

## 83例急性脑梗死患者的护理

吴宝勤, 吴玲

(贵阳医学院附院 神经内科, 贵州 贵阳 550004)

**[摘要]** 目的: 探讨护理对急性脑梗死患者预后的影响。方法: 对83例急性脑梗死患者进行病情观察, 主要包括意识水平、瞳孔变化、生命体征及有无消化道出血、呼吸道感染、皮肤瘀斑, 并进行心理护理及饮食护理、动脉溶栓术后护理和早期康复训练。结果: 临床治愈44例, 临床好转20例, 死亡8例, 无效或恶化自请出院11例。并发消化道出血24例, 肺部感染15例。出院的64例患者中日常生活能完全自理28例, 需他人协助23例, 完全依赖他人的13例。结论: 临床细心有效的观察、护理能提高患者的生存率及生活质量, 同时对肢体功能及言语功能的康复具有重要的促进作用。

**[关键词]** 脑梗塞; 护理; 康复

**[中图分类号]** R743.3; R473 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2011)04-0432-03

急性脑梗死是由于脑供血障碍导致脑组织缺血、缺氧, 引起相应脑组织的坏死、软化, 病情大多较重<sup>[1]</sup>。除积极的药物治疗外, 加强护理, 预防各种并发症同样重要, 若护理不到位, 将直接影响患者的治疗效果及预后。现将我科2010年收治的83例急性脑梗死患者护理总结如下。

### 1 资料和方法

#### 1.1 临床资料

2010年1~12月我科共收治急性脑梗死患者83例, 男47例, 女36例, 年龄最大87岁, 最小43岁, 均经头颅CT或MRI确诊。入院时有意识障碍者21例, 肢体瘫痪者57例, 失语或言语不清22例。

#### 1.2 治疗方法

(1) 脑梗死病程在3~6 h内, 如无溶栓禁忌症, 应及时予动脉或静脉溶栓治疗; (2) 阿司匹林抗血小板聚集; (3) 清除自由基, 改善循环, 营养神经, 调控血压、血糖、血脂, 稳定斑块; (4) 对病灶范围较大、病情严重者用20%甘露醇、甘油果糖脱水; (5) 对栓塞性脑梗死予以抗凝治疗; (6) 有肺部或泌尿系感染时积极抗感染治疗; (7) 有意识障碍者给予鼻饲或肠道外静脉营养以加强支持治疗; (8) 有消化道出血时予抑酸、护胃、止血等处理。

#### 1.3 护理方法

**1.3.1 心理护理** 急性脑梗死起病急, 多在安静、

休息、睡眠中发病, 多数出现一侧肢体偏瘫或失语等<sup>[2]</sup>。此时患者易出现急躁、悲观、焦虑情绪, 担心预后和日后生活质量, 针对这些情况, 在安慰患者和家属的同时, 要用通俗易懂语言向他们讲解疾病相关知识, 让他们了解脑梗死的特点、主要治疗和可能的预后情况, 积极配合药物治疗, 加强护理。

**1.3.2 严密观察生命体征** 脑水肿及脑疝是急性大面积脑梗死或脑干梗死患者的主要死因, 需及时处理。要密切观察患者神志、瞳孔、呼吸、血压、心率的变化, 若发现患者呼吸不规律、血压波动大、心率变慢、剧烈头痛呕吐或出现两侧瞳孔不等大时, 应考虑有脑疝发生的可能, 应立即报告医生, 同时予20%甘露醇快速静滴(30 min内输完)或甘油果糖、速尿脱水, 因快速大量甘露醇输注可能会引起心、肾功能不全, 因此应进行24 h心电监护, 监测肾功能, 记24 h出入量<sup>[3]</sup>。

**1.3.3 体温** 高热对病情预后不利, 应积极查找病因, 除感染可引起高热外, 下丘脑和脑干梗塞常出现中枢性高热<sup>[4]</sup>。对合并感染者, 遵医嘱予抗生素治疗, 对中枢性高热者, 除治疗原发病外可予物理降温, 并定时监测体温变化。

**1.3.4 应激性溃疡** 急性脑梗死患者容易出现应激性溃疡, 多在发病后15 d内<sup>[4]</sup>。护理过程中一旦发现患者出现呃逆, 胃管内出现咖啡色样胃内容物或黑便时, 应立即告知医生, 采取禁食、抑酸、保护胃黏膜等措施, 并监测血压、心率, 减少上消化道大出血发生。

