

神经外科护理安全管理 与康复指导

郭 巍◎编著



吉林科学技术出版社

神经外科护理安全管理与 康复指导

郭 巍◎编著

 吉林科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

神经外科护理安全管理与康复指导 / 郭巍编著. —
长春 : 吉林科学技术出版社, 2018.5
ISBN 978-7-5578-3814-0

I. ①神… II. ①郭… III. ①神经外科学—护理
IV. ①R473.6

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第075136号

神经外科护理安全管理与康复指导

编 著	郭 巍
出 版 人	李 梁
责任编辑	许晶刚 王凤丽 米庆红
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
幅面尺寸	185mm×260mm
字 数	218千字
印 张	11.5
印 数	650册
版 次	2019年3月第2版
印 次	2019年3月第2版第1次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85651759
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-85677817
网 址	www.jlstp.net
印 刷	虎彩印艺股份有限公司

书 号	ISBN 978-7-5578-3814-0
定 价	60.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换
因本书作者较多,联系未果,如作者看到此声明,请尽快来电或来函与编辑部联系,以便商洽相应稿酬支付事宜。
版权所有 翻印必究 举报电话:0431-85677817

前言

健康是人的第一大财富，是人类永恒的追求。随着科学的发展和时代的进步，虽然人们的生活水平提高了，但是生活的压力越来越大，紧张忙碌的工作和不正确的生活习惯使很多人处于亚健康状态，身体功能的下降引发了各种疾病，严重影响着我们的健康和寿命。如何治疗常见病，如何养生保健，成了当代人普遍关注的热门话题。简单实用、便捷有效、绿色安全是当今人们寻找祛病健体、保健强身的重要标准。传统医学中的拔罐、艾灸、刮痧、推拿、穴位贴敷、耳穴压豆疗法正好满足了这一标准。

古今医学文献记载和现代临床实践证明，内科、外科、妇科、儿科、五官科、神经科等各科疾病都可采用推拿、拔罐、艾灸、刮痧、穴位贴敷、耳穴压豆疗法来治疗，而且效果显著。然而，推拿、拔罐、艾灸、刮痧、穴位贴敷、耳穴压豆疗法不是人们想象中的那样简单，因为人体的穴位有上百个，这六种常用特色疗法的具体操作方法也有近百种，两者如果有一方面没有把握好就会使疗效大打折扣，甚至会给身体带来负面影响。

我们认真研究了这个问题，组织有关专家仔细探讨，查阅了大量文献后编写了这本书。分别介绍推拿、拔罐、艾灸、刮痧、穴位贴敷、耳穴压豆六种疗法的作用机理、操作方法、注意事项，重点突出，简单易掌握，可称为医务工作者和广大患者的良师益友。即使完全不懂医学的人，通过学习之中医特色疗法行之有效的各科常见疾病，这些疾病的名称基本上都采用了现代医学的病名，这样不仅有利于特色疗法的推广，同时也便于西医同仁参考和操作。中医养生知识，从情志、饮食、运动养生等方面，详谈了日常生活中养生细节。内容全面，注重实用，既通俗易懂地讲出了养生智慧的玄妙，又将理论与实践结合，传授了心神练养的方法，值得每一个想要健康长寿的人品读。

由于水平有限，不足之处，敬请指正。希望读者看完本书后，不仅收获了知识，注重了健康，而且更有养生的大智慧。

编者

2018年5月

目 录

第一章 脑血管疾病	1
第一节 短暂性脑缺血.....	1
第二节 脑梗死.....	4
第三节 脑出血.....	8
第四节 蛛网膜下腔出血.....	11
第五节 脑卒中.....	13
第二章 神经外科疾病患者护理	46
第一节 概 述.....	46
第二节 神经外科常用药物的护理	52
第三节 神经外科一般治疗与护理	58
第四节 颅脑损伤疾病病人的护理	63
第五节 脑血管疾病病人的护理	67
第六节 颅内和脊髓肿瘤的护理	71
第七节 脑、脊髓及脑神经疾病的护理	76
第八节 神经外科患儿疾病的护理	84
第三章 神经外科医学基础知识	86
第四章 神经外科相关检查	97
第五章 神经外科护理常规	101
第六章 神经外科常用药物	109
第七章 灸 法	112
第一节 灸法的治疗机理.....	112
第二节 艾灸操作方法.....	114
第三节 艾灸适应范围及反应处理	119

