

急性脑卒中患者伴有高热的护理要点及措施

蒋 薇

南京市浦口区中心医院

[关键词] 高热; 低温; 护理

[中图分类号] R473.74

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 05-201-02

重型脑出血、脑梗死等中枢神经系统疾病均可引起不同程度的中枢性高热, 高热可加重脑组织的损害, 对愈后产生严重的不良影响。如果抢救及时, 降温实施治疗越早, 脑保护作用越明显, 效果越好^[1]。我科 50 例确诊为中枢性高热的患者, 其体温均在 39 ~ 42℃, 采用物理降温, 冰帽亚低温脑保护等方法配合降温效果良好。现报道如下:

1 临床资料

50 例病人中, 男 37 例, 女 13 例; 脑出血 28 例, 脑梗死 22 例。其中, 经冷敷和温水擦浴降至 37.5℃ 的患者 26 例, 冷敷、温水擦浴效果不明显, 再加用酒精擦浴后降至 37.5℃ 的患者 16 例, 顽固高热患者 8 例。所有病人都采用冰帽亚低温脑保护。

2 实施降温措施

2.1 物理降温

2.1.1 冷敷降温: 将冰块砸碎装入热水袋 (热水袋大小可根据冷敷部位的不同选择不同的型号), 冰块装至 1/2 满时, 加入少量凉水, 以填充冰块空隙, 排出袋内空气使冰袋平整, 拧紧袋口。检查无漏水后可放置在枕下、前额、颈部、双腋窝以及腹股沟等血管丰富处, 每次放置时间不可超过 20min, 以免局部冻伤。也可以用冷水毛巾敷这些大血管走行处, 每 3 ~ 5 分钟更换 1 次。

2.1.2 温水擦浴: 用 32 ~ 34℃ 的温水给病人擦浴, 部位为四肢、颈部、腋窝、腹股沟等血管丰富处。擦拭时间应稍长, 以助散热。禁擦前胸、后项以及脚心, 因这些部位对冷刺激比较敏感, 易引起反射性心率减慢、腹泻等不良反应。擦拭过程中注意为病人保暖, 擦拭后为病人更换衣裤, 半小时后测体温。

2.1.3 酒精擦浴: 可使局部血管扩张, 利用酒精蒸发带走热量, 从而起到降温的目的。取 30% ~ 50% 的酒精 250ml, 用浸过酒精的毛巾缠在手上, 自颈侧面沿上臂外侧擦至手背, 再从侧胸经腋窝沿上臂至手心。边擦拭边按摩, 同法擦另一侧。然后将病人侧卧, 自颈椎以下擦拭全背部。露出下肢从髂部沿大腿外侧擦至足背, 再从腹股沟沿大腿内侧至踝部, 最后从大腿后侧擦至足跟, 边擦边按摩 2 ~ 3 遍, 禁擦前胸、后项、腹部及足心。擦拭过程中脚部应放热水袋。

2.2 冰帽亚低温脑保护

在物理降温的同时, 应用冰帽进行亚低温脑保护效果更好。我科用珠海市和佳医疗设备有限公司生产的 HGT-200 亚低温治疗仪, 应用过程中达到检测体温的目的, 直接降低脑局部温度, 减轻脑的耗氧量。应用冰帽直至体温恢复正常范围 3d 后撤掉。

3 做好基础护理, 预防并发症

3.1 严密观察病情变化

降温过程中, 严密观察病人的意识状态和瞳孔反应以及肢体活动情况, 每 30 分钟测脉搏、呼吸、血压 1 次, 若病人出现意识障碍加深, 同时出现两慢一高, 即呼吸、脉搏慢, 血压升高, 应及时通知医生。

3.2 体温监测

体温监测是低温治疗中的一个重要项目。一般情况下, 应保持病人肛温在 32 ~ 34℃ 为宜, 过低 (31℃ 以下) 易出现心肺并发症以及因病人反应迟钝而影响观察, 过高 (35℃ 以上) 则达不到降温效果。