**1.3.5 呼吸道护理** 气道通畅是维持正常呼吸功能的关键,护理时要严密观察呼吸频率及节律变化,注意血氧饱和度,监测动脉血气分析。对清醒病人应鼓励深呼吸和有效咳嗽;昏迷、卧床、呼吸功能不全的患者,其咳嗽、吞咽能力差,呼吸道分泌物多,易引起肺部感染,应 2 h 给患者翻身、拍背,促进痰液排出,拍背方法由下向上,由外向内,反复进行 5~10 min,对痰液粘稠的,可进行雾化吸入。气管切开病人吸痰时注意无菌,吸痰时动作要轻柔,每次吸痰时间不超过 15 s,吸痰前后予高浓度氧气吸入。密切观察有无切口渗血、皮下气肿及导管滑脱,定期清洁、消毒、更换内套管,保持气道湿化,可用生理盐水 5 ml/h 微量持续泵入湿化气道。

**1.3.6 皮肤护理** 根据报道,急性脑梗死患者如不采取皮肤护理预防措施,20 h 内可形成压疮<sup>[5]</sup>。因此,要加强皮肤护理,每 2 h 翻身 1 次,床铺要清洁无褶皱,对长期卧床或消瘦病人可予气垫床,预防压疮发生,对于二便失禁病人,便后要及时清洗,保持局部清洁、干燥,如局部皮肤受压发红时使用氧化锌软膏或麻油涂擦按摩,促进皮肤血液循环以保护皮肤。

**1.3.7 饮食护理** 建立合理饮食结构,应进低盐、低脂、低胆固醇、高维生素饮食,戒烟酒。对意识障碍、吞咽困难、进食呛咳患者应避免经口进食,以防止呛咳引起吸入性肺炎,可采用鼻饲饮食,进食前抬高床头 30°,提倡少食多餐,每次鼻饲量不超过 200 ml,注意鼻饲速度,鼻饲完毕保持原体位 30 min。

**1.3.8 康复护理** 康复的目标是把患者残疾降到最低限度,一般认为脑梗死患者,生命体征稳定、神志清楚、神经系统症状稳定 48 h 后,即可进行早期康复训练<sup>[6]</sup>。肢体训练,每 4 h 做 1 次被动运动或按摩,每次 20 min,协助关节内收、外展、伸屈、避免肌肉萎缩,关节功能障碍,并保持功能位置<sup>[6]</sup>。锻炼过程中注意循序渐进,避免过度劳累。对失语、言语不清患者,经常让患者练习发音,读报,进行语言训练。

**1.3.9 经动脉介入溶栓术后护理** 术后穿刺侧腹股沟区加压包扎,下肢制动 24 h,注意穿刺部位有无出血及血肿,注意穿刺侧下肢血液循环,15~30 min 测足背动脉搏动是否有力,观察下肢皮肤颜色、温度,有无疼痛和感觉障碍,以便及时发现穿刺部位有无出血或加压包扎过紧导致下肢循环障碍。

## 2 结果

本组 83 例患者中,死亡 8 例,无效或病情恶化自请出院 11 例,临床治愈 44 例,临床好转 20 例。治疗过程中有 24 例并发上消化道出血,15 例出现肺部感染。除自请出院和死亡病人外,其余 64 例患者出院时日常生活能完全自理 28 例,需他人协助的 23 例,完全依赖他人的 13 例。通过心理护理、日常生活护理和积极的药物治疗后,大部分患者病情好转。83 例患者仅有 8 例发生脑疝,2 例死亡。4 例患者住院过程中出现肢体无力加重,护士及时通知医生,经检查有新的脑梗死出现,给予相应的处理后肢体无力症状未进一步加重。有 17 例患者出现发热,体温  $>38^{\circ}\text{C}$ ,给予冰毯、冰帽或冰枕及冰敷等物理降温;出现肺部感染的 15 例患者根据药敏试验给予相应的抗生素治疗,并予止咳、化痰、雾化吸入;合并呼衰患者,根据呼衰类型给予相应的治疗,如面罩吸氧、机械通气等。24 例患者出现上消化道出血,主要表现为呃逆、呕吐咖啡色胃内容物或解黑便,胃内容物或大便 OB 试验阳性,遵医嘱予奥美拉唑 40 mg 静滴,凝血酶口服后,消化道出血好转。27 例患者发病在 3~24 h 以内,其中有 4 例行动脉溶栓治疗,术后未见颅内出血或下肢血液循环障碍,但有 2 例出现穿刺部位皮下瘀斑,详细观察瘀斑范围有无加宽,瘀斑颜色深浅,以判断有无继续出血,同时 24 h 后予局部热敷及其他物理治疗,2 例患者瘀斑消退,未出现局部组织皮肤坏死。同时,加强患者皮肤防褥护理,本组瘫痪、生活不能自理的患者无一例发生褥疮。

