

实用临床专科 疾病护理

党生梅等◎编著



 吉林科学技术出版社

实用临床专科疾病护理

党生梅等◎编著

图书在版编目 (C I P) 数据

实用临床专科疾病护理/ 党生梅等编著. — 长春:
吉林科学技术出版社, 2017.3
ISBN 978-7-5578-1944-6

I. ①实… II. ①党… III. ①护理学IV. ①R473

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 058997号

实用临床专科疾病护理

SHIYONG LINCHUANG ZHUANKE JIBING HULI

编 著 党生梅等
出 版 人 李 梁
责任编辑 刘建民 韩志刚
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
开 本 889mm×1194mm 1/16
字 数 980千字
印 张 30.75
印 数 1—1000册
版 次 2017年3月第1版
印 次 2018年3月第1版第2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 0431-85635177 85651759 85651628
85652585 85635176
储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-86037565
网 址 www.jlstp.net
印 刷 永清县晔盛亚胶印有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-1944-6
定 价 90.00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

编委会

主 编

党生梅 高 峰 牟 霞 王文红

孟庆婷 贾红岩 于洪波

副主编

郭翠琴 王荣花 白 涛 赵春玲

王焕利 刘 畅 高艳飞 吴 艳

马晓莎 许靖涵

编 委 (按姓氏笔画排序)

于洪波 (山东省青岛市第八人民医院)

马晓莎 (河南科技大学临床医学院 河南科技大学第一附属医院)

王文红 (山东省青岛市第八人民医院)

王荣花 (山东省济宁市兖州区铁路医院)

王焕利 (陕西中医药大学附属医院)

白 涛 (湖北省宜都市中医医院)

刘 畅 (河北省迁西县人民医院)

许靖涵 (河南科技大学临床医学院 河南科技大学第一附属医院)

牟 霞 (山东省利津县中心医院)

吴 艳 (河北省迁西县人民医院)

孟庆婷 (山东省青岛市第八人民医院)

赵春玲 (湖北省宜都市中医医院)

贾红岩 (山东省青岛市第八人民医院)

党生梅 (甘肃省天祝县人民医院)

高 峰 (山东省青岛市第八人民医院)

高艳飞 (河北省迁西县人民医院)

郭翠琴 (湖北省十堰市妇幼保健院)

黄丽媛 (河北省邢台市第三医院)

编委会



党生梅

女，汉族，甘肃天祝县人。1990年毕业于甘肃省武威市卫生学校护理专业，2003年7月获得主管护师，2005年1月取得中央广播电视大学护理学大专学历，甘肃省天祝县人民医院内二科主管护师，先后在急诊科、儿科、门诊、内科等临床科室一线工作26年，积累了丰富的临床经验及常见病的专科护理知识，曾获得武威市卫生计生系统先进护士及多次获得院内先进个人等荣誉称号。



高峰

从事护理工作20年，主要从事妇产科、儿科、内科等疾病的护理工作。曾合著出版著作四本，均是副主编。发表学术论文6篇。



牟霞

女，本科学历，主管护师。于1993年毕业后从事临床护理工作，至今已有24年，现任护理部主任。在工作中严格要求自己，带头学习各项新知识、新业务、新技能，及时了解护理工作的新进展、新管理、新服务。近几年来，多次受到县委县政府的嘉奖。2012年，被市卫生局授予“全市护理管理示范标兵”，2013年当选为东营市护理学会第三届理事会理事，2014年被评为市级优秀护士。2015年被利津县团委授予“十佳青年”称号。先后在《齐鲁护理杂志》等省级以上刊物发表医学论文3篇，完成著作1部，发明实用新型专利4项，与同事合作完成的科研成果《焦虑症患者的睡眠护理与疗效关系的研究》获东营市科技进步“三等奖”。

前言

preface

随着医学科学的发展,医学学科专业的不断细化,医疗护理新业务、新技术的不断拓展,促使护理学逐渐向专科化发展,专科护理的科学化、规范化发展已成为护理专业的一项重要课题。因此对护理人员的素质要求也越来越高。

护士不仅要具备护理专业的基础知识、基本理论和基本技能。而且要熟练掌握专科操作技术,才能为患者提供高质量的护理服务。为患者提供规范的专科护理操作,是护理专业化发展的需求,也是现代临床护士的主要任务。为使各项专科护理操作规范且易于掌握,我们组织编写了《实用临床专科疾病护理》一书。