3.3 加强皮肤护理

高热病人口腔黏膜干燥, 易引起口腔炎, 以及黏膜糜烂。因此, 必须做好口腔护理。清醒病人晨起、饭后帮其漱口, 口干裂时, 涂植物油或者甘油; 昏迷病人每日彻底做口腔护理, 早晚各 1 次, 用生理盐水棉球或者间断用洗必泰漱口液棉球。昏迷病人每 2 小时翻身拍背并且按摩骨突处, 以防止发生坠积性肺炎和压疮, 身体褶皱处涂爽身粉。

3.4 保持呼吸道通畅

鼓励与协助病人排痰, 为昏迷病人及时吸痰, 痰液黏稠不易排出者, 给予定时雾化吸入, 每日 2 ~ 3 次。利用超声波的声能将药液随呼吸进入呼吸道, 增加纤毛活动能力, 解除支气管痉挛, 防止分泌物干涸结痂, 有利于痰液的排出, 起到化痰、解痉、抗感染作用^[2]。气管切开患者应置单人病室, 有分泌物及时吸出。严格执行无菌操作, 每 8 小时消毒内套管 1 次, 每吸痰 1 次更换 1 根吸痰管。保持气道湿化, 可定时气道内滴入湿化液 (湿化液配制: 生理盐水 20ml, 盐酸氨溴索针 15mg)。每 15 ~ 20 分钟 1 次, 每次滴入 4 ~ 5 滴。气管切开后覆盖湿润的无菌纱布, 并每日换药 2 次, 保持伤口局部干燥。

3.5 预防泌尿系感染

保持会阴部清洁, 每日用 0.2% 的碘伏消毒尿道口两次, 昏迷病人及尿失禁病人留置导尿管, 应每天更换储尿袋, 防止尿液倒流引起逆行感染, 尤其翻身时更要注意。每周更换导尿管 1 次, 导尿时一定要严格执行无菌操作, 同时观察尿液颜色及性质, 必要时进行膀胱冲洗, 2 次/d。病人可以自行排尿时, 应尽早更换为外接尿器, 以减少感染机会, 每次大便后温水擦洗臀部, 涂爽身粉。

3.6 营养摄入

高热使机体代谢增加, 热量消耗增大, 水分排出多, 易发生营养不良, 必须供给充足水分、营养物质等。高热病人消化功能减退, 食欲不振, 故应给予易消化的高热量、高维生素、高蛋白低脂肪饮食。不能经口进食时, 采用鼻饲提供营养。采用的食物配方为: 牛奶、新鲜鸡蛋、食盐、鱼汤、鸡汤、排骨汤、米汤、菜汤、新鲜果汁等。并做好鼻饲管道的护理。患者翻身、拍背吸痰等操作完毕后, 抬高床头 30° ~ 40° 后再进行管饲, 以防误吸^[3]。

4 讨论

人体体温调节中枢位于下丘脑, 重型颅脑损伤可致下丘脑损伤。脑出血、脑梗死等可导致脑代谢增高, 加重脑缺血和脑水肿。正常情况下, 机体处于相对恒温状态, 体温不因外界气候改变而有显著性差异, 而中枢性高热患者因体温调节功能障碍, 对外界冷刺激不能随时调节, 体温易随外界温度变化而变化, 所以高热患者给予冰帽、冷敷等措施, 均可降低脑和全身的基础代谢率, 减少脑组织耗氧量, 并减少脑组织乳酸堆积, 防止细胞内酸中毒, 抑制内源性毒性产物对脑细胞的损害作用, 减轻脑水肿, 降低颅内压, 保护血脑屏障, 并且减少钙离子内流, 阻断钙对神经元的毒性, 减少细胞结构蛋白质的破坏^[4], 促进脑细胞结构和功能的恢复。另外亚低温治疗可显著减少脑水肿后弥漫性轴索损伤的程度^[5]。温度每下降 1℃ 脑耗氧量与血流量均降低 6.7%, 从而使整个机

