

# 健康教育在高血压脑出血患者术后康复护理的应用研究

易秋婷

(安溪县医院 神经外科 福建安溪 362400)

**摘要:**目的:探讨健康教育在高血压脑出血患者术后康复护理的应用。方法:选择2018年12月-2020年1月我院收治高血压脑出血患者110例作为对象,随机分为对照组(n=55例)和观察组(n=55例)。对照组采用常规护理,观察组采用健康教育。比较两组护理前后疾病知晓率、遵医行为及健康信念、血液流变指标等评分。结果:观察组病情知晓、遵医行为、健康信念等评分均明显高于对照组(P<0.05);护理后,观察组全血比黏度,血浆黏度,血小板聚集率及红细胞沉降率优于对照组(P<0.05);护理后,观察组收缩压,舒张压以及24h平均收缩压、舒张压均低于对照组(P<0.05)。结论:健康教育在高血压脑出血患者术后康复护理的应用能有效提高术后康复效果,有效改善患者临床各项症状,使患者获得良好的治疗预后,值得推广应用。

**关键词:**健康教育;高血压脑出血;康复护理;动脉血气指标

高血压引起的脑出血,主要是因为血压过高导致的动脉硬化、血管瘤和血管破裂,因此首先要控制血压,分为急性期和慢性期。对于急性期的高血压患者,需要适当的降低血压,但是不能降得过低,一般来讲,高血压脑出血之后要保证患者的高压不低于160mmHg,低压不低于90mmHg,才能保证大脑的灌注量和脑供血的保证<sup>[1]</sup>。目前关于高血压脑出血的救治方案比较成熟,但护理方法对改善高血压脑出血患者预后有着不同程度的影响。大量临床实践表明,有效护理有助于减少高血压脑出血并发症,促进患者生活质量提升<sup>[2]</sup>。本研究,以高血压脑出血患者为研究对象,探讨健康教育在高血压脑出血患者术后康复护理的应用效果,现报道如下。

## 1. 资料与方法

### 1.1 临床资料

选择2018年12月-2020年1月我院收治高血压脑出血患者110例作为对象进行研究,随机分为对照组和观察组,各55例。对照组男性31例,女性24例;年龄60~75岁,平均(66.1±2.1)岁;血肿量43~95mL,平均(59.35±6.44)L,病程时间5~17年,平均病程(10.62±2.36)年,高血压分级:1级(轻度)16例,2级(中度)23例,3级(重度)16例;出血部位:基底节25例,脑叶15例,皮质下15例;格拉斯哥昏迷量表(GCS)评分平均(8.92±1.32)分。观察组男性35例,女性20例;年龄58~73岁,平均(64.3±2.1)岁;血肿量40~93mL,平均(57.76±7.71)mL,病程时间8~19年,平均病程(10.56±2.56)年,高血压分级:1级(轻度)17例,2级(中度)25例,3级(重度)13例;出血部位:基底节25例,脑叶15例,皮质下15例;格拉斯哥昏迷量表(GCS)评分平均(8.92±1.32)分。

高血压分级标准:1级(轻度):140mmHg<收缩压<159mmHg,90mmHg<舒张压<99mmHg;2级(中度):160mmHg<收缩压<179mmHg,100mmHg<舒张压<109mmHg;3级(重度):收缩压超过180mmHg,舒张压超过110mmHg。

纳入标准:符合高血压脑出血临床诊断标准;研究期间未出现活动性出血症状;发病时间不超过24小时且均为首次发病;具有手术指征且临床耐受性较高;患者及其家属对研究内容知情并签署同意书;治疗后存在正常沟通能力;可独立完成相关问卷调查研究;本次研究经院内伦理委员会批准。

排除标准:患有心肝肾等器官功能障碍;合并认知障碍及精神类疾病;病情发展较为迅速且形成脑疝;患者中途退出研究;存在脑梗死及心肌梗死症状;存在其他原因导致的脑出血症状;存在手术禁忌现象;以往具有抗精神病药物服用病史。

### 1.2 方法

对照组采用常规护理干预,如饮食指导、心理护理、用药指导以及病情检测。出院前需要由护士长对患者自护能力进行评估,并且与患者家属共同制定个性化康复训练计划,并对方法详细讲解,出院后需要主动患者定期复查,每月进行电话随访,内容包括压监测,危险因素预防,用药指导,健康教育以及患者家属监督等。

