

脑梗死恢复期患者的康复护理

王晓睿

吉林市龙潭区江密峰镇卫生院,吉林 吉林 132000

【摘要】 目的 探讨分析对脑梗死恢复期患者实施康复护理的临床康复护理的效果。方法 选取 2020 年 6 月—2021 年 6 月到我院就诊脑梗死恢复期患者为研究对象。将所有患者按照随机分组的方法分成 A、B 两组,每组患者 28 例,A 组实施康复护理,B 组实施常规护理。对比两组患者的美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、评定日常生活能力(ADL)指数。结果 A 组患者 NIHSS 评分、ADL 指数都明显更好,两组间数据差异较为明显($P < 0.05$)。结论 对脑梗死恢复期患者实施康复护理,护理效果较为理想。

【关键词】 脑梗死恢复期;康复护理;护理效果;健康管理

脑梗死在临床上较为常见、多发,中老年人多发群体。该病具有发病急,高致残率、高致死率,预后严重不良,病情较为危重,易出现不同程度的记忆力下降、肢体瘫痪及语言障碍、二便不能自控、不能生活自理等后遗症^[1]。患者对突如其来的疾病担忧焦虑,对生活及治疗失去信心。久病卧床导致患者产生急躁等负面情绪不愿配合医务人员治疗。所以康复护理对于恢复期脑梗死患者后遗症的恢复很重要。临床上在脑梗死恢复期患者护理期间提出了康复护理,护理效果理想。本组选取 2020 年 6 月—2021 年 6 月到我院就诊的 56 例脑梗死恢复期患者分为 A 组和 B 组。A 组实施康复护理,B 组实施常规护理。实施康复护理的 A 组脑梗死恢复期患者护理效果良好,现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料 选取我院 2020 年 6 月—2021 年 6 月收治的 56 例脑梗死恢复期患者,按照随机数字表法分成 A 组和 B 组,每组患者 28 例,A 组实施康复护理,B 组实施常规护理。A 组患者年龄 45~84 岁,男女患者的比例是 4:3;B 组患者年龄 46~83 岁。男女患者的比例是 15:13。两组基本资料的差异不显著($P > 0.05$),具有对比性。

1.2 方法

1.2.1 对 B 组患者实施常规护理 对患者开展药物、饮食指导等常规性护理干预;

1.2.2 A 组患者接受康复护理 ①语言康复护理干预。护理人员通过询问和查阅病历等方式对患者各项临床资料进行详细了解,布置病房需要

根据患者喜好,为了激发患者听觉能力、触觉能力及视觉能力播放患者喜欢的音乐及影视节目。护理人员需要跟患者及其家属建立和谐的护患关系以便于沟通交流。为了激发患者说话欲望,叮嘱患者家属为患者讲述病前开心有趣的事情。这个过程需要尊重患者、关心患者,同时遵循循序渐进原则。为增强患者语言康复训练兴趣,护理期间医护人员需要耐心、真诚,鼓励患者积极配合语言康复。②肢体康复护理干预。给予患病初期患者肢体康复训练,指导患者使用患肢进行日常工作,训练时注意结合主动、被动训练方式进行,指导患者进行患侧上、下肢运动时注意运动强度,不宜太过剧烈。护理人员指导患者按摩患肢患侧肌肉,指导患者进行肩关节、膝关节及腕关节功能训练。指导患者使用健肢协助患肢进行锻炼。③心理疏导。医护人员需要关注患者负面情绪,耐心开导患者,告知患者恢复语言能力、生活能力等需要一定时间^[2]。叮嘱患者积极配合药物治疗及康复训练。根据患者岁数、性格特点进行沟通交流。依据患者不良情绪产生的原因,针对性进行心理疏导。护理方案符合患者当下心理状态,鼓励患者坚持康复锻炼。

1.3 疗效判定^[3] NIHSS 评分:利用神经功能缺损量表统计;ADL 指数:利用日常生活活动力量表统计。

2 结果

对比 B 组患者,A 组患者 NIHSS 评分、ADL 指数明显更佳,组间差异明显,有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者 NIHSS 评分、ADL 指数对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	NIHSS	ADL
A 组	28	11.3 ± 3.2*	68.8 ± 8.6*
B 组	28	25.2 ± 5.6	31.5 ± 5.3

注: * 表示与 B 组比较 $P < 0.05$ 。

3 讨 论

脑梗死作为脑血管系统疾病,经过及时抢救,虽然能够缓解患者一些急性症状,但是由于患者大脑中各项神经尚未完全重建定型容易出现不同程度的行动障碍及语言障碍。临床护理总结发现,如果患者机体没有出现严重病变保持体征平稳,通过康复护理能够促使患者身体情况改善明显。据相关文献报道,脑梗死恢复期患者脑组织具有较强的可塑性,残留脑细胞能够发挥原本作用同时能够帮助患者重建脑组织^[4],可有效预防患者发生脑组织萎缩并可有效挽救患者脑组织生理功能,可明显改善患者语言表达能力及肢体运动障碍。