本书共十五章,涵盖了各个护理专业的内容。根据临床专业的划分,就每个护理专业的常见病、多发病的疾病概述、临床表现、护理诊断、护理评估、护理措施等各个方面均作了介绍。内容全面,并且紧扣科学前沿,具有较强的实用性、指导性和前瞻性。本书是编者们在搜集大量国内外文献的基础上综合分析,并结合多年工作经验的总结撰写而成。希望本书的出版能对广大护理工作提供一定的帮助。

由于专科护理内容广、发展迅速,尽管本书编者已竭尽绵力,但水平有限,书中定有许多不足之处,望同道们不吝指教。

《实用临床专科疾病护理》编委会

2017年1月

目 录

CONTENTS

第一章 神经内科疾病的护理	(1)
第一节 脑血管疾病	(1)
第二节 三叉神经痛	(9)
第三节 面神经炎	(14)
第四节 偏头痛	(16)
第五节 急性脊髓炎	(27)
第六节 重症肌无力	(30)
第七节 帕金森病	(34)
第八节 癲 癇	(41)
第二章 消化内科疾病的护理	(53)
第一节 慢性胃炎	(53)
第二节 反流性食管炎	(55)
第三节 消化性溃疡	(58)
第四节 病毒性肝炎	(66)
第五节 肝硬化	(75)
第六节 溃疡性结肠炎	(80)
第七节 急性胰腺炎	(81)
第八节 慢性胰腺炎	(88)
第三章 呼吸内科疾病的护理	(91)
第一节 急性上呼吸道感染	(91)
第二节 急性气管—支气管炎	(94)
第三节 慢性阻塞性肺疾病	(96)
第四节 支气管肺炎	(101)
第五节 肺脓肿	(108)
第六节 重症肺炎	(111)
第七节 支气管哮喘	(120)
第八节 重症哮喘	(122)
第九节 支气管扩张	(129)
第十节 呼吸衰竭	(132)
第十一节 急性呼吸窘迫综合征	(140)
第十二节 急性肺血栓栓塞症	(145)
第十三节 肺结核	(151)

第四章 心内科疾病的护理	(157)
第一节 心绞痛	(157)
第二节 急性心肌梗死	(167)
第三节 心源性休克	(179)
第四节 原发性高血压	(182)
第五节 心律失常	(190)
第六节 风湿性心脏瓣膜病	(200)
第七节 慢性肺源性心脏病	(205)
第八节 心肌炎	(207)
第九节 急性心包炎	(208)
第十节 感染性心内膜炎	(210)
第十一节 心力衰竭	(213)
第五章 血液内科疾病的护理	(219)
第一节 贫 血	(219)
第二节 特发性血小板减少性紫癜	(222)
第三节 白血病	(226)
第四节 恶性淋巴瘤	(232)
第六章 泌尿内科疾病的护理	(235)
第一节 急性肾小球肾炎	(235)
第二节 慢性肾小球肾炎	(237)
第三节 肾病综合征	(240)
第四节 肾盂肾炎	(247)
第五节 肾衰竭	(250)
第七章 内分泌科疾病的护理	(254)
第一节 甲状腺功能亢进症	(254)
第二节 甲状腺功能减退症	(260)
第三节 腺垂体功能减退症	(261)
第四节 皮质醇增多症	(264)
第五节 嗜铬细胞瘤	(267)
第六节 糖尿病	(270)
第七节 高脂血症	(281)
第八节 肥胖症	(283)
第八章 急诊内科疾病的护理	(287)
第一节 休 克	(287)
第二节 昏 迷	(288)
第三节 急性中毒	(294)
第九章 普外科疾病的护理	(303)
第一节 乳腺疾病	(303)
第二节 甲状腺疾病	(308)
第三节 急性化脓性腹膜炎	(313)

