|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **脑血管疾病康复出院健康处方** | | |
| **处方内容** | | **咨询电话** |
| **医疗** | 1、出院后一定要坚持按时服药，不要自己随便终断或加减药物剂量，  2、出院后一个月到门诊复查，复查时应携带您的核磁片子和CT片子。  3、病情有变换及时就诊。 |  |
| **护理** | 1、在冬季要注意保暖，避免寒冷刺激。  2、避免情绪激动，过度生气，兴奋。  3、低脂、低盐、低胆固醇、富含维生素的饮食。宜多进食蔬菜和水果，以保证营养供给和大便通畅。  4、避免剧烈运动，搬东西时不要用力过猛。  5、洗澡时水温和室温要适宜。  6、体位的变化要缓和，不要突然坐起，站立。  7、避免过度劳累，性生活要量力而行。  8、要戒烟限酒。 |  |
| **康复** | 脑卒中后病程分期及相应的出院康复适宜技术。  一、脑卒中急性期  脑卒中急性期持续时间一般为2-4周，待病情稳定48-72小时后，康复训练即可开始。急性期康复训练目标是预防各种并发症；尽快从床上被动运动过渡到主动运动；尽早开始床上生活自理。主要训练内容如下：  1、床上被动翻身和良肢位摆放：  （1）被动向健侧翻身：  ①旋转头、上部躯干；  ②旋转下部躯干；  ③照护人员一手掌放在颈部下方，另一手掌放在患侧肩胛骨周围，将患者头部及上部躯干转呈侧卧位，此时健侧处于身体下方，贴近床面；  ④一手掌放在患侧骨盆将其转向前方，另一手掌放在患膝后方，将患侧下肢旋转并摆放于自然半屈位。  （2）被动向患侧翻身：  ①将患侧上肢放置于外展90°的位置；  ②让患者自行将身体转向患侧；  ③亦可采用向健侧翻身的方法帮助患者翻身。  （3）患侧卧位的摆放：  ①患侧在下，健侧在上；  ②头部用枕头舒适地支撑，躯干稍后仰，背后垫枕头；  ③患侧上肢充分前伸，肩屈曲90°～130°，患肘伸展，前臂旋后，手指张开/掌心向上；  ④患侧下肢在后，患髋伸展，患膝轻度屈曲；⑤健肢上肢置于体上或稍后方，健侧下肢屈曲置于前面的枕头上；  ⑥足底不放任何支撑物，手不握任何物品。  （4）健侧卧位的摆放：  ①健侧在下，患侧在上；  ②头用枕头支撑，不向后扭转；  ③躯干大致垂直,患侧肩胛带充分前伸,肩屈曲90°～130°，肘、腕伸展，上肢置于前面的枕头上；  ④患侧髋、膝屈曲似踏出一步置于身体前面的枕头上，足不要悬空。  （5）仰卧位的摆放：  ①患肩垫起防止后缩，患侧上肢伸展稍外展，前臂旋后，拇指指向外方；  ②患髋垫起以防后缩，患髋及股骨外侧垫枕头以防止大腿外旋。  （6）注意事项：  ①体位变换前应确定患者枕头是否舒适，床宽度是否足够支持患者翻身后肢体的位置；②体位变换一般每60～120 min变换一次，变换体位后随时拉平床单，并保持其干燥；③推荐抗痉挛体位是侧卧位，最佳体位是患侧卧位，应避免体位是仰卧位。摆放时上肢以伸为主，下肢以屈为主。手心不握物，足底不蹬足底板；  ④如有条件，可以使用专门制作的辅具代替枕头；  ⑤体位变换和摆放时，应检查患者皮肤是否有红肿、破溃等，避免压迫导尿管、鼻饲管、呼吸导管和输液管等管路；  ⑥如有病情变化，应及时联系医疗机构专业人员寻求专业帮助。  2、患侧肢体被动运动：一般按从肢体近端到肢体远端的顺序逐渐推进， 动作要轻柔缓慢， 保证无痛。