鸡尾酒疗法治疗大面积脑梗死的疗效及护理

周永香

(江苏省连云港市中医院 连云港 222004)

关键词:鸡尾酒疗法;大面积脑梗死;护理

中图分类号:R 473.74

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)06-0085-02

大面积脑梗死是指颈内动脉主干、大脑中动脉主干完全性堵塞导致的脑梗死,占整个脑血管病的 10%~15%^[1],病情呈进行性加重,其病死率高,死亡原因主要是脑水肿所致颅内压增高、脑疝形成及各种并发症^[2]。目前国内外公认的有效治疗方法是外科手术,采用手术开颅减压以帮助患者度过脑水肿期,其它各部门对临床路径的实施提供协助和支持。护士开始评估,评估是护理程序的基础,通过评估可识别和获得来自患者的信息,使护士和家属能清楚地了解患者的健康和疾病方面的问题。通过对乳腺癌患者的入院评估了解入院前和入院当日影响其身心健康的因素,并对影响因素进行评估,可以及时确定护理问题,有目的地解决问题,为患者术前和术后护理路径制订提供依据。

2.2 设计临床护理路径表 临床护理路径表以时间为横轴,以入院指导、检查、用药、治疗护理、饮食指导、活动、健康教育、出院计划等手段为纵轴。

2.3 术前护理干预

2.3.1 心理护理 术前责任护士每日按照临床路径表上的要求,对患者进行心理调试。由于手术破坏了形体,且手术治疗的毒副反应使她们经历生理和心理的双重障碍,极易陷入悲观失望、紧张焦虑状态,为此我们认真与她们交谈,了解其态度、观念和恐惧的原因,有针对性地进行指导,告知病人手术可能出现的情况,帮助患者调整自己的行为,减轻负性情绪,直至达到预期目标。

2.3.2 充分做好皮肤准备 皮肤准备时间应越接近手术开始时间越好,手术前 1d 帮病人洗头、理发、剪指甲、淋浴及更换清洁衣裤,术前 2h 为皮肤做好准备,对切除范围大、考虑植皮的病人,需做好供皮区皮肤准备。

2.3.3 饮食管理 入院就鼓励和提倡病人进食高蛋白、高能量、富含维生素和膳食纤维的食物,为术后创面愈合创造有利条件。

2.3.4 学习保护伤口的训练 术前教会患者咳嗽时按压伤口,以免术后咳嗽时震动刀口加重疼痛以及缝线裂开。

2.4 并发症预防护理

2.4.1 皮瓣坏死、感染 术后 5d 内重点评估患者皮瓣颜色并每小时记录。手术部位用胸带加压包扎,使皮瓣紧贴创面,松紧度适宜,以维持正常血运。皮瓣下放置引流管,注意妥善固定引流管,病人卧床时固定于床旁,起床时固定于上身衣服,保证有效的负压吸引,观察引流液色、质、量并记录。术后 1~2d 每日引流血性液体 50~100mL,以后逐渐减少,术后 4~5d,皮瓣下无积液,创面与皮肤紧贴即可拔管,引流过程中若有局部积液,皮瓣不能紧贴胸壁且有波动感,应及时处理。

2.4.2 患侧上肢肿胀 术后注意指导病人自我保护患侧上肢,平卧时用两垫枕抬高患侧上肢,下床活动时用吊带托扶,需他人扶持时只能扶健侧。按摩患侧上肢或进行握拳、屈、伸等运动,以促进淋巴回流。护士注意术后忌经患侧上肢测血

水肿期,但手术的死亡率和致残率仍很高。我科自 2004 年 6 月~2006 年 12 月采用鸡尾酒疗法综合治疗大面积脑梗死,收到良好效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 54 例患者均经头颅 CT 或 MRI 证实一侧大

压、抽血、静脉或皮下注射。

2.4.3 气胸 乳房癌扩大根治术有损伤胸膜的可能,在术后应特别注意观察。若病人感胸闷、呼吸困难,应作肺部听诊、叩诊和 X 线体查,以早期发现和处理气胸。

2.5 功能锻炼 为减少或避免术后残疾,术后早期鼓励和协助病人开始患侧上肢的功能锻炼。术后 3d 内患侧上肢制动,避免外展上臂。术后 2~3d 开始手指的主动和被动活动,术后 3~5d 活动肘部,术后 1 周待皮瓣基本愈合后可进行肩部活动、手指爬墙运动,直至患侧手指能高举过头,自行梳理头发。

2.6 健康指导 术后近期避免用患侧上肢搬动、提取重物。术后 5 年内避免妊娠,以免促使乳房癌复发。放疗期间注意保护皮肤,出现放射性皮炎时及时就诊。化疗期间定期复查肝功能、血常规,一旦出现骨髓抑制现象(白细胞计数 $<4 \times 10^9/L$)应暂停放、化疗。术后病人每月自查一次,健侧乳房每年 X 线摄片检查一次,以便早期发现复发征象。乳房癌病人姐妹和女儿属高危人群,应定期到医院体检。