第四节	艾灸的禁忌症和注意事项	120
第八章	拔罐疗法	121
第一节	拔罐疗法的治病机理和作用	121
第二节	拔罐疗法的操作方法	123
第三节	拔罐疗法的适用范围及反应处理	129
第四节	拔罐疗法的禁忌症和注意事项	130
第九章	刮痧疗法	131
第一节	刮痧的治病机理	131
第二节	刮痧的操作方法	132
第三节	刮痧的适应症及反应处理	136
第四节	刮痧疗法的禁忌症与注意事项	137
第十章	推拿疗法	139
第一节	推拿的作用原理	139
第二节	推拿介质	141
第三节	常用推拿手法	143
第四节	小儿推拿	147
第五节	推拿疗法的禁忌症和注意事项	153
第十一章	艾灸技术概论及应用	154
第一节	艾灸技术的学术源流	154
第二节	艾灸技术的基本原理	156
第三节	艾灸技术的器具制备	158
第四节	艾灸技术的技术规范	159
第五节	艾灸技术的操作规程	164
第六节	艾灸技术的适应证和禁忌证	165
第七节	艾灸技术的优势和注意事项	166
第八节	感冒	168
第九节	咳嗽	174
第十节	哮喘	179
参考文献		181

第一章 脑血管疾病

第一节 短暂性脑缺血

1. 短暂性脑缺血的概念？

短暂性脑缺血发作（TIA）是指颅内血管病变引起的一过性或短暂性、局灶性或视网膜障碍，症状一般持续10至15min，多在1h内恢复，最长不超过24h，可反复发作，不遗留神经功能缺损的症状和体征。

2. 短暂性脑缺血发作的病因是什么？

（1）供应脑血循环的动脉粥样硬化是短暂性脑缺血发作的最常见原因。最多见的是颈动脉粥样硬化血栓形成，常导致管腔狭窄，造成供应脑的血流减少。

（2）动脉-动脉血栓栓塞：栓子来源于颈部动脉或椎动脉的动脉粥样硬化斑块的溃疡面，或较少地来自心脏内的附壁血栓；心源性栓子最常见的原因因为心房纤颤、瓣膜疾病和左心室血栓形成等。

（3）较少见病因：①夹层动脉瘤、动脉炎及血液成分异常；②血流动力学的改变，血流有短暂的降低，如任何原因的低血压、心律不齐、锁骨下动脉盗血综合征和药物的不良反应；③心脏接入和手术治疗的并发症④高血压、动脉粥样硬化、心脏疾病、糖尿病以及红细胞增多都易促使短性脑缺血发作的。

3. 短暂性脑缺血发作的临床表现？

（1）TIA发作好发于老年人，男性多于女性。

（2）临床特征：①发作突然；②历时短暂，一般为10min左右，多在1h恢复最长不超过24h；③局灶性脑或视网膜障碍症状；④完全恢复，不留神经功能缺损体征；⑤常有反复发作的病史。

（3）TIA的症状：①颈动脉系统TIA,常表现为单眼或大脑半球症状。视觉症状表现为一过性黑蒙、雾视、视野中有黑点等，大脑半球症状多为一侧面部或肢体的无力麻木。一过性单眼盲是颈内动脉分支眼动脉缺血的特征性症状，优势半球缺血可有失语。

②椎-基底动脉系统TIA：通常表现为眩晕、头晕、构音障碍、发作性跌倒、共济失调、复视、眼球震颤、交叉性运动或感觉障碍、偏盲或双视力障碍。一侧脑神经麻痹，

对侧肢体瘫痪或感觉障碍为椎-基底动脉系统TIA的典型表现。

4. 短暂性脑缺血的护理?