第四节	肠梗阻	(315)
第五节	急性阑尾炎	(317)
第六节	胃十二指肠损伤	(320)
第七节	小肠破裂	(322)
第八节	脾破裂	(324)
第九节	胃 癌	(326)
第十节	胆囊炎	(328)
第十一节	胆囊结石	(329)
第十二节	肝脓肿	(333)
第十三节	肝 癌	(336)
第十四节	门静脉高压症	(341)
第十五节	胆管蛔虫病	(344)
第十六节	胰腺疾病	(346)
第十七节	结直肠癌	(351)
第十八节	直肠、肛管疾病	(354)
第十章	胸外科疾病的护理	(357)
第一节	胸部损伤	(357)
第二节	气 胸	(359)
第三节	血 胸	(361)
第四节	食管癌	(363)
第五节	原发性支气管肺癌	(368)
第十一章	泌尿外科疾病的护理	(374)
第一节	肾损伤	(374)
第二节	膀胱损伤	(378)
第三节	尿道损伤	(381)
第四节	膀胱结石	(385)
第五节	尿路梗阻	(386)
第六节	前列腺增生症	(388)
第十二章	妇科疾病护理	(391)
第一节	月经失调	(391)
第二节	阴道炎	(397)
第三节	盆腔炎	(400)
第四节	前庭大腺炎	(402)
第五节	妇科肿瘤	(403)
第六节	不孕症	(408)
第七节	妇科诊疗技术的护理配合	(410)
第十三章	产科疾病的护理	(424)
第一节	流 产	(424)
第二节	前置胎盘	(427)
第三节	胎盘早剥	(430)

第四节 早 产..... (434)

第五节 产道异常..... (436)

第六节 产力异常..... (439)

第七节 产后出血..... (442)

第八节 产科诊疗技术的护理配合..... (446)

第十四章 儿科疾病的护理..... (453)

第一节 小儿腹泻..... (453)

第二节 小儿肺炎..... (457)

第三节 小儿惊厥..... (461)

第十五章 眼科疾病的护理..... (467)

第一节 结膜疾病..... (467)

第二节 角膜炎..... (471)

第三节 葡萄膜、视网膜和玻璃体疾病 (476)

参考文献..... (483)

第一章 神经内科疾病的护理

第一节 脑血管疾病

脑血管疾病是指脑部血管病变和(或)全身血液循环紊乱所致的脑组织供血障碍、脑功能异常或结构破坏的脑部疾病的总称,是神经系统的常见病、多发病。

急性脑血管疾病临床分为缺血性脑血管疾病和出血性脑血管疾病两大类。常见病因有血管壁病变(高血压性动脉硬化最常见)、心脏病及血流动力学改变、血液成分改变及其他如栓子、脑血管痉挛、受压、外伤等,部分原因不明。

一、缺血性脑血管疾病

缺血性脑血管疾病主要包括短暂性脑缺血发作、脑梗死(脑血栓形成、脑栓塞、腔隙性梗死)。

短暂性脑缺血发作是局灶性脑缺血导致突发短暂性、可逆性神经功能障碍。发作持续数分钟,通常30分钟内完全恢复,CT或MRI大多正常,超过2小时常遗留轻微神经功能缺损表现。传统TIA定义时限为24小时内恢复。

脑血栓形成是脑动脉主干或皮质支动脉粥样硬化导致血管增厚、管腔狭窄闭塞和血栓形成,引起脑局部血流减少或供血中断,脑组织缺血、缺氧导致软化坏死,出现局灶性神经系统症状体征。

脑栓塞是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脑功能障碍。

TIA的治疗目的是消除病因、减少和预防复发、保护脑功能,对短时间内反复发作病例应采取有效治疗,防止脑梗死发生。脑梗死的治疗,主要是挽救缺血半暗带,防治再灌注损伤,控制脑水肿及保护脑细胞功能,争取在3~6小时内溶栓,采取整体化治疗,治疗方案个体化。

(一)护理评估

1. 健康史

询问有无动脉硬化、高血压或低血压、风湿性心脏病及冠心病、糖尿病病史,有无不良饮食习惯,如高盐、高脂、酗酒及吸烟等;了解既往是否有类似发作,其发病时间、主要表现、诊治情况等;询问本次发病的情况,如有无诱因、前驱症状、起病情况和主要症状等。

脑血栓形成多于安静或睡眠状态下发病,脑栓塞多在活动时,急剧发病,症状多在数秒或数分钟内达高峰,是脑血管疾病起病最快的一种,多属完全性卒中,可反复发作。

2. 身体状况

(1)短暂性脑缺血发作无意识障碍,脑梗死通常意识清楚或伴轻度意识障碍,生命体征一般无明显改变。若梗死面积大、进展迅速,可因颅内压增高出现昏迷,甚至死亡。主要表现为局灶神经症状。