3 讨论

3.1 临床护理路径的实施和谐了护患关系,提高了患者满意度 护理路径使护理活动标准化、程序化,项目不遗漏。实施临床护理路径后,每日每班次的护士按当日路径指定的内容进行护理,增加护理人员和患者交流的机会,护士主动护理,及时与患者沟通,发现存在的问题,给予必要的指导,增强了患者对护士的信任感。

3.2 缩短平均住院日 所有的护理人员能主动遵循护理路径的程序为患者实施科学合理的护理,并按护理路径指导评估患者治疗、护理的全过程,从而缩短了手术等待日和术后不必要的住院日,减少了住院天数。

3.3 提高了年轻护士专科疾病护理能力 乳腺癌围手术期临床护理路径图表直观、易懂,便于操作和应用。护理路径使疾病各个阶段的护理目标明确、措施具体,使护理工作有计划性、针对性和预见性,避免了年轻护士因缺乏经验而盲目机械地执行医嘱,遗漏观察项目,对年轻护士尽快地适应专科疾病的护理有极大的促进作用。

参考文献

- [1]戴红霞,成翼娟.临床路径——科学、高效的医疗护理管理模式[J].中华护理杂志,2003,38(3):208-211
- [2]杨桂涛.临床护理路径[J].国外医学·护理学分册,1998,17(1):1-3
- [3]王仙园,田晓丽.医院整体护理培训教材[M].北京:解放军出版社,2003.22

(收稿日期:2008-08-27)

脑半球或小脑半球大片状低密度影或长 T1、T2 信号 (显示病灶至少在 1 个脑叶以上), 大多数病例出现脑室受压变形、中线移位并有明显占位效应。随机分为两组, 观察组 27 例, 其中男 16 例, 女 11 例, 年龄 32~80 岁, 大脑半球梗死 22 例, 小脑半球梗死 5 例; 对照组 27 例, 其中男 17 例, 女 10 例, 年龄 29~77 岁, 大脑半球梗死 21 例, 小脑半球梗死 6 例。治疗组与对照组在年龄、既往史评分、治疗前神经功能缺损程度评分、病情轻重等方面经统计学处理差异均无显著性 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组: 20% 甘露醇 250mL 静滴, 每 6 或 8 小时 1 次, 尼膜同 10mg 静滴, 每天 1 次, 根据病情逐渐减量, 连用 7~14d。观察组: 鸡尾酒疗法, 即用多种药物搭配, 从多个环节同时对缺血脑组织进行保护性治疗。常用药物配伍有纳络酮 2mg、依达拉奉 30mg、尼膜同 10mg、络泰 0.8g (三七总皂苷) 静滴, 每天 1 次, 连用 10~14d, 20% 甘露醇 125mL 和甘油果糖 250mL, 每 6 小时 1 次交替, 连用 7~14d, 根据病情渐减。

1.3 疗效评定 显效: 患者神志渐清, 生命体征趋于平稳, 未出现严重并发症; 有效: 病情较入院时有好转; 无效: 患者意识障碍加深, 渐出现各种并发症甚至死亡。

1.4 结果 观察组显效 17 例, 有效 5 例, 无效 5 例; 总有效率 81.5%; 对照组显效 7 例, 有效 9 例, 无效 11 例; 总有效率 59.2%。

2 护理

2.1 密切观察生命体征的变化 观察意识状态、血压、呼吸、心率、瞳孔大小等, 发病后每半小时 1 次, 以后根据病情适当延长, 直至病情稳定。同时注意中枢或外周性高热的预防, 当大面积脑梗死患者体温波动在 40℃ 左右, 可使用电子冰毯、冰帽控制体温, 或冰袋放置在前额、头顶或颈部、腋下、腹股沟、腘窝等体表大血管处, 或应用冬眠 1 号或冬眠 2 号, 但降温前后要注意生命体征的变化并加强基础护理, 防止并发症的发生。

2.2 制动 保持患者安静, 避免频繁搬动。对有烦躁、躁动或抽搐的患者可立即给予安定 10mg 静脉推注, 必要时可多次重复使用。

(上接第 50 页) 期 3~5d 更换 1 次。(2) 烧伤不超过 15% 口服补液, 重大烧伤应输液, 无感染不用抗生素。(3) 增加营养, 给予含丰富蛋白质、维生素的饮食。(4) 有条件时, 伤后立即注射破伤风抗毒素, 镇痛、防休克等。(5) 重度烧伤病人后期大部分都存在中医“阴虚火旺”证, 加服知柏地黄汤、增液汤等中药。(6) 大面积烧伤病人应注意关节部位保持功能状态, 防止疤痕挛缩、功能障碍。