(1) 安全指导

无论颈内动脉系统TIA还是基底动脉系统TIA,发病时病人因一过性失明眩晕,容易跌倒和受伤,应指导病人合理休息与运动,并采取适当的防护措施。发作时卧床休息,注意枕头不宜太高,以免影响头部的血液供应;仰头或头部转动时应缓慢、总做轻柔,转动幅度不要太大,防止因颈部活动过度或过急导致发作跌伤。

(2) 运动指导

规律的体育锻炼可以改善心脏功能、增加脑血流量、改善微循环,也可以降低已升高的血压,控制血糖遂平和降低体重。因此应鼓励病人增加及保持适当的体育运动,如散步、慢跑等,指导病人注意运动量和运动方式,选择适合个体的文体活动,做到劳逸结合。

(3) 用药护理

指导病人遵医嘱正确服药,不能随意更改、终止或自行购药服用。告知病人药物的作用机制、不良反应观察及用药注意事项。如肝素抗凝治疗时可出现皮肤出血点及青紫斑,个别病人甚至可诱发消化道出血,应密切观察有出血倾向;使用阿司匹林、氯吡格雷或奥扎格雷等抗血小板聚集剂治疗时可出现食欲不振、皮疹或白细胞减少等不良反应,发现异常情况及时报告医生处理。

(4) 病情观察

频繁发作的病人应注意观察和记录每次发作的持续时间、间隔时间和伴随症状,观察病人肢体无力或麻木是否减轻或加重,有无头痛、头晕或其他脑功能受损的表现,警惕完全性缺血脑卒中的发生。

5. 短暂性脑缺血发作的紧急护理要点有哪些?

短暂性脑缺血发作起病突然,通常表现为突然眩晕、头晕、跌倒、共济失调、复视。交叉性运动或感觉障碍、偏盲或双侧视力丧失、一侧面部或肢体无力麻木、失语、认知及行为功能改变等。

突然起病时,首先保护好患者,防止突然跌倒或由高空坠下,造成意外伤害;协助患者平卧,头偏向一侧,眩晕可引起呕吐,防止呕吐物误入气道,保持呼吸道通畅,必要时做好吸痰准备;给予氧气吸入,改善脑缺氧状态;做好生命体征及意识变化的监护;配合医师做好抢救工作。

6. 短暂性脑缺血发作预后如何?

短暂性脑缺血发作患者作为一个群体,存在着较高的缺血性脑卒中、心脏病及其他严重血管性疾病发生率,但就某一个患者而言,其预后差异很大。有研究显示第1次脑卒中的患者,其中15%的患者有TIA病史。TIA-5后35%将发生脑梗死,30%

将继续发作TIA，首次TIA发作后1年内发生脑梗死的危险可达7%~8%。还发现TIA后第一年的病死率比无TIA者TIA者高2.6倍影响其预后有很多，一般认为年轻人较老年人有较好的预后，因为他们有较好的健康状态，脑萎缩少，脑有较好的恢复潜力。TIA的症状持续时间和发作频率的增加影响TIA的预后情况。患者颈动脉内径的狭窄程度与脑卒中有关，并认为粥样硬化厚度是预示TIA是否会发展为完全性脑卒中的独立危险因素。并且还有研究发现药物治疗可显著减少TIA发作和心肌梗死及脑梗死的发生，并可延缓脑梗死和心肌梗死的发生。

第二节 脑梗死

1. 何为脑梗死？

脑梗死（CI）又称缺血性脑卒中，包括脑血栓形成、腔隙性梗死和脑栓塞等。是指因脑部血液循环障碍，缺血、缺氧所致的局限性脑组织的缺血性坏死或软化。

2. 脑梗死的主要原因？

引起脑梗死的主要原因是供应脑部血液的颅内或颅外动脉发生闭塞性病变而未能得到及时、充分的侧支循环供血，使局部脑组织发生缺血、缺氧现象所致。临床上最常见的有脑血栓形成和脑栓塞。

3. 动脉粥样硬化血栓形成性脑梗死的主要病因有哪些？

- （1）动脉粥样硬化。
- （2）血流动力学异常。
- （3）血流流变学异常

4. 腔隙脑梗死的主要病因有哪些？

- （1）高血压病。
- （2）动脉粥样硬化。
- （3）糖尿病。
- （4）微小栓子。
- （5）血流流动学及血液流变学异常。
- （6）全身其他疾病：如血液病、尿毒症等。

