代护士(下旬刊). 2018(06)

- [4] 孙建华, 郭海凌, 孙丹丹, 赵明曦, 李奇, 汤铂, 朱振男, 梁涛, 王小亭. 重症患者谵妄评估的现状调查及影响因素分析[J]. 中华护理杂志. 2018(01)