重点进行肩关节外旋、外展和屈曲， 肘关节伸展， 腕和手指伸展， 髖关节外展和伸展， 膝关节伸展， 足背屈和外翻等运动。在急性期每天做两次， 以后每天做一次， 每次每个关节做３ ～５ 遍。  3、自助性运动：桥式运动、抱膝运动和双手叉握的自我运动  （1）桥式运动  适用于有一定活动能力的偏瘫患者。  作用：桥式运动可训练腰背肌群、伸髋的臀大肌和屈膝的股二头肌， 可有效防止立位时因髋不能充分伸展而出现的臀部后突等异常立姿， 因患侧屈膝困难使患肢过长而“画圈” 等异常步态， 以及因膝关节不稳出现膝打软、跌倒等现象。  目的：缓解躯干及下肢痉挛，促进下肢正常运动，训练腰部控制力，提高床上生活自理能力。  具体方法：①双桥式运动：患者取仰卧位，双腿屈曲，双脚踩床，慢慢抬起臀部，维持6~10秒后慢慢放下。②单桥式运动：在患者能较容易地完成双桥式运动后， 让患者悬空健腿， 患腿屈曲， 患足踏床伸髋抬臀。早期多需训练者帮助固定下肢并叩打刺激臀大肌的收缩。  （2）抱膝运动  适用于出现上肢屈肌痉挛、下肢伸肌痉挛的偏瘫患者。  目的：缓解下肢和躯干的伸肌痉挛，促进骨盆运动 ，缓解上肢的屈肌痉挛。  具体方法：患者仰卧，双腿屈膝，双手叉握，将头抬起，轻轻前后摆动，使下肢更加屈曲，训练者可帮助固定患手，以防滑脱。  （3）双手叉握的自我运动  适应于上肢活动能力差的偏瘫患者(卧位、站位均可做）。  目的：改善偏瘫上肢的感觉和知觉，防止肩胛骨后缩，减轻上肢屈肌痉挛，保护偏瘫侧的肩和手  具体方法：双手叉握，患侧拇指位于最上方，并稍外展，双上肢充分前伸，尽肯能抬起上肢，然后上举至头顶上方。  二、脑卒中恢复期  在发病后1个月左右进入，治疗目标为：加强患肢的协调性和选择性随意运动，并结合患者日常生活活动进行实用功能的强化训练,适时应用辅助具，以补偿患肢的功能，提高自理能力。治疗方法如下：  （1）关节活动度的维持和改善训练：患者Bobath握手，借助磨砂性大的桌子类工具进行训练，调节角度、磨具的重量可增加训练难度，诱发患肢分离运动。  （2）上肢和手的功能训练: 应以抑制痉挛、促进分离运动的训练为主，包括上肢和手的运动控制能力训练，双手协调性训练，手指抓握及精细操作运动等。家属应设计上肢实用性运动模式组合, 强调动作的准确性和双侧上肢参与，提高上肢运动功能。如抛接球，上举体操棒等。  （3）感知觉功能训练：可采用不同质地、颜色、大小的物品进行识别和抓握训练。  （4）脑卒中恢复期床上主动翻身训练：患者取仰卧位，双手手指交叉在一起，患侧拇指在上，双上肢腕肘伸展（称Bobath 握手），先练习前方上举，再练习伸向侧方。翻身时先转头，交叉的双手摆向翻身侧，躯干、下肢依次翻至侧卧位，然后返回仰卧位向另一侧翻身。  （5）脑卒中恢复期转移训练：坐位和卧位的转换训练及坐位平衡训练。  坐位和卧位的转换训练：从健侧坐起时，先向健侧翻身，健侧上肢屈曲置于身下，双腿远端垂于床边后，头向患侧侧屈，由健侧上肢支撑慢慢坐起。从患侧坐起时，取仰卧位，将患者患腿置于床边外，使膝屈曲（开始时照护人员要帮助患者做此动作），或用健腿把患腿放到床边。然后健侧上肢向前越过身体， 并旋转躯干， 由健侧上肢支撑坐起。由坐位到卧位的动作与此相反。  坐位平衡训练：要求患者在椅子上静坐位，双腿屈曲成90°，双脚踏地，双脚分开与肩同宽。