5. 分水岭脑梗死的病因是什么？

- （1）体循环低血压及低血容量。
- （2）各种微栓子栓塞。
- （3）血液粘稠性增高。

6. 引起栓塞性脑梗死常见栓子有哪些？

- （1）心源性栓子。
- （2）动脉粥样硬化性栓子。
- （3）细菌性栓子。
- （4）脂肪栓子。
- （5）空气栓子。

7. 脑血栓形成和脑栓塞的概念？

(1) 脑血栓形成是指颅内外供应脑组织的动脉血管壁发生病理改变, 血管腔变狭窄或在此基础上形成血栓, 造成脑局部急性血流中断, 脑组织缺血、缺氧、软化坏死出现相应的神经系统症状和体征, 常出现偏瘫、失语。

(2) 脑栓塞是有各种栓子(血流中异常的固体、液体、气体)沿血液循环进入脑动脉, 引起急性血流中断而出现相应的供应区脑组织缺血、坏死及脑功能障碍。

8. 脑血栓形成的脑梗死的临床分型?

根据梗死的部位不同可分为前循环梗死、后循环梗死和腔隙性梗死; 根据起病形式可分为以下几种:

(1) 可逆性缺血性神经功能缺失: 此型病人的症状和体征持续时间超过24h, 但在3周内完全恢复, 不留任何后遗症。可能是缺血未导致不可逆的神经细胞损害, 侧支循环迅速而充分地代偿, 发生的血栓不牢固, 伴发的血管痉挛及时解除等。

(2) 完全型: 起病六小时内病情达高峰, 为完全性偏瘫, 病情重, 甚至出现昏迷。

(3) 进展型: 局灶性脑缺血症状逐渐进展, 阶梯式加重, 可持续6h至数日。临床症状因血栓形成部位不同而出现相应动脉支配区的神经功能障碍。可出现对侧偏瘫、偏身感觉障碍、失语等, 严重者可引起颅内压增高、昏迷、死亡。

(4) 缓慢进展型: 病人症状在起病2周以后仍逐渐发展。多见于颈内动脉颅外段血栓形成, 但颅内动脉逆行血栓形成亦可见。多于全身或局部因素所致的脑灌流量减少有关。此型病例应与颅内肿瘤、硬膜下血肿相鉴别。

9. 脑梗死急性期的治疗原则是什么?

一旦发生脑梗死应积极治疗, 脑梗死急性期治疗原则为改善脑循环, 防止血栓进展, 挽救缺血半暗带, 减少梗死范围, 减少脑水肿, 防止并发症。

10. 脑梗死患者抗凝治疗时应注意什么?

脑梗死患者抗凝治疗应注意大面积脑梗死不可抗凝。以免增加出血的危险。

抗凝治疗不能作为急性缺血性脑卒中急性期的单一治疗, 没有足够的证据证明抗凝治疗可以防止早期脑卒中再次发作, 组织神经症状恶化, 降低患者的病死率与致残率, 或提高神经功能的恢复。相反的, 抗凝治疗伴随着并发出血的危险性增高, 包括梗死部位的出血。应注意以下几点。

(1) 一般急性脑梗死患者不推荐常规立即使用抗凝剂。

(2) 使用溶栓治疗的患者, 一般不推荐在24h内使用抗凝剂。

(3) 如果无出血倾向、严重肝肾疾病、血压 $>180/100\text{mmHg}$ 等禁忌证时, 下列情况可考虑选择性使用抗凝剂: ①心源性梗死患者, 容易复发卒中。②缺血性脑卒中伴有蛋白C缺乏、蛋白S缺乏、活性蛋白C抵抗等易栓症患者; ③卧床的脑梗死患者可使用低剂量肝素或相应剂量低分子肝素预防深静脉血栓形成和脑栓塞。

11. 脑血栓形成的脑梗死的护理措施?

(1) 用药护理

脑血栓病人常联合应用溶栓、抗凝、血管扩张药及脑代谢活化剂等治疗,护士应耐心解释各类药物的作用。①使用溶栓抗凝药物时应严格把握药物剂量,密切观察意识和血压变化,定期进行神经功能评估,监测出凝血时间、凝血酶原时间,观察有无皮肤及消化道出血倾向,如黑便、牙龈出血、皮肤青紫办斑等;②使用扩血管药尤其是尼莫地平等钙通道阻滞剂时,因能产生明显的扩张作用,松弛血管平滑肌,使脑血流量增加可导致病人头部胀痛、颜面部发红、血压降低等,应监测血压变化、减慢输液滴速;③使用低分子右旋糖酐改善微循环治疗时,可出现发热。皮疹甚至过敏性休克,应密切观察。