(下转第 205 页)

3.4 健康教育

3.4.1 有效沟通: 语言上要使用礼貌性语言, 尊重患者人格, 关心患者病痛, 不刺激患者的情绪 % 行为举止上要与学生沟通时注意姿态, 保持前倾体态, 注意目光接触。

3.4.2 家庭支持: 做好与患者家属的沟通, 患者家属的态度在一定程度上也会影响患者的心情, 与患者家属做好疾病的介绍以及医疗方案的介绍, 使其相信医务人员。通过沟通交流感情取得患者家属的充分支持和合作, 协助安排患者的日常生活及治疗, 解除患者的后顾之忧并创造一种充满温情的良好氛围, 为患者提供较多的情感支持, 使其以愉快的心情接受治疗。

3.4.3 人性化护理: 对于老年患者提供人性化的护理服务, 多安慰鼓励, 营造融洽愉快的气氛, 使老年患者对护理人员产生信任感、依赖感和安全感, 消除他们的疑虑和误解, 树立康复的信心, 主动征求他们对护理工作的意见和建议, 使他们感到受到重视与尊重, 每位老年人都有联络护士, 经

常和老年人沟通, 谈他们的往事, 和他们聊聊天, 让老年人感觉到被重视、被关爱。

4 小结

通过护理干预, 测试组与对照组相比, 积极配合的人数从 72 例提高到 110 例, 增加了 52.78%; 非常满意的从 90 例提高到 122 例, 增加了 35.56% 家庭支持从 106 例提高到 126 例, 增加了 18.87%; 住院天数缩短了 3d, 减少了 25%; 出院后坚持自我保健的从 32 例提高到 46 例, 增加了 43.75%, 其间变化惊人, 可见护理干预的作用之大。因此, 护理干预对患者的治疗、护理、出院后康复都起到了良好的促进作用。

【参考文献】

- [1] 刘熔雪. 护理干预对老年高血压患者自我管理行为的影响研究[J]. 临床护理杂志, 2012(1): 18-20
- [2] 姚志英. 护理干预在社区老年脑卒中患者恢复过程中的价值[J]. 健康研究, 2014(5): 586

(上接第 200 页)

善胃肠功能, 提高自行排便信心, 提高患者信任感, 建立良好的护患关系, 从而提高护理满意度; 通过健康教育, 让患者了解疾病及治疗方案, 提高治疗依从性; 通过饮食护理, 提高胃肠蠕动, 可促进排便; 给予疼痛护理, 分散患者注意力, 指导缓解疼痛方法, 能有效减少便秘发生率; 通过排便护理, 可有效改善患者排便习惯, 指导其促排便方法, 促进大便顺利排出^[5]。

综上, 将护理干预应用于痔疮患者术后便秘预防中, 可有效降低术后便秘发生率, 值得临床推广。

【参考文献】

(上接第 201 页)

体对内外环境刺激的反应明显下降, 保护了机体由颅脑损伤引起的一系列损害。

【参考文献】

- [1] 吴焕玲. 重症颅脑损伤亚低温脑保护[J]. 广州医药, 2005, 36(1):78.
- [2] 卜艳华. 颈髓损伤病人的呼吸道管理[J]. 护理研究, 2004, 18(1):108.

(上接第 202 页)

本研究中, 常规组采用常规护理干预措施; 全面组采用全面护理干预措施。结果显示, 全面组患者重度高血压治疗效果显著比常规组高, $P < 0.05$; 全面组高血压疾病知识掌握度、治疗依从性评分、护理满意度评分显著比常规组好, $P < 0.05$; 全面组半年再入院率显著比常规组低, $P < 0.05$ 。

综上所述, 全面护理干预措施对老年重度高血压患者治疗效果的影响大, 可有效提高患者疾病认知和治疗依从性, 控制病情进展, 降低半年再入院率, 提高患者满意度, 值得推广。

【参考文献】

- [1] 周萍. 综合护理对老年高血压患者脑出血的护理效果探讨[J].

