

# 脑卒中健康教育研究进展

李敦玲

合肥市第二人民医院神经内科, 安徽 合肥 230011

关键词: 脑卒中; 健康教育; 康复护理

中图分类号: R743.3 R494 文献标识码: A 文章编号: 1674-4152(2016)02-0291-03

DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.2016.02.045

脑卒中又称急性脑血管病,是神经系统常见病、多发病,多见于中老年人,男性多于女性,其致残率高达70%~80%,其中重度致残率占40%,约3/4的患者会遗留后遗症,不同程度的丧失劳动能力<sup>[1]</sup>。脑卒中患者的健康教育尤为重要,其目的是通过健康教育使患者的认识和行为得到改变,重新建立健康的行为和生活方式<sup>[2]</sup>。其中不良生活方式和环境因素已占脑卒中致病因素构成的2/3以上<sup>[3]</sup>。实施不能及时到位而错过了最佳康复时机,形成了畸形动作模式,是导致本病致残率高的主要原因<sup>[4]</sup>,脑卒中是当前严重影响中老年生命和健康的主要疾病,现将对脑卒中患者健康教育方面的体会介绍如下。

## 1 健康教育方法

健康教育在脑卒中治疗康复过程是非常重要的。因此,医护人员要将健康教育贯穿于整个治疗过程。主要分入院时健康教育、住院期间健康教育、出院时健康教育、出院随访教育。有效的健康教育能帮助患者改变过去不良的生活习惯,增加患者对治疗康复的依从性<sup>[5]</sup>,提高生活质量。

**1.1 入院教育** 入院4h内介绍住院环境、入院须知、规章制度、主管医生、责任护士等。①做到微笑服务,建立良好的护患关系,主动迎接新患者。②备好床位,做好入院处置,并通知医生。③自我介绍,入院告知(责任护士、主管医生、病区护士长、病区环境、呼叫铃的使用、贵重物品的保管、作息时间及探视制度等)。④做好入院评估。了解患者的主诉、症状体征、自理能力、心理状况。

**1.2 住院健康教育** 根据患者的病情针对性进行疾病相关知识宣教。

**1.2.1 早期康复指导** 在患者生命体征平稳、神经系统症状不再发展后48h进行,在此过程中患者要经常更换体位<sup>[6]</sup>。①良肢位摆放<sup>[7]</sup>:患侧卧位、健侧卧位、平卧位、床上坐立等各种体位中的良肢位摆放。②肢体功能训练:关节和肌肉的主被动训练;上下轮椅和坐立平衡训练;步行训练;整个训练过程结合病情及患者的配合程度做到循序渐进;a.按摩:对患肢进行按摩。对瘫痪肢体进行按、捏、揉、每日3~4次,每次30min。b.被动运动和主动运动:先大关节后小关节,可对患肢关节进行内收、外展等运动。对于偏瘫者:上肢瘫痪可进行Bobath握手:患者双手十指相扣,偏瘫侧拇指在

上面,前臂尽量伸直,高举过头,然后双手返回胸前。下肢瘫痪可进行桥式运动:患者平躺在床上,双手平放于身体两侧,双下肢并拢,用双腿支撑使臀部离开床面。对完全瘫痪的患者进行被动加主动或主动独立运动训练。指导患者经常进行肌肉按摩活动,可减轻肌肉挛缩,可防止发生肌肉废用性萎缩。对于合并认知障碍的脑卒中患者,在进行肢体康复训练的同时应进行认知功能的康复训练。有利于认知功能、运动功能的改善<sup>[8]</sup>。③翻身、坐位训练:指导患者练习患侧向健侧翻身。当患者能进行患侧向健侧翻身后,可逐渐训练坐位,训练坐位时应在患者生命体征平稳、神经系统症状不再发展后48h进行,脑梗死发病后2周、脑出血发病后4周才可进行<sup>[9]</sup>。④站立与步行训练:患者能独立坐稳后开始协助其进行站立训练,患者身体靠床边站立,健手扶床栏或拄拐杖。身体重心偏向健侧,然后再将重心移向患侧,反复练习。当患者能独自站立后,可借助拐杖或者助行器练习独立行走,先抬患腿,再抬健腿<sup>[10]</sup>。