(2) 心理护理

脑卒中后因大脑左半球受损可以导致抑郁,加之由于沟通障碍,肢体功能恢复的过程很长,速度较慢,日常生活依赖他人照顾等原因,如果缺少家庭和社会支持,病人发生焦虑、抑郁的可能性会加大,而焦虑与抑郁情绪阻碍了病人的有效康复,因此应重视对精神情绪的变化的监控,提高对抑郁、焦虑状态的认识。

(3) 饮食护理

鼓励能吞咽的病人进食,每天总热量在6300KJ左右。进食高蛋白高维生素的食物,选择软饭、半流或糊状、胶状的粘稠食物,变粗糙、干硬、辛辣等刺激性食物。

(4) 防止窒息

进食前应注意休息,因为疲劳有可能增加误吸的危险;注意保持进餐环境的安静、舒适,告诉病人进餐时不要讲话,减少进餐时环境中分散注意力的干扰因素,如关闭电视、收音机,停止护理活动等;如果用杯子饮水,杯中的水至少保留半杯,因为水过少时,病人需要低头饮水的体位会增加误吸的危险;床旁备吸引装置。

12. 脑栓塞的病因?

(1) 心源性

为脑栓塞最常见的病因。在发生脑栓塞的病人中约一半以上为风湿性心脏病二尖瓣狭窄并发心房颤动。在风湿性心脏病病人中有三分之一的病人发生脑栓塞。细菌性心内膜炎心瓣膜上的炎性赘生物易脱落,心肌梗死或心肌病时心内膜病变形成的附壁血栓脱落,均可成为栓子。

(2) 非心源性

主动脉弓及其发生的大血管动脉粥样硬化斑块与附着物及肺静脉血栓脱落,也是脑栓塞的重要原因。其他如肺部感染、败血症引起的感染性脓栓;长骨骨折的脂肪栓子,长骨骨折的脂肪栓子;寄生虫栓子等。

(3) 来源不明性

有些脑栓塞虽经现代先进设备。方法进行仔细检查仍未找到栓子的来源。

13. 诊断要点?

突起偏瘫，一过性意识障碍可伴有抽搐或其他部位栓塞，有心脏病使者，诊断不难。若无心脏病史者、临床表现象脑栓塞者应注意查找非心源性栓子的来源，已明确诊断。

14. 腔隙性脑梗死的预后如何?

腔隙性脑梗死是我国最常见的一种脑卒中临床类型，占脑卒中的40%~50%，而在西方人只占15%~28%。其次，腔隙性脑梗死是一种轻型脑卒中，不用特殊治疗，大多恢复良好。最后，腔隙性脑梗死常是高血压脑动脉硬化的标志，是更大、更多次脑卒中的前兆。正确诊断有利于医生和患者对二级预防重视。

15. 脑血栓形成性脑梗死预后如何?

脑血栓形成性脑梗死是脑梗死最常见的类型，约占全部脑梗死的60%。本病的病死率约为10%，致死率达50%以上，存活者中40%以上可复发，且复发次数越多病死率和致残率越高。

16. 栓塞性脑梗死的预后如何?

脑栓塞是指各种栓子随血流进入颅内动脉使血管腔急性闭塞，引起相应供血区脑组织缺血坏死及功能障碍，占脑梗死的15%~20%，其中因心源性栓子造成的脑栓塞占60%~70%。脑栓塞预后与被栓塞血管大小、栓子数目及栓子性质有关，脑栓塞急性病死率为5%~15%，多死于严重脑水肿、脑疝、肺部感染和心力衰竭。心源性脑栓塞预后较差，存活的脑栓塞患者多遗留严重后遗症。

第三节 脑出血

1. 什么是脑出血?

脑出血（ICH）是指原发性非外伤性脑实质内自发性出血，占全部脑卒中的三分之一左右，疾病死亡率30%左右。

2. 脑出血的临床表现有哪些?