- [1] 王琦. 护理干预对痔疮患者术后便秘的预防效果分析[J]. 中国医药指南, 2016, 14(1):280.

- [2] 吕淑霞. 对进行手术的痔疮患者实施综合护理对预防其术后便秘的效果探析[J]. 当代医药论坛, 2016, 14(3):61-62.

- [3] 白丽. 护理干预联合耳穴压豆预防痔疮术后便秘的临床观察[J]. 四川中医, 2015, 33(1):181-182.

- [4] 潘海英. 个性化护理干预对痔疮术后患者排尿、排便的效果观察[J]. 全科医学临床与教育, 2015, 13(3):357-358.

- [5] 庞家容, 侯银兄. 护理干预对痔疮患者术后便秘的影响[J]. 吉林医学, 2013, 34(22):4602-4603.

- [3] 胡俊红、刘福艳、张秀洲. 社区护理干预对脑卒中患者质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志 2010, 14(3): 8-9.

- [4] 钟小青. 早期系统化康复护理对脑梗塞患者偏瘫生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2000, 11(6): 41-42.

- [5] 叶连盛. 恢复性脑卒中偏瘫病人分阶段介入康复护理体会[J]. 中国临床康复, 2002, 6(5): 112-114.

大家健康(下旬版), 2014, 8(4):289-290.

- [2] 张士翠, 付菱. 个体化护理对老年高血压患者血压及并发症的影响[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(12):1114-1115.

- [3] 刘秋妹. 老年高血压患者脑出血的护理观察[J]. 现代诊断与治疗, 2012, 23(11):2041-2042.

- [4] 黄薇. 综合干预配合替米沙坦治疗老年轻中度原发性高血压 30 例[J]. 中国药业, 2013, 22(15):106-107

- [5] 陈惊惊. 个体化康复护理指导对于老年高血压患者生活质量的影响[J]. 中国基层医药, 2012, 19(21):3346-3347.

- [6] 刘敏. 147 例老年重度高血压合并糖尿病患者护理干预效果分析[J]. 心理医生, 2016, 22(16):186-187.

【参考文献】

- [1] 赵文军, 张娟, 彭秧生, 等. 新鲜羊膜移植治疗大泡性角膜病变的临床观察[J]. 国际眼科杂志, 2009, 12(11):241-243.

- [2] 桂霞, 诸敏, 朱素芬. 角膜炎病人的临床护理体会[J]. 医学理论与实践:网络版, 2009, 11(14):122-123.

- [3] 王学英. 真菌性角膜溃疡综合治疗的疗效观察及护理[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(18):2308-2310.

- [4] 戴泓. 应用硅胶吸痰管及中药洗液冲洗治疗细菌性角膜溃疡的观察及护理[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(18):2303-2304.

- [5] 王丽芳, 王长云, 王振秀, 等. 角膜移植患者围手术期的护理[J]. 齐鲁医学杂志, 2010, 21(2):167-168.

(上接第 203 页)

而失明^[3]; 目前随着眼科的不断发展及治疗技术的成熟, 使得此类疾病的防治及预后还尚可观, 但在实际的治疗过程中, 因患者会受到疼痛、视力障碍、脸部外观发生改变, 或病程延长等多种综合因素的影响, 会使这类患者产生焦虑不安、抑郁、紧张等不良情绪, 这些不良情绪会在很大程度上影响患者的依从性, 最终导致治疗的效果和预后均较差^[4-5]。因此, 加强对这类患者心理状态的关注, 及时实施有效的优质护理, 不仅可以显著提高患者的治愈率, 降低复发率, 还能降低住院时间和临床症状消失时间, 减轻患者的抑郁、焦虑情绪, 加强患者配合, 提高预后的恢复能力。