**1.2.2 日常生活能力训练** 根据日常生活能力(ADL)评估标准:评定采用Banhel指数,包括进餐、穿衣、排便、床和轮椅之间移动、肢体功能恢复等方面进行评定,总分100分,60分轻度受限,41~59分中度受限,≤40分重度受限<sup>[11]</sup>。

对患者进行个人卫生、进食、穿脱衣物、鞋、袜、床上活动及步行等的康复训练。生活能力与分值成正比,得分越高,独立性越好,自理能力越强。

**1.2.3 言语功能训练** ①早期对舌肌、口面部肌肉进行康复,用暗示、提醒、放松等心理治疗。②训练有关发音肌肉<sup>[12]</sup>。运动性失语超过1个月者与发音有关的肌肉会有不同程度的萎缩<sup>[13]</sup>。指导患者先做简单的张口、伸舌、龇牙、鼓腮动作,再将嘴张大发“a”音。最后做舌的训练,患者尽量将舌向外伸,反复训练,由慢到快,逐步提高其运动速度,训练用舌尖舔上下唇、左右唇角,再做舔唇周动作。指导患者反复进行抿嘴、撅嘴、嚼口香糖等动作<sup>[14]</sup>,达到训练唇部肌肉目的。③利用口形及声音训练:对运动性失语患者,可采用“示教-模仿方法”,即训练者先做好口形、发音示范并给予录像,然后患者通过镜子观察自己发音时的口形,通过观看视频以纠正发音错误将自己的发音与正确的发音做比较进行纠正<sup>[15]</sup>。先练习容易见效的字母如

发“a”声,然后发“ma”。舌齿音“b、p”音,接着发“ba”“pa”舌齿音“d、t”音“da”“ta”等<sup>[16]</sup>。④字、词、句训练:单音训练7~10 d后逐步进行“单词-词组-短句”发音训练。首先从简单的字开始,如“他”“打”“吧”“饭”“吃”等。再适当给予提示,如说“回家”,训练者可先说“回”给患者以口形示意,提示其接着说“家”,最后说出完整单词“回家”然后再说短句:“我要回家”,如模仿吃饭动作,诱导患者说出“吃饭”“我在吃饭”等<sup>[17]</sup>。进行1~2个月系统的语言训练,回家后再坚持6个月~1年的训练,训练应安排在每天患者精神状态最佳时进行,可选择每日上午进行,开始每次30 min,以后可适当延长1~2 h。

1.2.4 吞咽功能训练 舌肌训练:①嘱患者轻张口后闭上,作鼓腮、屏气动作,然后张口,做舌的伸缩运动,将舌尽力外伸,开始舔上下唇、左右口角、软硬腭部,然后将舌缩回,3次/d,于餐前30 min进行,每次5~10 min,以不感到疲劳为度<sup>[18]</sup>。②若舌僵硬不能运动,可用湿纱布将舌包裹轻轻地往外牵拉再用力缩舌。③协助患者每日晨、晚用柠檬水漱口。④咽部冷刺激与空吞咽:将湿棉签冰冻后,蘸少许水,轻轻刺激软鄂、舌根及咽后壁,或者用饭勺对软鄂、舌根做喂食动作然后让患者做吞咽动作,反复训练,3次/d,每次15~20 min,可在餐前30 min或餐后2 h进行,2周为1个疗程<sup>[19]</sup>。⑤直接吞咽训练:患者取半卧位、颈部前倾体位。偏瘫者将患侧肩背部垫高,护理人员站在患者健侧,食物从健侧喂入。食物要有适当黏性、不易松散,易于咀嚼,不易在口腔及食道黏膜上滞留,有利于消化<sup>[20]</sup>。每次喂下一勺前要观察口腔有无残留的食物,防止食物过多引起呛咳、窒息等。

