

结核性脑膜炎临床护理心得

林一苹 何约明

(福建医科大学附属泉州市第一医院 泉州 362000)

摘要:目的:探讨结核性脑膜炎的临床护理方式。方法:通过对泉州市第一医院 1980~2008 年经临床诊断的住院结核性脑膜炎病人进行回顾性分析,分析病人的病情、临床表现、治疗、预后等方面,制定相应的护理措施。结果:经 1~3 个月住院治疗,结果好转 278 例(76.0%),无好转 36 例(9.8%),死亡 52 例(14.2%)。结论:积极抗痨、对症治疗及开展优质、特殊、综合护理,可以有效地减少并发症、后遗症,应成为结核病防控和护理的重点。

关键词:结核性脑膜炎;护理;体会

中图分类号:R473.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.062

结核性脑膜炎(tuberculosis meningitis, TBM)死亡率高、致残率高、后遗症重,近年来由于人口流动频繁、耐药结核菌种的出现、艾滋病人增多、糖尿病人增多等原因,又有了上升趋势,严重影响人们的工作、生活,因此对 TBM 的诊治水平和护理质量的提高又提出更高的要求和挑战。现通过对泉州市第一医院 1980~2008 年经临床诊断的住院 TBM 病人进行回顾性分析,总结新趋势下 TBM 病人的护理体会。

1 临床资料

1.1 一般资料 1980~2008 年经临床确诊的 366 例病例中,男性 245 例,女性 121 例,年龄 3 个月~81 岁,平均年龄 28 岁。TBM 的诊断标准参照《新编结核病学》^[1]。

1.2 分析方法 回顾性查阅病历资料,了解 366 例 TBM 病人的病史、体格检查、脑脊液(CSF)与 X 线或 CT 或 MRI 检查及正规抗结核治疗资料,分析病人的病情、病例分布趋势特点、临床表现、治疗、护理措施、预后等。

1.3 临床表现 头痛、头晕 318 例(86.9%),恶心、呕吐 230 例(62.8%),发热 344 例(94.0%),抽搐 43 例(11.7%),意识障碍 82 例(22.4%),脑膜刺激征 188 例(51.4%),肢体瘫痪 36 例(9.8%)。

1.4 分布趋势 1980~1996 年住院 TBM 病人呈下降趋势,而 1996 年之后有逐年增多趋势。特别是农民工 TBM 住院人数增加迅猛,近年来已超过本地人员住院数,且年龄多集中在 16~38 岁之间^[2],是家庭的主要劳动力、支柱和希望。

1.5 治疗方法 采用异烟肼(H)+吡嗪酰胺(Z)+利福平(R)+乙胺丁醇(E)抗结核治疗,同时加用糖皮质激素[地塞米松 0.2~0.4 mg/(kg·d),4~8 周],视病情应用脱水剂、胃黏膜保护剂及脑细胞营养药。部分病例还进行鞘内注射治疗,部分脑积水较严重病例行脑室腹腔分流术(VPS)。

1.6 治疗结果 经 1~3 个月住院治疗,结果好转 278 例(76.0%),无好转 36 例(9.8%),死亡 52 例(14.2%)。

2 临床护理

2.1 一般护理 TBM 病人必须绝对卧床休息,避免多次搬动患者颈部或突然变换体位,以免引起颅

内压增高,应抬高床头 15~30 度,以减轻头部充血,降低颅内压。大部分患者需反复行腰椎穿刺鞘内给药和脑脊液检查,腰穿后患者需常规去枕平卧 4~6 h 防止低压性头痛,术后如出现头痛、呕吐或眩晕为低颅压所致,应适当多饮水;昏迷患者应取平卧位,头偏向一侧,以免痰液或呕吐物吸入气管引起窒息及并发吸入性肺炎。除常规观察体温、脉搏、呼吸、血压外,着重观察意识、瞳孔变化,有无头痛、呕吐,避免颅内压增高,及时发现脑疝前兆是护理关键。

2.2 饮食护理 TBM 为慢性消耗性疾病,长期发热,且大量应用激素,代谢旺盛,应鼓励患者多进食高蛋白、高热量、高维生素、低脂肪易消化饮食,以满足患者机体需要;昏迷患者应给予鼻饲流质饮食,以保证足够的营养。

2.3 口腔护理 由于大剂量的激素和抗结核药物应用,结核性脑膜炎患者口腔炎、口腔溃疡及真菌感染的发生率明显提高。鼓励患者勤漱口、口腔护理,口腔溃疡患者,用冰硼散、西瓜霜等涂于患处,或用 1%~4%碳酸氢钠溶液漱口,真菌感染者,可用制霉菌素液漱口。

2.4 皮肤护理 TBM 病人长期卧床,特别是昏迷患者身体局部组织长期受压,血液循环障碍,组织营养缺乏,致使皮肤失去正常功能,极易引起组织破损和坏死。故应定时按摩受压部位,保持患者皮肤清洁,翻身时切勿拖拉,可使用柔软通气的垫圈置于骨隆突部位,减少骨隆突处皮肤与床垫的摩擦。

2.5 高热惊厥的护理 高热使患者组织代谢增快、耗氧量增加,易导致脑缺氧,而加重脑水肿,因此必须积极采取降温措施,如头枕部、腋窝及腹股沟等处放置冰袋。同时注意监测体温变化,每 30 分钟测量体温 1 次。有人在结核性脑膜炎高热病人中实施亚低温降温治疗与护理,取得满意效果^[3]。惊厥时应及时给予苯巴比妥钠、安定及水合氯醛等药物,必要时两齿间置纱布缠绕的压舌板以防舌咬伤,伴有紫绀者给予吸氧。

