

脑出血术后病人护理

高静静

潍坊市脑科医院 山东潍坊 261021

〔摘要〕目的 总结高血压脑出血术后病人的护理经验。方法 选择高血压脑出血病人 112 例,均施行手术治疗,给予分期护理 I 期的护理包括:血压的监测、脉搏的测量、观察瞳孔的变化、脑水肿的控制。II 期的护理,包括并发症的观察及预防坠积性肺炎、应激性溃疡、肾功能不全的发生。结果 术后出现肺感染 67 例,应激性溃疡消化道出血 53 例,肾功能不全 48 例,本组病人死亡 28 例,占 25%,其中 8 例死于肺功能衰竭,5 例死于消化道大出血,2 例死于肾功能衰竭,其余 13 例死于颅内压高脑疝。结论 对高血压脑出血术后病人经过科学有效的护理,可提高其治疗效果,降低死亡率。

〔关键词〕脑出血;术后病人;护理

〔中图分类号〕R473.6 **〔文献标识码〕**A **〔文章编号〕**2095-7165(2019)08-194-02

高血压脑出血是指因长期的高血压和脑动脉硬化使脑内小动脉因发生病理性的改变而破裂出血。在各种非损伤性脑出血的病因中,高血压占 60% 左右,它是高血压病中最严重的并发症之一。避免情绪激动,因情绪激动时,交感神经兴奋,会引起小动脉痉挛,导致血压升高,可诱发脑出血,甚至危及生命。临床上对于该病以手术治疗为主,为了保证手术效果,做好术后的护理工作十分重要。本研究选取了 112 例患者,将术后的分期护理体会总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组高血压脑出血病人 112 例,均施行手术治疗,男性 69 例,女性 43 例,年龄 34-81 岁,平均年龄 62.5 岁,术前 GCS3-10 分,术后出现肺感染 67 例,应激性溃疡消化道出血 53 例,肾功能不全 48 例。本组病人死亡 28 例,占 25%,其中 8 例死于肺功能衰竭,5 例死于消化道大出血,2 例死于肾功能衰竭,其余 13 例死于颅内压高脑疝。

1.2 术后分期

根据高血压脑出血病人术后病情发展的规律,我们将高血压脑出血病人术后的治疗过程分为 3 期。I 期,颅内压增高期,术后 1 周内包括再出血和脑水肿的治疗。II 期并发症期,术后 1-3 周,术后各种并发症多集中在这一时期。III 期功能恢复期,病情趋于稳定,面临的主要问题是变换功能的恢复。以下仅阐述前二期病人的护理。

2 护理

2.1 I 期的护理

2.1.1 血压的监测

将病人置于 ICU 病房中,血压增高是引起再出血的重要原因,所以在护理工作中要随时注意血压的变化。一旦血压增高及时向主管医生反映,采取措施控制血压。理想的情况是将血压控制在正常范围内,但如果基础血压较高,可将血压在原有基础上降低 30mmHg,这样相对较安全。

2.1.2 脉搏的测量

脉搏对高血压脑出血术后早期有特殊意义,尤其是对未去骨瓣、未施行颅内压监测的病人,颅内压增高时脉搏将变慢。高血压出血病人术后脉搏变慢,可能是颅内压未能控制的一种征兆,这是判断颅内压最简单的方法。当然是间接的可以结合临床其他指标,对颅内压作出估计并指导治疗。

2.1.3 瞳孔的变化

瞳孔的变化是该期最重要的体征,脑疝病人临床可出现意识改变,一侧瞳孔变化及一侧椎体束征。高血压脑出血病人多有意识障碍和一侧肢体偏瘫,瞳孔的变化显得更加重要,高血压脑出血病人术后至少每 2h 观察 1 次瞳孔并记录瞳孔的大小,以便比较瞳孔变化的趋势。脑疝只有早发现,早处理,才能收到较好的效果。

2.1.4 脑水肿的控制

将床头抬高 20°,在使用脱水药的同时限制每日输液量在正常生理需要的 1/2-2/3,即每日 1500-2000ml,要注意补点胶体。高血压脑出血病人术后常早期置胃管通过胃管给一些药物,还可以给液体和食物,为减轻脑水肿胃管内注入的液体量也应加以限制,一般每日控制在 2000ml 以内。