1.2.5 饮食指导 脑卒中患者要进食低盐低脂低胆固醇、低糖饮食。限制钠盐的摄入(6 g/d以内),低脂肪和低热量饮食,脂肪每日30~50 g,胆固醇300 mg。冠心病、高脂血症的患者每日胆固醇的摄入量应低于200 mg。不吸烟,不饮烈性酒,多吃富含维生素的食物,主要有蔬菜、水果、豆类、鱼及玉米、荞麦等粗粮。此类食品中富含维生素E、不饱和脂肪酸、胡萝卜素等,可降低脑卒中的风险<sup>[21]</sup>。

1.2.6 预防压疮的指导 ①避免摩擦力和剪切力。做到勤观察、勤翻身、勤擦洗、勤整理、勤更换。每2 h翻身一次;受压处垫软枕,使用气垫床等。②避免局部潮湿等不良刺激。做好大小便护理,保持会阴的清洁干燥。③促进局部血液循环。要经常检查受压部位,定期为患者温水擦浴。④改善营养。在病情允许情况下,给高蛋白(鱼、虾、鸡肉、瘦肉等)高维生素饮食,以增强机体抵抗力和组织修复能力<sup>[22]</sup>。

1.2.7 预防跌倒、坠床 ①评估患者跌倒、坠床的潜在危险因素。在患者床头或床尾悬挂防止跌倒、坠床的标识,落实安全措施。②外出检查需用轮椅者要全程陪同,对年龄偏大、活动能力差者要使用床档。③按时巡视,协助入厕、穿衣等生活护理,活动时应在床边

指导、协助。④意识不清伴躁动不安者,要加床档,专人陪伴。⑤极度躁动者,可用约束带实施保护性约束,专人24 h护理。⑥改变体位时动作轻柔,以免引起血压快速变化,造成一过性脑供血不足,引起晕厥等危险。⑦创造安全环境。呼叫器置于患者床头,将生活日用品放在患者能拿到的地方,病床加床档并固定。⑧保持地面清洁、干燥,穿防滑的鞋子。夜间保证照明,使患者起床时能看清,护士及时巡视,地面障碍物(如门槛)的去除,卫生间安装扶手等<sup>[23]</sup>。

1.2.8 早期心理护理 由于患者对疾病知识缺乏,对疾病预后及治疗效果缺乏信心,因而可产生不同程度的焦虑和抑郁等心理反应<sup>[24]</sup>。脑卒中后抑郁症发病率约为30%~50%<sup>[25]</sup>。为减轻患者的焦虑及抑郁等心理反应,使其对治疗树立信心,提高患者生活质量,首先让患者认识到康复训练是一个长期的循序渐进的过程,不能违反训练要求急于求成。脑卒中的发病急,常伴有不同程度的肢体及言语功能障碍,缺少与外界交流,患者极易产生悲观、绝望、消极、烦躁和抑郁等。表现为情绪低落、悲伤、不愿与人交流等<sup>[26]</sup>。此时应向患者及家属介绍以往治疗脑卒中患者的成功例子,展示治疗效果好的患者的住院及出院后康复资料,必要时联系康复效果好的患者到病房分享康复治疗经验。使其愿意配合治疗,树立战胜疾病的信心。并鼓励患者做力所能及的事情,体现自己存在的价值<sup>[27]</sup>。脑卒中患者家属多数缺少对脑卒中的危险因素的认识、预防方法、发病时的症状及急救常识。让其认识到长期高血压、高血脂、心脏病、糖尿病、吸烟、酗酒、精神紧张抑郁与脑卒中发病有密切的关系。因此,对脑卒中患者家属进行健康教育时,必须把危险因素放在首位<sup>[28]</sup>。

### 1.3 出院后健康教育

1.3.1 做好尿管、胃管护理 护理人员定期更换尿管,教会家属定时放尿并保持局部清洁,避免感染;注意观察尿色,发现异常及时就诊。胃管定期更换,教会家属喂食。注意饮食卫生,发现异常及时就诊。

