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

离子消毒机空气消毒 2 次，物品表面及地面用含氯消毒液擦拭，定时通风换气，保持病房环境安静清洁，严格无菌操作及洁净管理，保持手卫生，医疗器具定期消毒，防止交叉感染。限制人员探视及次数，防止喧闹噪音刺激。

2.2 人工气道的管理 加强气管切开护理，及时吸痰，密切观察痰液的性质、量及颜色，吸痰时注意无菌操作，动作轻柔。气管切开盘、吸引器管及玻璃接头每日更换。保持气管套管内管通畅、外管固定，及时调整套管系带的松紧度，预防气管套管脱出。如患者突然出现呼吸困难、吸痰时痰吸不出，应高度怀疑气管套管脱出。立即用弯血管钳将气管切开口处撑开并迅速插入气管套管，同时吸入高浓度氧。每日更换套管周围纱布垫，保持切口敷料清洁干燥，防止切口感染引起定植菌吸入，切口可采用氧疗法，使切口改变无氧环境，抑制厌氧菌生长。加强口腔护理，应及时清除口腔内积液、分泌物，2 次 /d，根据口腔 pH 值选用口腔清洗液，防止咽部细菌定植而随某些操作进入下呼吸道引起肺部感染。

2.3 呼吸体征的监护 我科 68 例患者中，22 例患者出现呼吸浅快时，无效通气增加，体内 CO_2 潴留，导致脑血管扩张，病情进一步加重，经建立人工气道、呼吸机辅助呼吸、脱水及对症治疗，病情好转，但预后较差；30 例患者出现深慢呼吸、心率慢而有力，血压持续升高，29 例患者经降颅压利尿、控制感染、维持电解质平衡等治疗后，病情稳定，10 例治疗 5 d 后因脑水肿死亡；16 例患者呼吸时伴痰鸣音，与患者不能自主排痰、分泌物清理无效及消化道内容物反流有关。我科对所有病例，保持呼吸道通畅的护理措施包括雾化吸入、翻身、叩背、吸痰等常规护理，促进痰液排出，维持患者的呼吸道通畅。13 例咳泡沫痰的患者，由于延髓受压导致交感神经活性增强，血压反应性增高，左室后负荷加重，诱发神经源性肺水肿，是疾病严重程度的标志。应加强对患者的肺部听诊，严密观察呼吸时是否伴湿罗音，同时注意血压、心率变化。17 例神经源性肺水肿患者经扩血管、降低交感神经兴奋性、取端坐位等治疗后病情稳定，5 例死亡。38 例患者出现肺部感染，气道痰液多，在气道充分湿化的基础上给予叩背、密闭式吸痰，感染得以控制。

2.4 持续气道湿化 由于人工气道的建立，患者的呼吸道丧失了加温、加湿和细菌过滤的功能，如吸入的气体湿化不足或湿化过量，将导致呼吸道阻塞、肺不张等并发症和肺部感染率增加。有研究证明，肺部感染率随气道湿化程度的降低而升高[1]。我科采取有效措施：(1) 采用加热湿化器和微量泵持续气道湿化，加热湿化器使用灭菌注射用水，保持温度 33~35 ℃，微量泵持续气道湿化最常用的湿化液为生理盐水。但有研究主张用 0.45%的盐水代替等渗盐水，因为生理盐水进入支气管肺内水分蒸发快，盐分沉积在肺泡支气管形成高渗状态，引起支气管肺水肿，不利于气体交换，而 0.45%的盐水吸入后在气道内再浓缩，使之接近生理盐水，对气道无刺激作用[2]。用生理盐水 50 mL 接一次性延长管，将延长管的前端与密闭式吸痰管近患者端连接，用微量注射泵以 5~10 mL/h 持续泵入[3]。(2) 呼吸机雾化，遵医嘱予生理盐水 4 mL、氨溴索 30 mg 加入贮液罐内，连接呼吸机雾化管路，贮液罐连接于呼吸机 Y 形管路送气端，开雾化器按钮，呼吸机自动进行雾化每次 30 min，6 次 /d。雾化治疗前关闭湿化器，将床头抬高 30~50 °，有利气道湿化，也有利于痰液排出。呼吸道湿化过程中注意观察患者的呼吸湿化液滴入速度，防止因调节失控导致大量液体入气管而引起呛咳、窒息。

2.5 吸痰护理 吸痰不能作为常规操作，应按需吸痰，“需”指：(1) 呼吸机气道压力升高。(2) 听诊气道内有痰鸣音。(3) 经皮脉搏血氧饱和度 (SPO_2) 突然下降。(4) 患者鼻饲注入前[4]。每次吸出的痰液应作为评估对象。吸痰前向气道内注入生理盐水溶解痰痂，便于吸出痰液。吸痰前全面评估患者生命体征：血氧饱和度、心率 / 律、血压、瞳孔。吸痰前通过呼吸机给予高浓度吸氧，持续 3 min，抬高床头 30~45 °，吸痰深度应为插入吸痰管直至遇到阻力再上提 1~2 cm 为宜，为 15~23 cm。严格掌握吸痰技能，采取翻、叩、吸的方法：即翻身侧卧，叩背使深部痰液松动，每次吸痰先吸气管套管内痰液，再吸口鼻腔痰液，防止损伤呼吸道黏膜。

3 讨论

脑梗死患者的呼吸道并发症如肺炎的发生率较高，加强呼吸道管理显得尤为重要。我科通过对脑梗死患者实施一系列护理措施如：病室空气消毒、气道湿化、气管插管的消毒、定时翻身叩背、雾化吸入、必要时吸痰等，预防了肺部感染的发生，提高了患者的生存率。

参考文献

[1]许希嘉,许雪芝,李爱霞,等.人工气道机械通气的护理进展[J].现代护理,2004,10(5):469-471
[2]刘新颖.呼吸机和其临床治疗护理要点[J].医疗卫生装备,2005,26(9):196
[3]彭卫生,王英年,肖成志.新编结核病学[M].第 2 版.北京:中国中医药科技出版社,2003.521-522
[4]赖凤新.机械通气患者吸痰的研究进展[J].护理学杂志,2006,21(17):79-80

（收稿日期：2014-02-21）