

常见疾病中西医结合全程护理

主 编 顾建钧 郁东海
执行主编 严斌泓 顾玮萍 赵忆文 叶 盛
副 主 编 周人凤 骆智琴 孙 敏
主 审 张雅丽 叶文琴

上海科学技术出版社

内 容 提 要

本书针对 54 种常见疾病,以中西医结合的方法深入浅出地对疾病的定义、分类、治疗、护理、健康宣教进行论述,将患者从入院至出院的全程护理作为主线,简洁明了地突出整个护理过程中各个阶段的中西医护理措施及健康宣教内容,并通过辨证的方法重点叙述了每个疾病的症状护理,便于临床护士掌握。同时针对不同疾病的特点,本书也提出了相应的中医技术,为护士在实施护理措施时提供参考。

本书可供临床护理人员在医疗及护理工作中参考借鉴。

图书在版编目(CIP)数据

常见疾病中西医结合全程护理 / 顾建钧,郁东海主编. —上海:上海科学技术出版社,2017.6

ISBN 978 - 7 - 5478 - 3538 - 8

I. ①常… II. ①顾… ②郁… III. ①常见病—护理
IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 078583 号

常见疾病中西医结合全程护理

主编 顾建钧 郁东海

上海世纪出版股份有限公司 出版
上海科学技术出版社

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

上海世纪出版股份有限公司发行中心发行

200001 上海福建中路 193 号 www.ewen.co

印刷

开本 787×1092 1/16 印张 22.5

字数 520 千字

2017 年 6 月第 1 版 2017 年 6 月第 1 次印刷

ISBN 978 - 7 - 5478 - 3538 - 8/R · 1357

定价: 65.00 元

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题,请向工厂联系调换



编 委 会

主 编

顾建钧 郁东海

执行主编

严斌泓 顾玮萍 赵忆文 叶 盛

副主编

周人凤 骆智琴 孙 敏

编 委

(以姓氏笔画为序)

万娅娇 卞亚琴 兰 蕾 朱轶梅 朱 俊 孙琦玉 杨燕婷
邸英莲 张彩虹 陈 燕 赵力群 胡 祎 胡 静 贾文鹏
顾永红 顾频颀 倪永新 徐莉萍 曹 凤 曹 燕

主 审

张雅丽 叶文琴



前 言

随着医学模式的发展及人们对疾病认识的深入,中医护理已成为医疗活动中的重要组成部分,中医护理也以其独特的文化内涵和思考方式越来越多地吸引着外国学者的兴趣。《中国护理事业发展规划纲要(2011—2015)》,也明确提出要大力发展中医护理,并以中医护理发展特色和优势为线,注重中医药技术在护理工作中的作用。中医护理是遵循中医药理论体系,体现中医辨证施护特点的护理理论和护理技术,即针对不同个体、不同病情、不同环境,应用扶正祛邪、标本缓急、同病异护、异病同护、正护反护,因人、因时、因地制宜及治未病等护理原则制订护理措施并予以实施。

为了提升中医护理内涵,本书以《临床护理实践指南》《中医护理常规、技术操作规程》为依据,针对54种常见疾病,以中西医结合的方法深入浅出地对疾病的定义、分类、治疗、护理、健康宣教进行论述,将患者从入院至出院的全程护理作为主线,简洁明了地突出整个护理过程中各个阶段的中西医护理措施及健康宣教内容,并通过辨证的方法重点叙述了每个疾病的症状护理,便于临床护士掌握。同时针对不同疾病的特点,本书也提出了相对的中医技术,为护士在实施护理措施时提供参考。

本书的编写博采众长,互为补充,中西结合,融会贯通,既可作为临床护理人员重要的指导用书,也可作为广大人民群众了解疾病护理的参考资料。

本书在编写过程中,得到了上海市区两级领导和专家的大力支持,并衷心感谢护理同仁以及各位编者的辛勤付出。由于时间仓促及水平所限,书中内容难免有疏漏和不当之处,敬请专家和读者批评指正!