(2)神经系统体征视脑血管闭塞的部位及梗死的范围而定,常为各种类型的运动障碍、视力障碍、失语及感觉障碍。

短暂性脑缺血发作:以椎-基底动脉系统缺血发作多发,常见眩晕、平衡障碍,特征性症状有跌倒发作、短暂性全面遗忘和双眼视力障碍。

脑血栓形成及脑栓塞:常见于颈内动脉和大脑中动脉。大脑中动脉主干闭塞导致病灶对侧中枢性面舌瘫(均等性偏瘫)、偏身感觉障碍及偏盲(即三偏),优势半球受累出现失语症,非优势半球受累出现体象障碍。

3. 心理—社会评估

平时有头痛、头昏、高血压、糖尿病及冠心病,不被重视,对突发失语、瘫痪而产生自卑、恐惧感。

4. 辅助检查

(1)神经影像学检查:①CT检查:一般病后24小时逐渐显示低密度梗死灶(图1-1)。②MRI检查:可清晰显示早期缺血性梗死,梗死后数小时即出现 T_1 低信号、 T_2 高信号病灶(图1-2)。

(2)病因检查:①经颅多普勒发现颈动脉和颈内动脉狭窄、动脉粥样硬化斑、血栓形成,超声心动图检查发现心脏附壁血栓、心房黏液瘤、二尖瓣脱垂等;②血液生化检查血糖、血脂、血液流变学检查等。



图 1-1 CT 示低密度脑梗死病灶

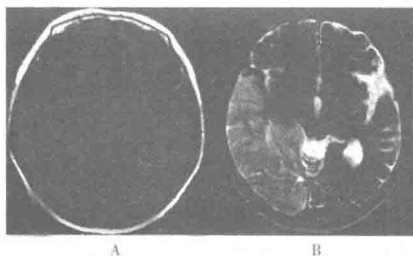


图 1-2 MRI 显示右颞、枕叶大面积脑梗死右侧外侧裂池明显变窄,脑沟几乎消失(该患者大脑后动脉由颈内动脉系统供血,为变异型)

(二)护理诊断及合作性问题

1. 感知改变

感知改变与缺血性脑血管病致感觉接受、传导障碍有关。

2. 有皮肤完整性受损的危险

有皮肤完整性受损的危险与缺血性脑血管病致感觉迟钝或消失、肢体瘫痪有关。

3. 自理缺陷

进食、卫生、如厕与肢体活动能力,部分或完全丧失有关。

4. 言语沟通障碍

言语沟通障碍与缺血性脑血管病损害语言功能区,致使语言的接受或表达发生障碍,损害锥体系导致发音肌肉瘫痪有关。

(三)预期目标

保持皮肤完好无损,防治并发症,掌握肢体功能训练技巧,早期进行功能训练,减少后遗症,预防复发。

(四)护理措施

1. 一般护理

(1)休息:病室内保持安静、清洁,保证患者充分休息。

(2)饮食护理:应给予高热量、高蛋白、高维生素、适量纤维素、低盐、低糖、低脂和低胆固醇的食物。若有饮水呛咳、吞咽困难,是给予糊状流质或半流质小口慢慢喂食。必要时,鼻饲流质。糖尿病患者给予糖尿病饮食。

2. 心理护理

患者因偏瘫、失语而产生消极、自卑的心理,因生活不能自理而性情急躁,会使病情加重。护士应主动关心患者,从思想上开导患者,训练患者定期排便,嘱家属要给予患者物质和精神上的支持,消除患者异常心理。

3. 病情观察

注意观察患者症状变化,有无加重或缓解,有无并发症出现。

4. 对症护理

(1)高血压:起病后 24~48 小时收缩压超过 29.3 kPa(220 mmHg)、舒张压超过 16.0 kPa(120 mmHg)或平均动脉压超过 17.3 kPa(130 mmHg)时,可遵医嘱使用降压药。严密监测血压,切忌过度降压,导致脑灌注压降低。