1.3.2 脑卒中的发病因素 脑卒中的发病因素有高血压、高脂血症、糖尿病,长期大量吸烟饮酒,其中高血压是脑卒中最重要独立危险因素<sup>[29]</sup>。超过60%的脑卒中患者有高血压病史。研究发现,脑卒中的年复发率高达3%~5%<sup>[30]</sup>,且与动脉血压水平呈正向相关,因此坚持服用抗高血压药物非常重要<sup>[31]</sup>,使血压控制在正常范围。坚持服用降糖药,定期复查血糖及尿糖。戒烟限酒,出院后门诊随访。

1.3.3 预防便秘 多吃新鲜蔬菜、水果,进食粗纤维食物(韭菜、芹菜等),清晨空腹饮温开水一杯约300 ml,并养成定时排便的习惯。

1.3.4 其他 保持情绪稳定,切忌大喜大悲;坚持功能锻炼;遵医嘱坚持规律服药。

1.4 出院后随访教育 随访包括电话随访、上门指导、信件、网络等。药物、饮食、日常生活、运动指导等

加强宣传教育,使患者及家属知道缺血性脑损伤发生后4~6 h内改善局部缺血、恢复神经功能的重要性。随着年龄的增长,脑卒中的危险性持续增加,55岁以后每10年卒中的危险增加1倍,从总体看,脑卒中的发病率男性高于女性,男女比例为(1~1.5):1<sup>[32]</sup>。

## 2 健康教育的形式及方法

评估患者情况,掌握患者的一般资料及对疾病的认识情况,了解患者的需求情况;可通过书面教育将脑卒中防治等相关知识编成健康教育卡、健康教育处方等以供人群阅读;利用板报、剪报、电视讲座、广播、网络等工具进行宣传,使社区脑卒中高危人群从多渠道了解相关知识。①个体教育:选择患者和家属能够理解的表达方式向其介绍脑卒中的治疗方法和护理中要注意的相关事项,并分时段增加宣教内容,在急性期加强预防和功能恢复的教育,在恢复阶段增加相应的训练教育<sup>[33]</sup>。②群体教育:一般为每月最后一周的周日组织群体教育,由临床经验丰富的主任或主治医师、主管护师进行讲解脑卒中病因、治疗、预防及自我护理等系统知识;详细讲解饮食结构、诱发因素、先兆症状、情绪调节方法等。

## 3 总结

近几年来,脑卒中健康教育已有很大进展,一个以医院-社区-家庭为模式的个体化护理服务体系正在逐步形成。脑卒中后的住院期间健康教育对疾病后期得到最大程度恢复也起到至关重要的作用。脑卒中患者出院后的健康教育对提高生活质量、建立完整的心理、生理及社会适应能力尤为重要。健康教育不局限于医院,延伸到社区和家庭,满足了患者出院后的护理指导需求,对提高脑卒中偏瘫患者的生活自理能力和生活质量,提高患者和家属坚持治疗的信心,提高患者和家属对康复的依从性,满足患者生理和心理健康需求,降低脑卒中的复发率与致残率,减少患者对家庭和社区的依赖都将起到积极的促进作用。

## 参考文献

- [1] 刘玉萍,于彩云.健康教育在社区脑卒中高危人群中的应用及效果观察[J].齐鲁护理杂志,2013,19(13):114-115.
- [2] 刘春英,杨雪,刘森.急性脑卒中患者的健康教育与实践[J].中国中急症,2010,19(9):1636-1637.
- [3] 杨姣,唐四元,吉彬彬.社区护士在促进慢性病人自我管理中的作用[J].护理研究,2011,25(1):4-5.
- [4] 张惠英.持续护理干预对脑卒中偏瘫患者生活质量的影响[J].现代医院,2012,12(6):109.
- [5] 李素梅,孟爽.高血压患者健康教育难点分析及护理干预[J].中国保健营养(下旬刊),2013,23(4):1977.
- [6] 颜翠玲.脑卒中患者的健康教育[J].中国医药指南,2010,8(12):147.
- [7] 甘秀军.早期康复护理在偏瘫患者治疗的作用观察[J].当代医学,2013,19(25):118.
- [8] 周红.脑卒中后抑郁的相关因素及护理进展[J].中华现代护理学

杂志,2010,7(1):10-11.