家属协助患者调整躯干和头至中间位，让患者双手指交叉在一起，伸向前、后、左、右、上和下方并伴有躯干相应的移动，但都能调整自己身体至原位。  （6）脑卒中恢复期起立训练：适用于偏瘫侧下肢有一定的运动功能但站起来和行走有困难或姿势异常的患者。  站立平衡训练：患者坐位， 双足分开约一脚宽， Bobath 握手后前伸、低头， 足跟后移重心前移， 双腿均匀承重缓慢站起。此时训练者坐于患者前，用膝支撑患者患侧膝部， 双手置于患者髋两侧帮其重心前移、伸髋挺直躯干。坐下时动作与起立相反。之后采用不同高度的椅子做同样训练。  （7）步行训练：步行训练前先练习双腿交替前后迈步和重心转移。步行时，家属站在患者右侧进行辅助。  （8）上下楼梯训练：用患侧负重，健足上楼梯，再用健侧负重，患足下楼梯，家属站在患者右侧进行辅助，以防摔倒。每日2次，各15分钟。  三、脑卒中后遗症期  多指发病后1年以上，治疗目标为加强现有和残存的功能，重视患者的环境适应训练，生活重建，最大限度地提高生活质量。家庭训练方案应结合患者功能障碍所处于的阶段加强进行上述相关训练。  四、其他指导  （1）恢复期日常生活动作指导：日常生活动作包括穿，脱衣、鞋、帽、进食、餐具使用、行走 (转换体位、移动、步行、利用轮椅上、下楼梯等) 、个人卫生清洁 (洗漱、入厕等) 等基本技能, 还包括家务劳动及外出散步。出院康复指导计划要根据患者日常生活动作的恢复程度, 循序渐进, 使患者从全部依靠他人到需要部分协助, 进而逐步达到生活基本自理的程度。  （2）音乐治疗：音乐治疗是用音乐和音乐活动以帮助达到心理和躯体健康的恢复、维持和改善等目的的一种古老的疗法。对脑血管疾病患者进行肢体康复训练与音乐治疗相结合, 通过音乐的特质对人的影响, 可协助患者在疾病治疗或康复过程中达到生理、心理、情绪的整合。施以科学严谨的筛选,指导患者的同时对患者家属也进行个别指导,使其加强对音乐疗法康复效果的认识。由于音乐疗法因人、因环境而定,因此,音乐治疗的方式和音乐旋律的选择对不同患者的康复及身心健康具有十分重要的意义。 具体方法：将肢体功能训练方法, 配上音乐和口令制成训练体操, 给患者适时播放, 并在家庭成员的指导下, 让患者随口令一起做操。  （3）心理卫生指导：多数脑血管病的发病都与情绪有关, 患者出院时仍遗留部分肢体功能障碍, 生活不能自理, 心情抑郁, 对预后缺乏信心。针对患者该心理状态, 应通过鼓励患者, 以帮助其树立康复的信心和恒心;让其了解康复训练计划内容, 从而懂得坚持康复训练的重要性, 摆脱对他人的依赖心理, 积极配合家庭康复训练, 调动自身的潜力, 以顽强的毅力循序渐进地坚持康复训练;引导患者将喜、怒、哀、忧、思、悲、恐、惊等情绪变化保持在正常范围内;鼓励患者参加适宜的活动, 如看电视、电影、听轻音乐、阅读文艺作品等。  （4）失语患者的语言训练指导：对失语患者进行口语训练。训练患者用喉部发“啊”音, 或用咳嗽或嘴吹火柴诱导发音, 还可让患者听常用句的前半句, 令其说出后半句。对能发音的患者, 在家属帮助下, 使其对着镜子先随着旁人发音, 说单词由易到难, 由短到长, 以达到恢复语言障碍的目的。  （5）饮食指导：吞咽障碍患者的饮食尤其需要重视，应在治疗师与医生的指导下选择正确的体位、食物性状、进食方法来进食，以下介绍脑卒中患者进食遵循的一般原则。  