2.2 II 期的护理

这个阶段颅内压的高峰已经过去,各种并发症逐步显现。

2.2.1 坠积性肺炎

坠积性肺炎为最常见的并发症,本组病例的 67% 行气管切开,这对于神志不清的危重病人将有利于排痰和改善通气,在气管切开后,除了给相应的气管切开护理外,应注意排痰的性状及时做痰培养,给予雾化吸入并调整抗菌素的种类。发生坠积性肺炎时,会产生呼吸间的变化,每间隔 2h 翻身拍背 1 次,对病变侧要有所侧重,促进痰排出。这个阶段要注意监测血氧状态。低血氧会加重脑水肿,对于出现呼吸窘迫的病人,行人工呼吸,对于血氧饱和度低于 90% 的病人也应该适当用呼吸机以利于提高血氧。

2.2.2 应激性溃疡

该并发症可在脑出血后即刻出现,但大部分病例发生在 7d 后,在应激状态下血浆中的 NE 类血管活动物质增高,使胃黏膜广泛缺血,黏膜的防御功能降低产生溃疡,所以通过胃镜检查,应激性溃疡的范围较广泛,这期间有胃管的病人要注意胃液颜色的变化。如引流胃液呈咖啡样则说明有消化道出血,对于未置胃管的病人要注意血压及血色素的变化。这些病人在出现消化道出血后可产生柏油样便,但柏油样便的排除常滞后出血 1d 或更长时间,所以单纯依靠便颜色的变化,可能会延误治疗。上消化道出血 5ml 可以潜血试验阳性,50ml 可出现柏油样便,100ml 可出现血便,200ml 以上将出现呕血,应激性溃疡的治疗首先是抑酸。防止溃疡发生时常用 H₂ 受体

阻滞药，一旦出现消化道出血要改用更强的抑酸药。如 H-KAP 酸抑制剂，这种药物抑酸率可达 95% 以上，高于 H₂ 受体阻滞剂的 60% 在肾内造成低酸环境有利于止血，防止血凝块的酸解。在出现血压下降时不应一时给血浆代制品，应当根据出血量适当补充新鲜血，通过胃管可以局部给药，如氢氧化铝，既保护胃黏膜又中和胃酸，避免使用冰盐水，冰盐水会造成反跳或加重。

2.2.3 肾功能不全

分为肾前性、肾性、肾后性三种。本组肾功能不全发生率为 43%，这个比率较高，高血压脑出血术后的治疗过程中要密切注意肾功能的变化，可预防性给予利尿剂包括咖啡因、氨茶碱和普鲁卡因。避免使用增加肾负荷和对肾功能有损害的药物以免出现肾性肾功能不全，临床上最常见，所以高血压脑出血病人术后的治疗过程中，要根据颅压的变化及时停减甘露醇，并结合 BuN 的结果及时调整输液量，增加液体的输入，防止出现不可逆的肾功能损害。

3 讨论

高血压脑出血术后治疗过程分三期，主要是更好地把握高血压脑出血病人术后恢复的规律，明确各阶段的中心问题，在治疗过程中能够抓重点以点带面，而不至于在多种临床问题可存在的情况下分不清主次，弃本求末。当然要认识到各分期不能绝对化，要知道各个期间有着相辅相成的关系。既要抓住主要矛盾，又不放弃次要矛盾，并准确把握主要矛盾、次要矛盾的相互影响，更要注意矛盾有可能相互转化，以便

防患未然。贯穿高血压脑出血病人术后治疗的中心环节是热量的供给和氮平衡，在治疗脑水肿及各种并发症的同时，常容易忽略一个重要环节，在工作中，深切地体会到热量供给和氮平衡的重要性。充足的热量供给和氮平衡会增加病人的抗病能力和免疫力。这是危重病人的治疗基础，是抵御气态病的一个平台，一旦这个平台垮塌，其他治疗则无立足之地。高血压脑出血病人术后病程较长，提倡早置胃管（3d 内）前 2-3d 米汤加蛋黄这种成分，对胃刺激较轻。如病人无不良反应 2-3d 后可增加蛋白和热量，1 周后将热量增加到每日 200 卡，同时给予适量的维生素和矿物质。