脑出血发病前多数患者无预感，绝大部分患者突然发病，数分钟或数十分钟病情达到高峰。发病后表现剧烈头痛、呕吐、意识障碍、呼吸深有鼾声、脉搏慢有力、血压高、大小便失禁偏瘫、病理征阳性等共性症状。由于出血部位及出血量不同

（1）基底节区出血

是最常见的脑出血部位。其典型临床表现为对侧“三偏”（偏瘫、偏深感觉障碍、偏盲）症状。出血量大时很快昏迷，在数小时内迅速恶化。

（2）丘脑出血

最突出的表现是偏身感觉障碍，可伴有偏身自发性疼痛和感觉过度，尚可有偏瘫失语、精神障碍等。

（3）脑叶出血

临床表现为头痛、呕吐等，较少昏迷。根据累及脑叶不同，出现局灶性定位征象，如额叶的偏瘫、运动性失语、遗尿便等，顶叶的偏深感觉障碍，颞叶的感觉性失语、精神症状等，枕叶的视野缺损等。

（4）脑桥出血

脑桥是脑干出血的好发部位。早期表现病灶侧面瘫痪、对侧肢体瘫痪，成为交叉性瘫，如果出血量大则出现四肢瘫、瞳孔成针尖样、中枢性高热、昏迷等症状；如果血液破入脑室则出现抽搐、去皮质强直、呼吸不规则等严重症状，预后多数较差。

（5）小脑出血

临床表现常先出现头晕、枕部头痛、频繁呕吐、走路不稳、说话不清、颈部强直等，如果出血量大，压迫延髓生命中枢可突然死亡。

（6）脑室出血

临床表现为剧烈头痛、频繁呕吐、颈强直。出血量大时，很快进入昏迷或昏迷逐渐加深，双侧瞳孔缩小成针尖样，病理反射阳性，早期呈现去大脑强直发作，长出现上消化道出血、中枢性高热、大汗、血糖升高、尿崩症等。

3. 脑出血的主要病因是什么?

脑出血的最主要病因是高血压病和动脉粥样硬化，两者往往同时存在，互相促进，此类脑出血属于高血压病最严重也是最高级别的并发症之一，可在短时间内出现极为严重的症状，甚至短时间内影响患者呼吸、心跳等基本生理活动，造成患者死亡。仅有少数为其他原因所致，如先天性脑血管畸形、颅脑动脉瘤、脑动脉炎、血液病等。

（1）外界因素

如气候变化。临床发现，脑血管病的发生在季节变化时尤为多见，如春夏、秋冬交界，现代医学认为，季节的变化以及外界温度的变化可以影响人体神经内分泌的正常代谢，改变血液粘稠度，使毛细血管痉挛性收缩和脆性增加。短时间内颅内血管不能适应如此明显的变化，即出现血压波动，最终导致脑出血的发生。

（2）情绪改变

情绪改变是脑出血的又一重要诱因，包括极度的悲伤、兴奋、恐惧等。临床发现，多数脑出血患者发病之前有情绪激动病史，其原因主要是由于短时间内情绪变化时出现交感神经兴奋，心跳加快、血压突然升高，使原本脆弱的血管破裂所致。

（3）用力

用力排便或用力提物等因素可导致血压突然升高，使原本薄弱的动脉壁破裂出血，豆纹动脉是脑出血最常见的好发部位。

（4）不良生活习惯

长期吸烟可以使血管脆性增加，对血压波动的承受能力下降，导致脑血管破裂；而长期饮酒可引起血管收缩舒张调节障碍，并出现血管内皮损伤，使血管条件变差，易发生脑出血。此外，经常过度疲劳。缺少体育锻炼，也会使血液粘稠度增加，破坏血管条件，导致脑出血的发生。

4. 脑出血的护理重点是什么？

（1）保证患者安静休息，头部抬高，避免不必要的搬动，一般应卧床休息3周左右。

（2）患者意识不清或不合作，应加用床栏防止坠床。

（3）严密观察生命体征：观察意识、瞳孔、体温脉搏、呼吸、血压并记录，以了解病情的变化，如呼吸浅慢、高热、咳嗽提示呼吸道感染，如患者瞳孔不等大，病侧瞳孔缩小，对光反射不灵敏，可能是脑疝早期，应及时用高渗透利尿剂脱水治疗控制脑疝的安生。

（4）保持呼吸道的通畅：昏迷患者应将头歪向一侧，以利于口腔、气道分泌物及呕吐物流出，并可防止舌根后坠阻塞呼吸道；随时吸出口腔内分泌物和呕吐物，必要时行气管切开。

（5）给予低流量持续吸氧。

（6）预防压疮，定时翻身，翻身时特别注意保护头部，动作要轻、慢、稳，避免剧烈活动。

（7）昏迷或有吞咽困难者在发病后2到3天给予鼻饲。

(8) 保持大小便通畅,便秘者可选用缓泻药。

(9) 保持肢体的功能位,有利于瘫痪肢体关节功能康复。

(10) 被动活动肢体,如病情稳定,生命体征平稳,可以及早帮助患者活动活动肢体被动训练。

5. 脑出血的护理危机症有哪些?