- [9] 何俊萍.良肢位摆放在脑卒中偏瘫病人早期康复中的应用[J].全科护理,2010,8(11):2931-2932.
- [10] 侯巧红.早期康复护理对脑卒中患者肢体恢复的影响[J].中国医药指南,2013,11(18):335-336.
- [11] 王素霞.康复治疗和健康教育对脑卒中恢复期患者功能预后的影响分析[J].中国伤残医学,2013,21(9):425.
- [12] 马健芸,杨冬梅.脑卒中伴运动性失语病人语言康复护理的效果观察[J].天津护理,2009,17(2):89.
- [13] 吴莲芳,张东红,郭英丽,等.脑卒中病人的健康教育[J].全科护理,2010,8(11):2999-3000.
- [14] 王玉欣,王玉莲.脑卒中吞咽功能障碍患者早期康复护理干预的意义[J].中国医药科学,2013,3(2):144-145.
- [15] 李蓉,邓佳.社区护理干预在脑卒中康复期患者中的应用效果观察[J].中国医药导刊,2011,13(4):700-701.
- [16] 罗春玲.脑卒中失语患者抑郁性心理分析及康复护理干预研究[J].咸宁学院学报(医学版),2010,24(2):117-118.
- [17] 李小红.社区护理干预对脑卒中患者生存质量的影响[J].护士进修杂志,2013,28(17):1567-1568.
- [18] 郭美芹,苗芬,韩桂兰.冰刺联合穴位针刺康复护理训练改善脑卒中病人吞咽障碍的效果[J].全科护理,2013,11(10):2693.
- [19] 李俊霞,赵琼,吕华,等.急性脑卒中合并吞咽功能障碍患者的早期康复护理[J].中国实用神经疾病杂志,2013,16(9):99.
- [20] 陈莹.脑卒中患者吞咽功能的早期康复护理体会[J].中国伤残医学,2013,21(9):313-314.
- [21] 段思羽.脑卒中健康教育研究进展[J].全科护理,2010,8(8):2219.
- [22] 张翠红.对脑卒中患者康复护理的效果分析[J].山西职工医学院学报,2013,23(4):66-67.
- [23] 章晓春,李淑华,钱月芳,等.社区脑卒中康复期老人居家护理知识培训效果观察[J].护理学报,2010,17(6A):65-66.
- [24] 肖银姑,李加玲.健康教育对脑卒中患者焦虑和抑郁的影响[J].中国保健营养,2013,23(3):1472.
- [25] 王秀玲.脑卒中患者焦虑与抑郁原因的分析[J].医药论坛杂志,2011(6):168-169.
- [26] 李俊霞,赵琼,吕华,等.急性脑卒中合并吞咽功能障碍患者的早期康复护理[J].中国实用神经疾病杂志,2013,16(9):99-100.
- [27] 王笑柯,胡俊杰.护理干预对急性脑卒中患者抑郁的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2012,15(19):91-92.
- [28] 郭子君,凌慧芬,李媛.家属同步健康教育对脑卒中患者ADL的影响[J].中国老年保健医学,2013,11(3):94-95.
- [29] 田素萍.脑卒中患者的护理[J].中国实用神经疾病杂志,2013,16(12):89-90.
- [30] 沈设芬,李瑛,毛云英,等.老年脑卒中患者的康复需求及影响因素分析[J].护士进修杂志,2012,27(9):854-855.
- [31] 张惠芬.社区对脑卒中患者健康管理的现状研究[J].现代中西医结合杂志,2013,22(21):2932-2933.
- [32] 王波,刘海英,张晓楼.健康教育对老年脑卒中患者康复疗效的影响[J].中国保健营养(下旬刊),2012,22(11):4723.
- [33] 朱燕平.健康教育对脑卒中患者功能恢复的影响分析[J].护理研究,2012,19(15):107-108.

(本文编辑:陈子康)

收稿日期:2014-04-17