观察组采用健康教育,(1)心理教育:护理人员应根据高血压脑出血患者的实际情况对高血压脑出血患者进行心理指导,将向高血压脑出血患者及其家属通报疾病相关知识和具体治疗方法,使高血压脑出血患者能够自信地接受治疗并消除高血压脑出血患者的顾虑,从而积极配合治疗过程。(2)功能康复教育:根据患者情况制定相应的锻炼计划。按摩应在术后早期实施。运动应则先进行健侧再到患侧,大关节-小关节,循序渐进,每天运动4~5次。体位摆放:医护人员需要鼓励并且协助患者摆放侧卧位,将患者肩胛带轻缓向前伸出,缓慢拉出肩关节,再进行手臂外展外旋训练,伸展手指及肘关节,将患者腰背部使用软枕垫高,下肢向前屈曲,下肢间用软枕隔开,提高肢体自身感觉。语言功能训练:患者意识恢复后需要鼓励患者进行简单发音训练,协助患者锻炼唇,舌,软腭等周边肌肉组织。医护人员在清理患者口腔后,嘱托做三分钟肌肉放松训练,接着按摩咽喉部位,给予舌部冷刺激,嘱托患者使用鼻部呼吸,使呼气时间逐渐加长,便于发声,针对运动性失语症患者需要给予卡片提示,从简单字到词再到短句,逐渐讲述完整语句,并进行反复强化训练,针对感觉性失语症患者可根据视频进行语句模仿,但避免使用复杂长句,防止出现疲劳。(3)用药指导:医护人员需要根据患者实际情况进行详细用药说明,主要对患者及其家属做好用药知识讲解,例如何时服用降压药物,并且讲解擅自停止使用及更改药物剂量诱发的不良结局,对不能按时服医药产生的情况进行说明,使患者及其家属了解按时服药重要意义,避免出现不良反应。(4)饮食护理:手术后胃管应尽快留置,肠鸣音恢复后开始肠内营养。严格控制盐的摄入量,戒烟戒酒,尽量不要吃辛辣食物,以及饥饿和饱腹感;若患者需要进行鼻饲干预,需要在注食前检查患者胃管是否处在胃部,干预过程中少量多餐,每次不超过200ml,间隔两小时,温度保持在38℃。(5)并发症护理,医护人员需要嘱托患者保持病房内干净整洁,叮嘱患者家属定期对患者进行皮肤清洁,针对年龄较大患者需要采取气垫床,并定时翻身。患者家属需要对受压部位及时使用温水擦浴,按摩等,防止出现压疮,此外,医护人员定期翻身、叩背,排出气道内痰液,保持呼吸道通畅,必要时对患者进行雾化吸入处理,避免出现肺炎。(6)排便护理:患者治疗期间需要长时间留置尿管,导致膀胱括约肌功能下降,同时卧床期间活动量较少,肠道蠕动较慢,极易出现便秘症状,且排便时会过度用力造成腹压增高导致再出血现象发生。手术后早期医

护理人员应定时夹闭和开放尿管,刺激大脑中枢神经,引发尿意,清醒后督促患者多饮水并训练骨盆肌肉,增加自控能力,恢复膀胱功能。同时嘱托清晨饮用淡盐水或蜂蜜水润滑肠道,刺激排便,必要时可口服缓泻药进行辅助排便。(4)出院指导:护理人员出院前应对高血压脑出血患者及家属进行健康教育,指导其进行家庭自我康复护理。

1.3 观察指标

(1) 比较组护理前后疾病知晓率、遵医行为及健康信念等指标,以此评估患者依从性。疾病知晓指患者(包括家属)对本病知识、疾病诊疗、病情进展及预后等;遵医行为指患者是否遵医嘱用药、生活习惯转变、遵守作息规律、定期复查等;健康信念作为主观性评价指标,包括对控制病情、康复治愈的信心和态度等;每项满分100分,分数越高越好<sup>[9]</sup>。(2) 比较两组患者护理前后血液流变指标;主要包括全血比黏度(mPa/s)、血浆黏度(mPa/s)、血小板聚集率(%)及红细胞沉降率(mm/h)等。(3) 比较两组患者护理前后血压情况。包括收缩压和舒张压,24h平均收缩压及舒张压。护理前每日测血压3次,取血压平均值为基础血压,护理期间每两周复测血压。

1.4 统计分析

采用SPSS18.0软件处理,计数资料行 $\chi^2$ 检验,采用n(%)表示,计量资料行t检验,采用( $\bar{x} \pm s$ )表示,P<0.05差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组病情知晓、遵医行为、健康信念比较

护理后,观察组病情知晓、遵医行为、健康信念等评分均明显高于对照组,比较差异有统计学意义(P<0.05)。

表1 两组病情知晓、遵医行为、健康信念比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 病情知晓         | 遵医行为         | 健康信念         |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|
| 观察组 | 55 | 83.07 ± 2.37 | 62.75 ± 6.89 | 93.26 ± 4.37 |
| 对照组 | 55 | 74.28 ± 2.16 | 47.07 ± 9.65 | 78.41 ± 6.69 |
| t   | /  | 7.210        | 6.986        | 8.025        |
| P   | /  | 0.000        | 0.000        | 0.000        |

2.2 两组血液流变指标比较

护理前,两组神血液流变指标无统计学意义(P>0.05);护理后,观察组全血比黏度,血浆黏度,血小板聚集率及红细胞沉降率优于对照组,差异有统计学意义(P<0.05),见表2。