3.1 基础护理 保持房间空气新鲜、整洁、安静。按时检测患者体温、脉搏、呼吸和血压等基本指标并总结指标趋势,重点关注异常指标。及时将指标趋势图分享给主管医生。指导轻症患者自主完成起床、穿衣、洗漱,按时入厕等基本生活。为了预防褥疮的发生,护士和家属协助重症患者定时完成翻身、拍背、按摩等保健动作。对冷热的反应迟钝的患者,医护人员要提醒患者注意保暖,防止受凉,烫伤的发生。

3.2 饮食护理 指导患者饮食易消化、低盐、低脂、高维生素、高蛋白。尽量用植物油少用动物油。饮食注意增加蛋白质的摄入。每人每天摄入不超过 3g 食盐,尽量少吃点心、糖果和饮料等含糖类的食物。为了防止血栓的形成,在清晨和晚间嘱咐患者多喝水。避免暴饮、暴食等不良饮食习惯,戒烟、酒、忌食辛辣食物。

3.3 心理护理 来我院康复治疗的大多数为起病急,经过治疗脱离危险期的患者。大多数患者不能接受后遗症,会产生厌世、悲观失望,丧失康复信心。对于不愿意跟人交流、情绪低落的患者。护理人员应及时与患者沟通,掌握患者的家庭背景和心理状态。加强与患者家属联系,介绍患者病情及护理要点。为了调整患者的情绪,要求患者家属轮流陪护照看。家属全方位陪护后,患者心情好转,治疗训练更加积极主动,大多数患者经过 5 月的康复训练,肢体功能恢复良好,语言表达清楚,顺利出院。

3.4 瘫痪肢体功能训练 当脑梗死患者病情相对稳定时,早期肢体活动能够降低静脉血栓发生的概率,缓解疼痛,有助于功能恢复。我院对于首次入院进行康复治疗的患者进行全方位体检。评估病情,制定康复方案。对患者家属进行基础推拿、按摩培训。让患者尽量确保每日的户外活动量。指导患者步行时出脚顺序以及训练要领。训练初期由家属陪护和护士指导,随着康复的进行让患者逐渐适应独自行走。指导患者通过写字、用筷子、梳头、洗漱、穿衣、进食等活动,增强手指的灵活度。

3.5 语言训练 失语患者的护理:为了恢复患者基本的社会交往,提高患者自信心,需要尽快帮助患者恢复正常的沟通交流和社交能力^[5]。护理人员要指导患者家属每日借用手势和口型等非语言沟通方法与患者交流。通过播放广播和音乐的方式,增强患者讲话的意愿。从简单的发音开始训练,同时配合面部针灸和理疗。经过一段时间的康复治疗言语功能可恢复 50% ~ 60%^[6]。

康复护理是指根据总的医疗康复计划,围绕躯体的、精神的、社会的、职业的各个方面的康复目标,通过与康复医师等其他康复专业人员的密切合作护理,帮助残疾者实现康复或者减轻残疾、预防继发残疾的目的。是康复医学工作重要的组成部分,康复护理跟常规护理不同,它以基础护理技术为主要手段,帮助患者尽快恢复生理功能。康复护理包括日常生活活动能力的训练和指导、主动型运动和理疗相结合的物理疗法、心理开导和暗示的心理疗法、科学配膳与要求的饮食疗法、传统康复医疗中的技术引导和培训、生活、技能、语言、运动训练等专业技术。康复护理是集业务性、技术性、体力性的综合操作。

康复护理是研究解除患者痛苦,为患者创造接受治疗和康复的有利条件,也是一门研究各种疾病康复与预防的学科。该护理疗法以中西医结合、传统康复、和临床康复为基础,与心理学、伦理学、营养学、经济学、管理学密切相关。康复护理人员不仅应具备临床各科的基础护理知识,也应该掌握体位处理、活动训练、残存机能的训练、辅助工具使用的训练以及预防并发症的护理等康复护理的特殊知识。康复护理期间,医护人员需要加强患者、患者家属之间的密切配合。同时在患者语言能力、肢体能力等方面给予康复护理干预。让患者锻炼自己穿衣吃饭实现日常生活能力提升。护理期间医护人员应该尽量满足患者的护理需求,让患者愿意配合护理、康复训练。

随着生活水平的提高,健康管理的观念开始兴起。在健康体检结果的基础上评估健康状况,给出针对性健康管理方案,建立健康档案属于狭

义的健康管理。该方案由专业人士跟踪服务,使客户得到全方位的健康保障服务。

在我国,健康管理服务对象主要集中在经济条件较好的人群,公众的认知度较低,属于新生事物。健康管理目的是预防和控制疾病发生发展,降低医疗费用,提高人民生命质量。健康管理通过健康教育,提高人民的自我管理意识和水平。在日常管理中通过采集健康信息、健康体检、评估、干预等手段干预和完善生活方式,促进人民养成良好的饮食生活习惯。