1.3 治疗结果 40 例全部治愈, 肢体功能正常, 除深 II 度、III 度外基本无疤痕, 无 1 例植皮, 治愈率 100%。治愈时间, 最短 4d, 最长 75d。

2 典型病例

吴某, 男, 21 岁, 某县钢厂职工, 于 2006 年 5 月, 不慎将钢水倒在自己左脚背上, 鞋面烧无, 只剩鞋底, 脚背及 5 个脚趾头、脚掌底均被烧焦。检查: 整个脚背创面焦黑, 脚掌底皮烧焦开裂, 自踝关节下红肿、灼热, 大、小脚趾甲烧焦, 中间 3 个脚趾甲全无, 面容苍白、痛苦。治疗: (1) 用 0.5% pp 液清洗创面, 切除焦痂, 敷盖生肌长皮膏药纱, 加厚敷料盖上用绷带包扎, 胶布固定, 隔日更换 1 次。(2) 输 5% 葡萄糖氯化钠

2.3 吸氧 吸氧可提高血氧饱和度, 改善脑组织缺氧, 减轻脑水肿, 促进脑功能的恢复, 流量为 2~4L/min。

2.4 保持呼吸道通畅 头部抬高 15~30° 并偏向一侧, 以利呕吐物及分泌物流出, 切忌无枕仰卧。呕吐时及时清除口咽部的残留物。若闻及呼吸道内有大量痰鸣音应及时吸痰, 必要时报告医生做气管插管或气管切开^[3]。

2.5 药物输注时护理 观察药物的副作用, 如纳洛酮会升高血压, 尼膜同会降低血压, 需根据监测血压及时调整滴速, 必要时可用微量注射泵根据血压波动情况调节每小时注入量, 将血压控制在要求的范围内。

2.6 褥疮的预防及护理 应保持平卧位, 睡气垫床, 在身体空隙处垫软枕, 床铺要保持柔软清洁、干燥、平整无碎屑。每 2~3 小时翻身 1 次, 协助翻身时动作要轻柔, 避免拖、拉、推的动作, 以防擦破皮肤。

2.7 预防泌尿系统感染 应注意保持导尿管通畅, 每 4 小时放尿 1 次, 观察尿的性状并记录。保持大便通畅, 对便秘者可给予结肠环形按摩或使用缓泻剂, 必要时予灌肠。

2.8 心理护理 采用交谈笔记、手势辨认, 充分了解其需求, 告诉患者功能障碍经过积极锻炼是可以恢复的, 增强其战胜疾病的信心。

3 讨论

鸡尾酒疗法的作用环节是: 保护神经元(纳络酮、依达拉奉); 防治缺血脑组织的钙离子超载(尼膜同); 改善脑微循环(络泰); 脱水剂减轻脑水肿(甘露醇和甘油果糖)。对症治疗同时辅以有针对性的护理措施, 如制动、保持呼吸道通畅、药物输注时护理、心理护理等, 从而提高护理质量, 提高存活者生存质量, 减少病死率, 安全可靠, 无明显副作用, 值得推广使用。

参考文献

[1] 黄如训, 郭玉璞. 脑卒中的分型分期治疗(建议草案) [J]. 中华神经精神疾病杂志, 2001, 27(1): 73
[2] 惠凯, 赵鸿鹰. 重症大面积脑梗死的 17 例临床分析 [J]. 脑血管疾病杂志, 2002, 12(6): 123-124
[3] 赵丽萍, 陈游力. 重型颅脑损伤并发神经源性肺水肿病人机械通气的护理 [J]. 护理研究, 2006, 20(3): 709

(收稿日期: 2008-02-15)

500mL、10% 葡萄糖 500mL, 连用 3d。3d 后口服先锋 4 号, 3 粒 / 次, 3 次 / d, 维生素 C 0.1g / 次, 3 次 / d。庆大霉素针 8 万单位 / 次, 2 次 / d, 肌注, 连用 7d 后停内服药及针剂。治疗 21d 后, 从踝关节下至小脚趾外侧长出新皮岛, 3 个中间脚趾头及脚指根部凹处仍见苍白创面(III 度), 其余部位均长出正常肉芽组织。体温上午 37℃, 下午 37.5℃, 加服中药知柏地黄汤至体温正常。治疗 43d, 整个脚创面痊愈, 并长出新指甲, 总医、药费 1 400 元。

3 讨论

本人在临床治疗中发现生肌长皮膏药纱敷盖包扎疗法有如下特点: (1) 敷上后立可止痛, 预防多种细菌感染, 减少败血症发生, 能阻止灰尘、细菌侵害创面。(2) I~III 度烧(烫)伤不必植皮, 疤痕少或无疤痕, 平坦美观, 不引起功能障碍。(3) 药效长, 2d 更换 1 次, 换药不出血, 无痛苦, 减少换药次数, 减轻医生劳动强度。(4) 操作简单易行, 费用低, 适合基层应用及推广。

(收稿日期: 2008-06-11)