表2 两组血液流变指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 全血比黏度(mPa/s)  |               | 血小板聚集率(%)     |               | 红细胞沉降率(mm/h)  |               | 血浆黏度(mPa/s)   |               |
|-----|----|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|     |    | 护理前           | 护理后           | 护理前           | 护理后           | 护理前           | 护理后           | 护理前           | 护理后           |
| 观察组 | 55 | 5.57 ± 0.61   | 4.25 ± 0.29   | 3.62 ± 1.02   | 1.55 ± 0.03   | 33.62 ± 1.23  | 18.21 ± 1.26  | 1.39 ± 0.63   | 1.12 ± 0.49   |
|     |    | 5.41 ± 6.98   | 5.12 ± 0.12   | 3.62 ± 0.23   | 3.02 ± 0.32   | 33.62 ± 1.28  | 23.21 ± 2.51  | 1.46 ± 0.67   | 1.19 ± 0.51   |
| 对照组 | 55 | 0.296 ± 0.124 | 8.435 ± 0.000 | 1.026 ± 0.285 | 6.239 ± 0.005 | 1.125 ± 0.362 | 8.215 ± 0.000 | 0.932 ± 0.295 | 5.538 ± 0.009 |
|     |    |               |               |               |               |               |               |               |               |

2.3 比较两组患者护理前后血压情况比较

护理前,两组血压水平无统计学意义(P>0.05);护理后,观察组收缩压,舒张压以及24h平均收缩压、舒张压均低于对照组,差异有统计学意义(P<0.05),见表3。

表3 比较两组护理前后血压情况(mmHg,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 时间  | 舒张压                        | 收缩压                         | 24h舒张压                     | 24h收缩压                      |
|-----|----|-----|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 观察组 | 55 | 护理前 | 91.23 ± 2.51               | 140.23 ± 2.62               | 90.62 ± 1.29               | 138.21 ± 5.26               |
|     |    | 护理后 | 83.23 ± 2.51 <sup>ab</sup> | 105.22 ± 3.59 <sup>ab</sup> | 81.23 ± 2.14 <sup>ab</sup> | 102.33 ± 2.26 <sup>ab</sup> |
|     |    | 护理  | 91.22 ± 2.51               | 140.27 ± 2.69               | 90.33 ± 1.25               | 138.96 ± 8.65               |
| 对照组 | 55 | 护理前 | 0.65                       | 2.69                        | 1.25                       | 8.65                        |
|     |    | 护理  | 88.26 ± 2.52 <sup>a</sup>  | 112.32 ± 2.62 <sup>a</sup>  | 86.21 ± 1.39 <sup>a</sup>  | 110.26 ± 2.57 <sup>a</sup>  |
|     |    | 后   |                            |                             |                            |                             |

与护理前相比<sup>a</sup>P<0.05;与对照组相比<sup>b</sup>P<0.05。

3 讨论

高血压脑出血约占各种非损伤性脑出血的60%,脑出血是高血压病最严重的并发症之一,其发病多见于50-60岁的中老年患者。该类症状主要是由于原发性或继发性高血压引起的脑血管病变而产生的脑内出血症状,其发病原理在于颈内动脉以及椎-基底动脉系统纤维素样发生变性,严重时会导致血管壁强度,出现局部扩张而形成微动脉瘤,随病情发展出现破裂而造成脑内病灶性出血症状,严重的还会造成脑组织缺血坏死,具有发病较急,预后效果较差的特点,严重威胁患者生命安全。由于手术后患者的康复病程长,加之多数患者都有不同程度的语言、肢体或吞咽等多系统、多部位的功能障碍,临床上恢复较慢,故经常可以致使患者丧失劳动能力甚至生活不能自理,这样不但给家庭和社会带来了沉重的经济负担,精神压力,更可以影响脑出血患者的生存质量和生命长度<sup>[4]</sup>。常规护理在干预过程中仅对患者进行对症干预,忽略患者心理状态,加之患者对高血压脑出血治疗认知较低,会产生紧张,焦虑等负面情绪,使依从性下降,无法顺利完成后期干预。因此,在患者住院期间,需要加强对患者的健康教育,并且提高了患者的治疗效果,从而达到减少住院时间,提高患者生存质量的目的。本研究中,观察组病情知晓、遵医行为、健康信念等评分均明显高于对照组,且护理后,观察组全血比黏度,血浆黏度,血小板聚集率及红细胞沉降率优于对照组,差异均有统计学意义(P<0.05),说明健康教育在高血压脑出血患者术后康复护理的应用效果显著,可有效改善患者术后血液流变指标。本研究实施健康教育在减轻患者负面情绪同时,还能提高血压控制情况,避免再次出现出血现象。健康教育在实施过程中能够使患者充分知日常生活中血压控制对疾病转归的重要作用,从而提高依从性,使血压水平稳定在正常范围。

综上所述,健康教育在高血压脑出血患者术后康复护理的应用能有效提高术后康复效果,有效改善患者临床各项症状,使患者获得良好的治疗预后,值得推广应用。

参考文献:

[1]宋媛媛. 奥马哈式延续护理对高血压性脑出血术后康复的影响[J]. 安徽医药, 2019, 23(5):910-913.  
 [2]王丽娟,周蓉. 老年高血压脑出血患者去骨瓣术后延续性护理指标体系的构建[J]. 中国实用护理杂志, 2018, 034(031):2409-2413.  
 [3]陈红梅. 超早期康复护理对高血压脑出血病人预后的影响[J]. 安徽医药, 2019, 23(9):1789-1792.