健康管理是对危险因素进行管理的过程。健康管理关键的技术部分是风险评估。健康管理是慢性病预防的第一步。该方法通过收集个人信息,分析危险因素与健康状态之间的关系。预测个人发生特定疾病的时间以及导致死亡的可能性。并由此预测制定针对性的干预方案。帮助个人实现健康效果最大化。

慢性非传染性疾病的发生及其危险因素具有可干预性。通常,任何疾病的发展都需要经历一个低风险状态、高风险状态、出现早期临床症状、最后形成疾病这个漫长过程。这个过程往往需要几年甚至十几年的时间,其间变化过程不易察觉。健康管理能够识别出发生疾病的危险因素,提醒人们在疾病形成之前进行预防干预。可以有效延缓疾病的发展进程、甚至逆转疾病的发生,达到康复的目的。

具体来说,健康管理可以依据人民的身体年龄、饮食习惯,预判患病趋势。医生根据这些基础数据给人民提供健康生活方案及行动指南。对人民的健康状态实施全程跟踪,为人民的健康保驾护航,降低重大疾病的发生风险。同时,根据跟踪数据对人民实施就医指导,减少医疗花费,实现提高个人生命质量的目的。

健康管理具有如下几个方面的特点:

健康管理以控制可变危险因素和不可变危险因素两项健康危险因素为核心。可变危险因素是指不合理饮食、缺乏运动、吸烟酗酒等不良生活方式等可以通过自我行为改变的因素。不可变危险因素指的是年龄、性别、家族史等不受个人意志控制的因素。②健康管理体现分级预防并重。无病预防又叫病因预防,是针对病因或危险因素在疾病未发生之前实施措施。减少有害暴露,提高个体对抗有害暴露的水平,预防疾病的发生或延迟疾病的发生。临床前期预防,即疾病早发现早治疗。在疾病的临床前期做好早发现、早诊断、早治疗的“三早”措施,对疾病临床前期或临床初期的变化进行有效阻止,对并发症,后遗症和残疾的发生尽量避免或减少。临床预防即治病防残,该级预防可以防止伤残和促进功能恢复,保障

生存质量提高,寿命延长,减少病死率。③健康管理的服务过程是一个环形运转循环。健康监测是健康管理的实施环节。健康管理的前提和基础是个人健康信息。实施健康管理的根本保证是评估预测各种疾病发生的危险性。健康管理的最终目标是帮助服务对象采取干预措施控制危险因素。整个健康管理服务过程,通过健康监测、个人健康信息采集、评估预测危险因素这三个方面不断循环往复,实现危险因素的个数和级别的减少或降低,保持低风险水平。

实施健康管理的意义:

过多的应酬、吸烟、过量饮酒、缺乏运动、过度劳累等不良的生活习惯,都是危害人体健康的不良因素。过重的压力造成精神紧张。现代医学研究表明,许多疾病不是生物因素引起的,而是受生活习惯、心理因素、环境因素等引起的。这种医学观念被称为“生物、心理、社会医学模式”。健康管理能够减少医疗费用的开支,缩短患者住院的时间,减少被管理者的健康危险因素。健康管理是一个漫长过程,但回报率客观。

4 结 论

脑梗死的康复护理是指脑梗死患者的体力、智力和社会活动能力在不同程度上逐渐恢复的过程。护理人员具有高度的责任感,细致地指导患者进行各种功能锻炼。改变患者的悲观失望、不耐烦和厌世情绪,使患者正确认识疾病的特点,振作起来,积极配合治疗和护理,使患者早日康复,重返社会,成为对社会有用的人。综上所述,给予脑梗死恢复期患者实施康复护理,护理效果较为理想。

参考文献

- [1] 高巧云. 脑梗塞恢复期患者的康复护理效果观察[J]. 医药与保健, 2015(8): 144-145.
- [2] 夏琪. 脑梗塞恢复期患者的康复护理效果观察研究[J]. 健康必读, 2020(14): 108.
- [3] 夏美杏, 范录平, 张王琴, 等. 成立综合康复护理小组对改善脑梗死恢复期患者康复效果的随机BA[J]. 中国现代医生, 2015, 53(27): 131-134.
- [4] 马赛玉. 脑梗塞恢复期患者的康复护理效果观察[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(4): 169.
- [5] 李晓波, 李品, 王玉芬. 脑梗塞恢复期的护理[J]. 中华使用护理杂志, 2007(2): 134-136.
- [6] 李伟. 脑卒中病人早期肢体功能锻炼的观察[J]. 中华实用护理杂志, 2003, 3(1): 56-58.