脑出血病人的康复护理应从疾病发生之时开始，与治疗同时进行。如急性卧床期注意患侧肢体良好功能位，及时做被动运动等，对减少病残可起到事半功倍的作用。但要达到理想的结果，还需经过艰苦而漫长的康复训练，应正确引导病人树立信心，康复训练应循序渐进、持之以恒。并定期返院复查，接受康复训练指导。

[参考文献]

- [1] 张晓莉, 任华伟. 高血压脑出血术后常见并发症的护理 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(3): 154-155.
- [2] 潘秀静. 102 例高血压脑出血术后护理要点体会 [J]. 疾病监测与控制, 2017, 11(3): 245-246.
- [3] 刘卉芬. 重症高血压脑出血术后护理体会 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(71): 249.

(上接第 192 页)

科手术进行治疗，由于患者年纪比较小，手术的部位又比较特殊，因此容易对手术产生恐惧感，影响手术效果^[4]。

在本次研究中，常规组的住院时间和拔管时间 [(12.12±2.13) d、(15.77±1.69) h] 长于外科组的住院时间和拔管时间 [(8.11±1.53) d、(4.75±1.78) h]。同时外科组的护理满意 (95.45%) 高于常规组 (88.64%)；两组差异具有统计学意义 (P<0.05)。这就说明采用快速康复外科理念护理通过对小儿进行心理护理可以减轻小儿心理的恐惧感；通过对小儿进行快速通道麻醉护理可以减轻小儿的疼痛感，提高了治疗效果，同时减少了小儿的住院时间和拔管时间，提高了护理的满意度

综上所述，将快速康复外科理念应用在小儿心脏外科手

术护理中具有显著的价值，提高了治疗效果，减少了住院时间和拔管时间，提高了护理的满意度，值得临床大力推广。

[参考文献]

- [1] 高文婷. 快速康复外科理念在心脏外科手术护理中的应用 [J]. 护士进修杂志, 2015, 10(2):175-177.
- [2] 马静, 宗卫华, 周利荣, 等. 心脏外科手术护理中快速康复外科理念的运用分析 [J]. 数理医药学杂志, 2018, 31(5):763-765.
- [3] 杨小红, 刘晓云, 刘娜. 快速康复外科理念在小儿心脏外科手术护理中的应用价值 [J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(01):99-102.
- [4] 苍姍, 王巧桂, 李雪云, 等. 快速康复外科理念在小儿心脏外科手术护理中的应用效果探究 [J]. 中国社区医师, 2017, 33(33):160-161.

(上接第 193 页)

后续的康复中得到更好的指导。可以有效的减少不良行为与认知构成的恢复阻力，让患者提升治疗依从性，优化整体的恢复效果。具体方式要考虑科室具体情况，比如护理人员资源、经费、技术条件、患者诉求等，保证护理工作匹配实际情况所需，不能笼统一刀切的无视实际情况所需。要让产生的效果与实际的投入成本更好的平衡匹配。一般情况下，新技术可以帮助随访等工作日益便捷化、低成本化，由此保证工作开展的顺利性。要多做患者的诉求沟通，由此来更好的帮助护理工作优化升级。

综上所述，消化道出血合并贫血患者介入治疗采用延续

性护理可以有助于改善患者的贫血等有关症状，优化治疗恢复效果，辅助治疗工作更好的发挥效果。

[参考文献]

- [1] 王虹. 对接受介入治疗的消化道出血并发贫血患者进行延续性护理的效果分析 [J]. 当代医药论丛, 2019, 17(2):208-209.
- [2] 黄俊梅. 延续性护理应用于消化道出血伴贫血介入治疗患者的效果评价 [J]. 健康必读, 2019, (10):135.
- [3] 方萍. 消化道出血介入治疗后贫血患者延续护理的有效措施分析 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(34):17, 23.
- [4] 蔡丽. 延续护理模式对消化道出血介入治疗后贫血患者应用效果观察 [J]. 青岛医药卫生, 2017, 49(2):150-152.