a. 食物选择原则：以密度均匀、粘性适当、不易松散、较软的食物比较安全。例如米糊、软烂饭、软面包等。根据吞咽情况和治疗师的建议来选择适当性状的食物，一般首选糊状食物。也可通过增稠剂来改变食物性状，减少病患误吸风险。  b. 进食/喂食注意事项：  ①能坐起来的患者，尽量在坐位下进食；  ②不能坐起来的患者，一般至少采用30°半坐卧位，头部稍前屈，以健侧吞咽。禁忌平躺位进食；  ③吞咽时避免仰头，有必要则指导患者稍使用低头姿势吞咽；  ④ 控制进食速度与每口进食的量，要叮嘱患者吞咽每口食物结束后再进行下一口食物的进食，并且控制每口进食的分量，不宜过多。  ⑤保持进食时环境安静，避免分散患者注意力，避免在进食时与其交谈；用餐结束清洁口腔并保持姿势30min，注意进食观察不适随诊。  （6）口腔器官运动体操  吞咽障碍患者可每日进行口腔体操练习，改善吞咽相关器官和肌肉的运动情况，从而提高吞咽功能。  ①唇部运动练习：抿起嘴唇，说“嗯”，维持5秒，重复做5次。拢起嘴唇，说“呜”，维持5秒，重复做5次。咧唇露齿，说“一”，随即说“呜”，然后放松，快速的轮流重复5-10次。紧闭双唇，压着维持5秒，放松，重复5-10次。双唇紧闭含着压舌板或者棉签等，用力闭紧及拉出压舌板或棉签，与嘴唇对抗力，做抗阻训练，维持5秒放松，重复5-10次。吹哨子、吹泡泡等活动。  ②下颌、面部运动练习：把口张开至最大，维持5秒后放松，将下巴向左右两侧移动，维持5秒后放松，重复10次。紧闭嘴唇，鼓腮，维持5秒，放松。咬牙胶练习。  ③舌头、软腭活动练习：舌头尽量前伸，维持5秒，然后缩回，放松，重复5-10次。舌尽量贴近咽部向后缩拢，维持5秒，然后放松，重复5-10次。舌头快速伸出、缩拢练习，重复5-10次。舌头尽量上抬、下伸、左摆、右摆四个方向练习，维持5秒，然后缩回，重复5-10次。用压舌板与舌头做各个方向的抗阻运动，维持5秒，重复10次。发“ga”“ka”“te”“la”等音节的练习。运用不同管径、长度的吸管放到水里，进行吹气练习。推撑练习：用手推墙壁的同时用力发短的“a”音。  5、家庭宣教  （1）在以上锻炼中注意防护，保证安全，并注意克服不良姿势,避免急躁情绪，循序渐进逐步提高锻炼质量，扩大锻炼范围,每次15~30min，每天2次。  （2）对于有认知障碍的患者，根据其认知障碍程度，可进行被动式、模拟式、自助式、主动式训练，循序渐进，耐心观察，悉心指导，切忌情绪波动，如出现情绪烦躁情况，应加强疏导沟通。  （3）对于半侧空间忽略的患者，家庭训练时，应加强关注忽略侧，站在患者忽略侧进行引导式训练，如读报、进食、训练等；给予忽略侧多种感觉输入，如视听、温度相结合；运动时，可多做一些超越身体中线的动作。  （4）以上训练应该结合患者目前的功能状况进行计划性的家庭训练，如患者站立不能，则进行站立相关的训练。并结合居家用品和家人陪伴下训练，增强趣味性。  （5）吞咽障碍会导致多种不良后果，如误吸、肺炎、营养不良和脱水、窒息等。而误吸是吞咽障碍最常见，且需要进食处理的并发症，食物或唾液的误吸，会引起反复肺部感染，甚至出现窒息危及生命，因此家属或陪护者需了解提示误吸的症状与体征，若发现病患有以下症状与体征，建议及时就医：患者进食后声音改变，声音变为嘶哑或喉中发出“咕咕”的潮湿声；  患者进食后自主咳嗽减弱；  患者进食后痰液增多，咳嗽增多；  患者进食后发生呼吸不畅、脸色发紫或苍白、意识不清。  （6）训练强度：一般建议每天坚持上午、下午各一次训练，每次坚持30分钟左右。具体训练强度应以患者训练情况而定。 |  |