(1) 呼吸困难。

(2) 脑疝。

(3) 高热

(4) 高血压。

(5) 上消化道大出血。

(6) 电解质失衡。

6. 如何预防脑出血?

(1) 提倡健康的生活方式

控制体重,饮食限制盐和脂肪摄入量;坚持适当的体力活动;保持乐观心态和提高应激能力;戒除烟酒;合理用药,认识各种降压药物的特点和适应证、禁忌症等。

(2) 对于使用抗凝药物的患者,一定要注意凝血时间的复查,防止抗凝过度导致颅内出血。

(3) 对于已患可能引起出血的内科疾病者,如血液病、结缔组织病,加强疾病的治疗,以免并发出血,造成严重后果。

(4) 定期体格检查,尤其是平时有头痛等症状时,头颅CT或MRI检查可能发现颅内动脉瘤、脑血管畸形等。概括起来就是四句话:了解自己的血压,改变不健康的生活方式,克服不良习惯,定期检查。

7. 如何预防脑出血患者再出血?

脑出血患者预防再次发生脑出血,通过查找出血发生的病因,纠正所有可干预的因素,达到预防或降低再次发生脑卒中的危险。首次发生脑出血的病因学机制分为高血压性出血和非高血压性出血,而反复发生的脑实质出血需要高度怀疑血管瘤、血管淀粉样变等。

第四节 蛛网膜下腔出血

1. 什么是蛛网膜下腔出血？

蛛网膜下腔出血（SAH）是指脑表面血管破裂后大量血液直接流入蛛网膜下腔，又称蛛网膜下腔出血。SHA占脑卒中的7%左右。

2. 蛛网膜下腔的解剖位置如何？

蛛网膜位于软脑膜与硬脑膜之间的一层透明膜，蛛网膜与软脑膜之间有一腔隙，称蛛网膜下腔。

3. 蛛网膜下腔出血有哪些典型的临床表现以及最具特征性的体征是什么？

蛛网膜下腔出血起病急骤，各个年龄组均可发病，年轻人以先天性动脉瘤破裂多见，老年人则以动脉硬化多见。当体力劳动情绪变化、血压突然升高、饮酒或酗酒时，突然出现剧烈头痛、呕吐、面色苍白、全身冷汗等，数分钟内可发展至最严重的程度；有些患者可伴有局造型或全身性癫痫发作。少数患者可出现精神症状、头昏、眩晕及颈、背、下肢疼痛等。出血量较多血液进入蛛网膜下腔，可以起颅内压增高，甚至因脑组织推移压迫脑干而猝死。老年人蛛网膜下腔出血临床表现常不典型，头痛呕吐、脑膜刺激征等可不明显，而精神症状及意识障碍较重。

蛛网膜下腔出血最有特征性的体征为颈项强直等脑膜刺激征。后交通动脉的动脉瘤破裂可出现一侧动眼神经麻痹，个别重症患者可很快进入深昏迷，出现去大脑强直，因脑疝形成而迅速死亡。

4. 蛛网膜下腔出血常见的病因有哪些？

- （1）动脉瘤。
- （2）颅内动脉畸形。
- （3）血管病变。
- （4）动脉夹层。
- （5）外伤。
- （6）脑肿瘤、感染性动脉瘤。
- （7）其他促发因素：吸烟和酗酒。

5. 蛛网膜下腔出血为什么极易发生再出血？

蛛网膜下腔出血的常见病因是动脉瘤、脑血管畸形、脑底异常血管网病、血液病等，由于动脉瘤、脑血管畸形、脑底异常血管网病等的血管壁发育不全、厚薄不一。在血压突然增高、大量血流冲击时极易破裂出血。