2.6 心理护理 结核性脑膜炎病人病情危重、病程长,治疗费用多,病人思想压力大,常表现为意志消沉、恐惧不安、多疑多虑,缺乏治愈疾病的信心。医护人员应细心观察病人,多与病人交流、沟通,了解

病人的需求及个性心理行为特征,针对个性心理行为特征做好心理护理。如建立良好的护患关系,尊重病人的人格,并向其介绍结核病的发病、治疗、转归等基本知识,多用安慰性、肯定性、鼓励性语言劝慰患者,同时做好基础护理,满足病人基本需求,解除生理及心理上的痛苦,帮助病人正确对待疾病,明白科学治疗才是治愈疾病的关键,树立战胜疾病的信心。

2.7 药物治疗的护理 抗结核药物较易引起肝脏损害及胃肠道反应,应定期行肝肾功能、血常规检查。小儿应慎用或禁用链霉素、乙胺丁醇,以防肾脏、耳蜗、视觉损害。另外结核性脑膜炎患者要长期大剂量使用激素,要注意用药剂量,防止消化道出血。指导患者遵医嘱有规律地长期服药,不能随意停药。应用甘露醇等脱水剂时,严格按照给药时间、剂量、方法等准确给药,滴速要快,30 min 滴完 250 mL,并防止漏出血管外,以免引起皮肤黏膜及血管损伤、坏死,造成皮肤感染。

2.8 脑室腹腔分流术护理 脑室腹腔分流术是将脑室内积存的脑脊液引导到腹腔吸收,使脑脊液的分泌与吸收得到平衡,从而达到治疗脑水肿的目的。脑室腹腔分流术应严格无菌操作,术中、术后选择性应用抗生素,严密观察和护理,预防切口感染。术后定时观察 T、P、R、BP、神志及瞳孔,密切观察是否有颅内压增高的临床表现;观察有无腹痛、腹膜刺激征以及肠鸣音、排便排气等变化,早期会出现

腹胀、腹痛、恶心、呕吐或食欲下降等症状,主要为脑脊液对腹膜的刺激所致,一般 1 周左右可消失;定时更换体位,避免长时间压迫手术部位而出现并发症;发现敷料污染脱落后及时消毒更换,若发现切口红肿、压痛等感染症状时,及时报告医生,一旦发生感染,应立即处理。

3 讨论

结核性脑膜炎患者必须坚持“长期、联合、适量、规律、全程”的治疗原则,出现副作用时,必须随时复诊,不可擅自停药。应做到绝对卧床休息 2~3 个月,不可自觉病情好转擅自起床,从而产生严重并发症及后遗症。因此,疾病健康宣教尤为重要,从入院宣教(如环境、经管医生、护士、作息制度)到治疗中健康教育(如用药、检查、饮食、休息指导)再到出院健康指导(用药、休息、复诊、并发症的观察),责任护士承担着非常重要的责任,向病人做好疾病健康宣教,加强心理疏导,开展优质、特殊、综合的护理,显得更加重要。注重预防、保健,对重症结核病给予优质的医疗和护理,应成为结核病防控和护理的重点。

参考文献

- [1]彭卫生,王英年,肖成志.新编结核病学[M].第 2 版.北京:中国医药科技出版社,2003.209
- [2]何约明,林一苹,邱庆南,等.366 例结核性脑膜炎临床分析[J].中国防痨杂志,2010,32(2):97-100
- [3]郑国琴,林奕,陈敬芳,等.结核性脑膜炎高热病人的亚低温护理探讨[J].护理研究,2007,21(2):481-483

(收稿日期:2014-02-12)

大面积脑梗死患者的呼吸道护理

余春芳

(江西省靖安县中医院 靖安 330600)

摘要:目的:探讨脑梗死患者呼吸道护理问题及应对措施,降低并发症和病死率,提高患者生存率。方法:对 68 例大面积脑梗死患者进行病室环境管理、气道管理、气道湿化、吸痰等呼吸道护理。结果:经有效治疗和全程护理,显效 22 例,有效 31 例,死亡 15 例,死因为非呼吸道因素。结论:早期护理保持呼吸道通畅是早期救治大面积脑梗死患者的关键。

关键词:大面积脑梗死;呼吸道通畅;护理

中图分类号:R473.74

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.063

大面积脑梗死起病急、进展快、病情重,发病率占脑血管疾病的 60%~80%,临床工作中除了要密切观察患者的生命体征外,还应保持呼吸道通畅。气道通畅是维持正常呼吸功能和血液氧合作用的关键,缺氧不仅加重脑水肿,且对维持缺血半暗区神经组织的功能存活明显不利。我科对大面积脑梗死患者尽早行呼吸道护理,提高了抢救成功率。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2011 年 1 月~2013 年 11 月我科共收治大面积脑梗死患者 68 例,其中男 42 例,女 26 例;脑梗死 24 例,脑栓塞 21 例,腔梗 13 例,脑分

水岭梗死 10 例;年龄 45~88 岁。均为明确诊断脑梗死的住院患者,气管切开 48 例,气管插管 20 例,置管时间 10~78 d。

1.2 结果 我科 68 例大面积脑梗死患者经积极治疗及全面护理,显效 22 例,有效 31 例,死亡 15 例,死因(10 例因脑水肿死亡,5 例因神经源性肺水肿死亡)为非呼吸道因素。对大面积脑梗死患者尽早实施有效的呼吸道护理,为抢救成功创造了有利的条件。

2 呼吸道护理

2.1 环境护理 患者置于单间病房,保持病室相对温度 20~22 ℃,相对湿度 60%~70%,每日移动式负