(2)脑水肿:发病后 2~5 天,为脑水肿高峰期,可根据病情使用脱水剂。

(3)高血糖:血糖宜控制在 6~9 mmol/L,若高于 10 mmol/L 宜用胰岛素治疗,并注意水、电解质平衡。

(4)感染:有意识障碍者可适当使用抗生素,预防呼吸道感染、尿路感染和压疮。

5. 用药护理

(1)抗血小板聚集药:抗血小板聚集剂用于短暂性脑缺血发作和脑血栓形成的防治,常用阿司匹林、噻氯匹定、氯吡格雷。阿司匹林一般剂量治疗时不良反应较少,选用肠溶片、小剂量服用不良反应更少;噻氯匹定常见消化道反应,餐后服用,可减轻其不良反应,偶有粒细胞、血小板减少和肝功能损害,服药期间要监测血象和肝功能;氯吡格雷常见腹泻和皮疹等不良反应。

(2)溶栓、抗凝和降纤药物:溶栓、抗凝和降纤药物主要用于脑血栓形成患者的治疗,脑栓塞慎用抗凝治疗,腔隙性梗死禁用溶栓和抗凝治疗。溶栓药物常用尿激酶、组织型纤溶酶原激活剂(t-PA),能迅速溶解血栓,使闭塞的血管再通;抗凝药物常用肝素、双香豆素、华法林,主要防止血栓扩延和新的血栓发生;降纤药物常用降纤酶、巴曲酶等。以上药物均可导致出血倾向,溶栓药还能引起严重头痛、呕吐、血压急剧升高。必须严格遵医嘱,准确给药;密切观察生命体征变化和出血倾向,尤其是颅内出血;定时监测出血和凝血时间;备有维生素 K 等拮抗剂,以便及时处理继发性出血;当出现严重并发症,应立即告之医师进行紧急处理。

(3)扩血管药:TIA 患者视病情选择使用扩血管药;脑梗死急性期不宜使用或慎用扩血管药,宜在亚急性期(2~4 周)使用。

(五)健康教育

(1)低脂、低胆固醇、高维生素饮食,戒烟、酒,控制体重,适量运动。

(2)对危险因素积极干预,做好二级预防,加强康复护理。

(3)避免精神紧张及操劳过度,保持情绪稳定。

二、出血性脑血管病

出血性脑血管疾病主要包括脑出血和蛛网膜下隙出血。

脑出血系指原发性脑实质内出血。多见于 50 岁以上的中老年人,大多发生于基底节区,表现为意识障碍、头痛及神经系统定位体征。常并发感染(呼吸道及泌尿道)、应激性溃疡、稀释性低钠血症、中枢性高热、痫性发作及下肢深静脉血栓形成。轻型脑出血经治疗后,可明显好转,重症患者死亡率高。

蛛网膜下隙出血是指脑底或脑表面的血管破裂,血液直接进入蛛网膜下隙。本病多见于中老年人,表现为突然剧烈头痛及呕吐,伴一过性意识障碍、脑膜刺激征阳性、血性脑脊液。再出血、脑血管痉挛、交通

性脑积水是常见的并发症。

脑出血急性期治疗主要是防止进一步出血,降低颅内压,控制脑水肿,维持生命功能,防止并发症;恢复期治疗主要是进行功能恢复,改善脑功能,减少后遗症及预防复发。蛛网膜下隙出血急性期治疗主要是去除出血的原因,防治继发性脑血管痉挛,制止继续出血和防止复发。

(一) 护理评估

1. 健康史

- (1) 询问有无高血压及动脉粥样硬化或脑动脉瘤、脑血管畸形以及出血性疾病病史。
- (2) 了解本次发病前有无情绪激动、过分紧张、劳累、用力排便及其他体力活动过度等诱因。
- (3) 了解起病情况及主要表现,包括头痛、运动障碍、感觉障碍和意识障碍等。

2. 身体状况

- (1) 全身表现:主要表现在以下几个方面。

1) 生命体征异常:呼吸一般较快,病情重者呼吸深而慢,或呈潮式呼吸、叹息样呼吸等;出血早期血压往往升高,血压不稳和持续下降是循环功能衰竭征象;出血后常引发高热。若始终低热者,可能为出血后的吸收热。

2) 头痛与呕吐:神志清楚或轻度意识障碍者,常述有头痛;意识模糊或浅昏迷患者,可用健侧手触摸病灶侧头部;呕吐多为喷射性,呕吐物为咖啡色胃内容物。

3) 意识障碍:轻者,躁动不安、意识模糊不清;重者,进入昏迷状态,鼾声大作,眼球固定于正中位,面色潮红或苍白,大汗,尿失禁或尿潴留等。

4) 瞳孔变化:早期双侧瞳孔可时大时小;若病灶侧瞳孔散大,对光反应迟钝或消失,是小脑幕切迹疝形成的征象;若双侧瞳孔均逐渐散大,对光反应消失,是双侧小脑幕切迹疝、枕骨大孔疝或深昏迷的征象;若两侧瞳孔缩小或呈针尖样,提示脑桥出血。