## 3 讨论

急性脑梗死发生原因主要有高血压、高血脂、高龄、肥胖、烟酒等因素,以预防为主,一旦发生,给患者及家属带来沉重的思想负担和一定的经济负担。脑梗死的表现与其梗死的部位有关,但多数有肢体麻木、瘫痪及言语含混或失语、理解障碍;患者有高热、消化道出血、吞咽困难、二便失禁甚至意识障碍;合并感染、心衰、呼衰等一系列表现。上述症状的发生,部分是疾病的演变发展而来,如早期观察、早期处理是可以避免的。因此,对该类患者仔细地临床护理观察是必不可少的。首先,对意识清醒的患者要进行良好的思想沟通,鼓励他们要有战

胜疾病的信心,消除焦虑情绪,积极配合各项治疗。同时要密切观察患者的各项生命体征,体温的升高意味着中枢性病变或感染,高热对病情预后不利,此时要积极予物理降温或合理的抗生素治疗。脑梗死患者瞳孔出现忽大忽小、不规则、不等大是脑疝发生的早期表现,应立即报告医生,尽快予脱水降颅压,挽救病人的生命。脑梗死患者容易出现应激性溃疡,如能早期发现、预防治疗,可以避免发生消化道大出血,因此护理观察十分重要。经动脉介入溶栓术后并发症主要有出血及血栓再形成,因此对患者循环、四肢肌力、皮肤温度及穿刺部位观察是护士主要工作<sup>[7]</sup>。脑梗死患者多数有肢体瘫痪,所以皮肤护理显得尤为重要,因此,要加强皮肤护理,勤翻身,保持受压及会阴部皮肤清洁、干燥,预防压疮发生。急性脑梗死患者病情进展快,死亡率、致残率高,因此疾病治疗过程中护理人员应加强病情观察,加强基础护理,预防并发症,早期进行康复护理对提高患者的生存率、提高患者生活质量、促进康复具有重要作用。

(上接第 431 页)

本组病人采用动脉介入溶栓 26 例,责任护士对溶栓治疗后患者的穿刺部位及远端组织的皮肤颜色、温度及患者的意识、生命体征变化等要密切观察。本组有 52 例肢体瘫痪和 36 例语言障碍者,在溶栓治疗病情控制后,肢体功能锻炼和语言功能恢复训练十分重要,这影响到患者的生存质量。

患者入院后,护士必须有高度的责任感,热情、耐心,与患者建立良好护患关系,使治疗、康复、训练贯穿于护理的各个环节和全过程。指导患者调畅情志,选择打太极拳、散步等项目进行锻炼,气候变化注意保暖,因为天气突然变冷会使血管收缩、血压升高,导致病情恶化。平时应经常检测血压,高血压越久,血管硬化越明显,使脑血流缓慢,极易发生脑梗死。坚持服药,尽可能将血压控制在正常范围内,定期复查。本组患者通过对高血压并脑梗死进行病情观察、护理、健康指导等,减少了并发症

## 4 参考文献

- [1] 张继平. 临床内科学[M]. 天津:天津科学技术出版社, 1998:217.
- [2] 姚景鹏. 内科护理学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2001:506.
- [3] 李清美, 谭兰, 韩仲岩. 脑血管病治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001:435.
- [4] 杨莘. 神经疾病护理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005:379.
- [5] 张财莲, 李德莲. 急性脑卒中 60 例偏瘫早期康复治疗与护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2006(12):2334-2335.
- [6] 任萍, 张振美, 候亚丽. 人文关怀在出血性脑梗塞患者护理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2005(9):1241-1242.
- [7] 王凌云, 金华玲. 急性脑梗死动脉溶栓治疗的术中配合及围手术期护理[J]. 实用临床医药杂志(护理版), 2008(4):48-49.

(2011-05-10 收稿, 2011-06-22 修回)

的发生,降低了致残率,提高了患者生存质量,增加了病人对医务工作者的满意度。

## 4 参考文献

- [1] 刘红霞, 温奇观, 江桂连, 等. 心理干预在高血压患者护理中的临床应用[J]. 临床医学工程, 2008(11):32-33.
- [2] 龙黎明, 孙国珍, 吴瑛, 等. 内科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2004(1):164-166.
- [3] 王春英. 脑卒中致运动性失语伴构音障碍的早期进行训练[J]. 护士进修杂志, 2006(3):279.
- [4] 王菲, 黄凤玉, 梁胜玲, 等. 脑卒中急性高血压患者的护理[J]. 现代临床护理, 2003(4):34-35.
- [5] 赵红, 李成玉, 武卫荣, 等. 急性脑梗死溶栓护理体会[J]. 现代中西医结合杂志, 2003(3):320.

(2011-04-06 收稿, 2011-06-14 修回)