| **营养** | 脑血管病是指脑部血管病变导致脑部功能障碍的一类疾病，在当今社会，已成为一类常见病、多发病，严重威胁着人们的健康。  在日常生活中，得了脑血管病常常会说要清淡饮食，其实用专业一点的话就是低脂低盐饮食。食物配制以少油、少盐为原则。  所谓“低脂”，这里的“脂”说的主要是膳食脂肪，食物中含脂肪较多的有动物的脂肪组织（即我们常说的肥肉）和肉类（包括畜、禽、鱼虾等）以及坚果和植物的种子等。减少食物脂肪的摄入，可改善脂肪代谢紊乱所引起的脑血管疾病，但我们也不要走入误区，并不是越低越好。那么，低脂一般情况下建议全天食物脂肪的控制总量<50克。  “低盐”中的“盐”一般情况下还包括烹调中用到的酱油、味精、鸡精等含钠元素较多的调味品，5毫升酱油相当于1克食盐，我们建议全天食盐的量控制3～4克。  适宜与少用或慎用的食物  适宜的食物有：各种主食、蔬菜水果和豆制品；少量的瘦猪肉、瘦牛肉、鸡肉（去皮）、鱼、虾、贝类、鸡蛋白等食物。  少用或慎用食物：肥肉、肉汤、填鸭等；高胆固醇患者限定为每周3个，动物内脏、鱼子等；禁用油炸食品及过油食物，如油饼、烧茄子、干炸里脊、鸡勾肉、狮子头等；各种酱菜、酱豆腐、咸蛋、腌制的肉类（如酱肉、肉肠）等。  餐次要求：每日三餐，1—2次加餐。  家庭低盐低脂健康饮食制作时的要求及技巧：  1、烹调时多选用蒸、煮、炖、烩拌等方法；烹调油要选择植物油，炒肉丝、肉片不要过油，可用水焯后再用少量烹调油翻炒。  2、烹调食物时少放盐，逐渐适应口味淡的饮食习惯；在食盐投放技巧方面，建议炒菜快出锅时再放盐，拌菜时在用餐前放盐，这样能够在保持同样咸度的基础上，减少食盐用量；还可用一些天然调味品（如辣椒、胡椒、醋、蒜）来增加食物滋味，利用新鲜食物的天然味道来减少食盐的用量。  3、建议烹调油20—25克/天，可以使用标准油壶和白瓷调羹2勺或者2勺半来衡量；建议食盐每天小于4克，可以使用标准盐勺或1/2啤酒瓶盖来量取。  吞咽障碍患者的饮食尤其需要重视，应在治疗师与医生的指导下选择正确的体位、食物性状、进食方法来进食，以下介绍脑卒中患者进食遵循的一般原则。  1、食物选择  原则：以密度均匀、粘性适当、不易松散、较软的食物比较安全。例如米糊、软烂饭、软面包等。根据吞咽情况和治疗师的建议来选择适当性状的食物，一般首选糊状食物。也可通过增稠剂来改变食物性状，减少病患误吸风险。  2、进食/喂食注意事项  （1）进食体位  ①能坐起来的患者，尽量在坐位下进食。  ②不能坐起来的患者，一般至少采用30°半坐卧位，头部稍前屈，以健侧吞咽。禁忌平躺位进食。  ③吞咽时避免仰头，有必要，则指导患者稍使用低头姿势吞咽。  （2）控制进食速度与每口进食的量。  要叮嘱患者吞咽每口食物结束后再进行下一口食物的进食，并且控制每口进食的分量，不宜过多。  （3）保持进食时环境安静，避免分散患者注意力，避免在进食时与其交谈。  （4）进餐后保持姿势30min，进餐后清洁口腔。  如果患者同时患有糖尿病、高血压等疾病，脂肪和盐的用量也基本在上述范围内即可，而糖尿病患者的饮食还需按照糖尿病的膳食要求去做。 |  |