(2) 局灶性神经体征:见表 1-1。约 70% 的高血压脑出血发生在基底节区。基底节区出血表现为病灶对侧出现不同程度的偏瘫、偏身感觉障碍和偏盲,病理反射阳性。双眼球常偏向病灶侧。优势半球出血者,还可有失语、失用等症状。

表 1-1 高血压脑出血临床特点

部位	昏迷	瞳孔	眼球运动	运动、感觉障碍	偏盲	癫痫发作
壳核	较常见	正常	向病灶侧偏斜	主要为轻偏瘫	常见	不常见
丘脑	常见		小,光反射迟钝向下内偏斜	主要为偏身感觉障碍	短暂出现	不常见
脑叶	少见	正常	正常或向病灶侧偏斜	轻偏瘫或偏身感觉障碍	常见	常见
脑桥	早期出现	针尖样瞳孔	水平侧视麻痹	交叉瘫	无	无
小脑	延迟出现	小,光反射存在	晚期受损	共济失调步态	无	无

(3) 蛛网膜下隙出血:①突发劈裂样剧烈头痛;②不同程度的意识障碍或一过性意识丧失;重者,可有谵妄、昏迷等;③脑膜刺激征阳性。

3. 心理—社会评估

患者易产生忧郁、紧张、焦虑、悲观和绝望,对治疗失去信心。家属是否积极配合治疗、能否为患者提供正确的照顾十分重要。社区卫生服务机构能否为患者提供出院后连续的医疗服务,其环境条件是否适应患者的康复训练亦很重要。

4. 辅助检查

(1) 头颅 CT 检查:为首选检查项目,可显示出血部位呈高密度影,并确定血肿部位、大小、形态以及是否破入脑室(图 1-3)。SAH 显示大脑外侧裂池、前纵裂池、鞍上池、脑桥小脑三角池、环池和后纵裂池高密度出血征象(图 1-4)。

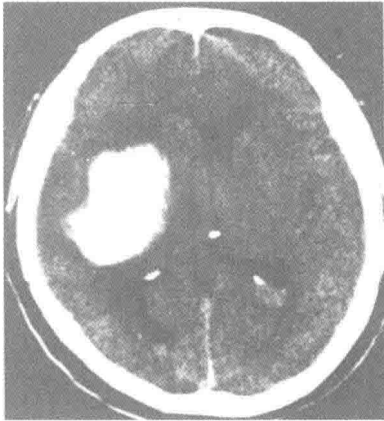


图 1-3 CT 示右侧基底节区出血

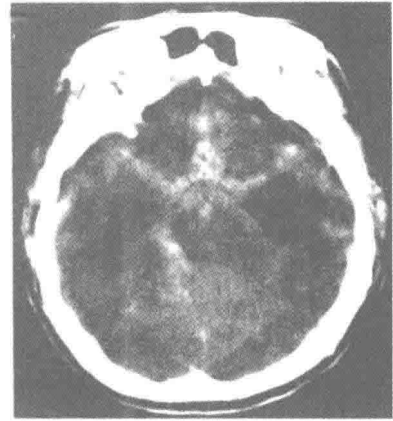


图 1-4 示蛛网膜下隙出血(脑池内高密度影)

(2)头颅 MRI 检查:对急性出血性脑血管病的检测不如脑(脑池内高密度影)梗死明显,但也能发现出血病灶(图 1-5)。

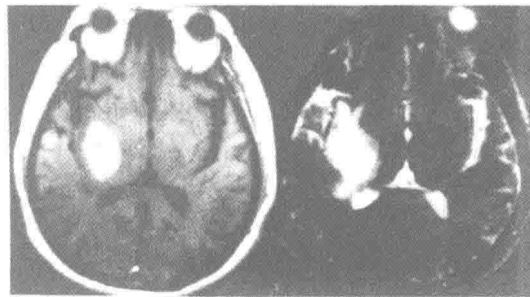


图 1-5 MRI 示右侧基底节区出血

(3)数字减影脑血管造影(DSA):可检出脑血管的改变。

(4)脑脊液检查:蛛网膜下隙出血脑脊液压力增高,多呈均匀血性,但局限性脑出血脑脊液外观也可正常。

(二)护理诊断及合作性问题

1. 意识障碍

意识障碍与脑出血有关。

2. 疼痛

头痛与出血性脑血管疾病致颅内压增高有关。

3. 躯体移动障碍

躯体移动障碍与出血性脑血管疾病致瘫痪有关。

4. 语言沟通障碍

语言沟通障碍与出血性脑血管疾病病变累及语言中枢有关。

5. 体温过高

体温过高与出血性脑血管疾病病变累及体温调节中枢、抵抗力下降继发感染有关。

6. 潜在并发症

如脑疝、上消化道出血、压疮。

(三)预期目标

维持生命功能,防止并发症,早期进行功能训练,减少后遗症,预防复发。

(四) 护理措施

1. 一般护理

(1) 休息:病室内保持安静、清洁、温度适宜、空气新鲜。头痛患者的室内光线应柔和,要限制探视,保证患者充分休息。脑出血患者急性期绝对卧床,尤其在发病 24~48 小时内应尽量避免搬动。必须搬动时,要保持身体长轴在一条直线上,避免牵动头部,加重出血。蛛网膜下隙出血需绝对卧床休息 4~6 周,避免一切可能引起血压和颅内压增高的因素。

(2) 饮食:应给予高热量、高蛋白、高维生素,适量纤维素、低盐、低糖、低脂和低胆固醇的食物。意识障碍或消化道出血者,宜禁食 24~48 小时后给予鼻饲流质。

(3) 给氧:凡有呼吸困难、发绀、意识障碍及严重脑组织血供障碍者,可给予一般氧浓度鼻导管、鼻塞或面罩给氧,以缓解组织缺氧。

(4) 保持呼吸道通畅:发生呕吐时,头偏一侧;意识不清时,取出义齿,以防误吸而阻塞呼吸道;昏迷时肩下垫高,防止舌根后坠阻塞呼吸道;当痰液排出困难时,可根据具体情况采用有效咳嗽、叩击胸部、湿化呼吸道、机械吸痰的方法,及时清除呼吸道分泌物。

(5) 口腔护理:注意清洁口腔,早晚刷牙,饭后及时漱口。

2. 心理护理

在护理过程中要细致耐心,态度和蔼,消除患者紧张情绪。给予患者足够的关爱和精神支持,指导患者进行自我心理调整,以减轻焦虑。

3. 病情观察

注意观察意识、头痛、瞳孔等变化情况,监测体温、呼吸、心率、心律、血压的变化;准确记录 24 小时出入液量;加强病房巡视,一旦发现病情变化,及时报告医师。

4. 对症护理

(1) 血压升高的护理:血压升高主要分以下两种情况。

脑出血:急性期收缩压低于 22 kPa(165 mmHg)或舒张压低于 12.7 kPa(95 mmHg),无需降血压治疗;收缩压在 22.7~26.7 kPa(170~200 mmHg)或舒张压在 13.3~14.7 kPa(100~110 mmHg),暂时可不必使用降压药,先脱水降颅内压,并严密观察血压情况。必要时,再用降压药;收缩压高于 29.3 kPa(220 mmHg)、舒张压高于 16 kPa(120 mmHg)或平均动脉压大于 17.3 kPa(130 mmHg)时,在降颅内压的同时行平稳降血压治疗,使血压维持在略高于发病前水平或 24/14 kPa(180/105 mmHg)左右,血压降低幅度不宜过大,否则可能会造成脑低灌注。

蛛网膜下隙出血:平均动脉压超过 16.7 kPa(125 mmHg)或收缩压超过 24 kPa(180 mmHg),可在血压监测下,降压至正常或者起病前水平。

(2) 颅内压增高及脑疝的护理:①绝对卧床休息,将床头抬高 15° ~ 30° ,以减轻脑水肿;②限制液体输入,遵医嘱快速静脉滴入脱水剂,如 20%甘露醇,或静脉推注 50%葡萄糖等,以控制脑水肿,降低颅内压;③密切观察有无脑疝先兆,及时发现呼吸、心搏骤停,并立即实施心肺复苏术。

(3) 消化道出血的护理:每次鼻饲时,应抽吸胃液,若患者有呃逆、腹胀、胃液呈咖啡色或解黑便,应考虑消化道出血,需立即通知医师给予止血药物。

(4) 失语护理:非语言沟通是失语患者有效的交流方式,可借助手势、表情、点头或摇头、文字卡片、书写、实物等进行。

(5) 压疮的护理:协助患者经常更换体位,嘱患者穿质地软、宽松的衣服,保持床褥软、平整而无皱折。保持皮肤清洁。

(6) 排便护理:①尿失禁时,应及时清洗会阴部,更换内裤、被褥,清理污物,使用护垫,以保持会阴部清洁和干燥;②便秘者,应给予高纤维素食物与充足的水分摄入;可从升结肠开始顺结肠方向进行腹部按摩;必要时,使用缓泻剂或灌肠,但对颅内压增高的患者,忌大量液体灌肠,防止颅内压进一步增高。

5. 用药护理

(1)控制脑水肿,降低颅内压:常用有脱水剂(20%甘露醇、10%甘油果糖)和利尿药(呋塞米)。这些药物常引起水、电解质失衡。用药时,应主要观察出入量及血清电解质变化。甘露醇与甘油果糖交替使用,可减少甘露醇用量,减轻甘露醇不良反应。甘油果糖无肾功能损害,进入体内代谢后可提供能量,且无需胰岛素,尤其适合高血糖患者,见表 1-2。

表 1-2 脑水肿的药物治疗

药物	剂量和途径	适应证及备注
皮质类固醇		
地塞米松	10~20 mg, 静滴或口服, 然后每天 4 次, 每次 4 mg	地塞米松不良反应较低, 对脑肿瘤或脑脓肿伴发的水肿有效, 对脑出血可能有效, 对脑梗死可能无效
泼尼松	40 mg, 口服, 然后每天 4 次, 每次 15 mg	
甲泼尼龙	60 mg, 静滴或口服, 然后每天 4 次, 每次 20 mg	
渗透性利尿药		
20%甘露醇	125~250 mL 静脉滴注或静脉推注, 每6~8小时 1 次, 连用 7~10 天	甘露醇 20~30 分钟起效, 维持4~6小时; 冠心病、心功能和肾功能不全者慎用; 不良反应为电解质失衡; 甘油果糖作用较缓和, 用于轻症, 不良反应为恶心和呕吐
10%甘油果糖	500 mL, 静脉滴注, 每天 1 次, 3~6 小时输完(输液过快, 易发生溶血)	
利尿药		
呋塞米(速尿)	40 mg, 静脉推注, 每天 2 次	常与甘露醇合用
提高胶体渗透压药物		
10% m 浆清蛋白	50 mL, 静脉滴注, 每天 1~2 次	作用较持久

(2)止血药:高血压脑出血一般不用止血药物,脑室出血和蛛网膜下腔出血常规使用止血药物。常用抗纤溶药如氨基己酸(6-氨基己酸)、氨甲苯酸、蛇凝血素酶等,注意预防肾功能损害及深静脉血栓形成。

(3)钙通道阻断药:能减轻脑血管痉挛,改善脑血供,常用尼莫地平、盐酸氟桂嗪等。但此药可出现头痛、头晕、乏力、血压下降、心率增快等不良反应,使用时应观察血压变化,缓慢改变体位。血压过低时,慎用或遵医嘱用多巴胺、间羟胺(阿拉明)等药升压。

(五)健康教育

(1)向患者及其家属解释高血压、动脉粥样硬化、脑动脉瘤、脑血管畸形、血液病与出血性脑血管病关系密切,应保持心情舒畅,避免紧张、兴奋和用力过猛等。

(2)戒烟忌酒,多吃富含维生素的食物,养成良好的排便习惯。

(3)培养患者对病后生活的适应能力。病情稳定后,尽早锻炼;进入恢复期后,指导患者训练生活自理能力。

三、腰椎穿刺术的护理

腰椎穿刺术是将腰椎穿刺针通过腰椎间隙刺入蛛网膜下隙进行抽取脑脊液和注射药物的一种临床诊疗技术,是神经内科临床常用的检查方法之一。腰椎穿刺术对神经系统疾病的诊断和治疗有重要价值,简便易行,也比较安全。

(一)适应证及禁忌证

1. 适应证

(1)脑血管病变。

(2)各种中枢神经系统的炎性病变。