编 者

2017年2月

脑出血(脑卒中)

脑出血指原发性非外伤性脑实质内的自发性出血。最常见的病因是高血压伴发脑内小动脉硬化引起动脉破裂出血,即高血压性脑出血。我国脑出血占脑卒中的20%~30%,是病死率最高的脑卒中类型。80%为大脑半球出血,脑干与小脑出血占20%。

一、诊断

(一) 西医

- (1) 多数为50岁以上高血压患者,在活动或情绪激动时突然发病。
- (2) 突然出现头痛、呕吐、意识障碍和偏瘫、失语等局灶性神经缺失症状,病程发展迅速。
- (3) CT检查可见脑内高密度区。

(二) 中医

本病属于“脑卒中”范畴。

二、脑出血的分类与分型

(一) 西医

根据出血部位分以下类型。

(1) 壳核出血:为最常见出血部位。大的壳核出血患者在数分钟到数小时内出现出血灶对侧偏瘫及中枢性面瘫,同向偏盲和两眼向病灶一侧同向凝视,即不能看向偏瘫侧。

(2) 丘脑出血:发病早期常有意识丧失,但清醒患者常可发现对侧偏身感觉障碍早于对侧偏瘫。常伴有对侧同向偏盲。丘脑出血可造成两眼向上凝视障碍,但不会出现两眼侧向凝视障碍,这是和壳核出血的鉴别点。

(3) 脑桥出血:起病即出现昏迷。一侧少量脑桥出血可出现偏瘫,但多数累及两侧脑桥,除深昏迷外,双侧瞳孔针尖般缩小,但对光反应存在。四肢瘫痪或呈去大脑强直,伴中枢性高热及呼吸困难,预后极差。

(4) 小脑出血:突然发病,通常神志清楚,首发症状为后枕部痛,伴严重的呕吐及眩晕,继之步态不稳或不能行走、手部动作笨拙等共济失调症状。神经系统检查可发现共济失调、眼球震颤等小脑体征。通常肢体瘫痪症状不明显,也无浅感觉障碍。随着病情进展,当血肿增大压迫脑干或破入第四脑室,可引起对侧偏瘫及枕骨大孔疝,患者很快进入昏迷、呼吸不规则或停止。

(5) 脑叶出血:少量脑叶出血仅产生局灶临床症状,例如,枕叶出血出现偏盲,左侧额叶出血表现为失语,顶叶出血可呈现为偏身感觉障碍等。大量出血较少见,可出现突然意识障碍和癫痫发作。

(二) 中医辨证分型

1. 中经络

- (1) 肝阳暴亢证:眩晕头痛,面红耳赤,心烦咽干,便秘尿黄。舌质红绛,舌苔黄或燥,脉

弦有力。

(2) 风痰阻络证：头晕目眩，痰多而黏。舌质暗淡，舌苔薄白或黄腻，脉弦滑。

(3) 痰热腑实证：腹胀便秘，头痛目眩，口黏痰多。舌质暗红，苔黄腻，脉弦滑或偏瘫侧弦滑而大。

(4) 气虚血瘀证：面色㿔白，气短乏力，口角流涎，自汗出，心悸便溏，手足肿胀。舌质暗淡，舌苔白腻，有齿痕，脉沉细。

(5) 阴虚风动证：眩晕耳鸣，手足心热，咽干口燥。舌质红而体瘦，少苔或无苔，脉弦细数。

2. 中脏腑

(1) 痰蒙清窍证：意识障碍，半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，痰鸣漉漉，面白唇暗，肢体瘫软，手足不温，静卧不烦，二便自遗。舌质紫暗，苔白腻。

(2) 痰热内闭证：意识障碍，半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，鼻鼾痰鸣，或肢体拘急，或躁扰不宁，或身热，或口臭，或抽搐，或呕血。舌质红，舌苔黄腻。

(3) 元气败脱证：昏语不知，目合口开，四肢松懈瘫软，肢冷汗多，二便自遗。舌卷缩，舌质紫暗，苔白腻。

三、治疗原则

脱水降颅压，调整血压，防止继续出血，减轻水肿所致继发性损害，促进神经功能恢复，加强护理，防止并发症。

四、护理

(一) 护理评估

1. 健康史(生活史)

(1) 家族史：了解亲属中有无脑卒中病史。

(2) 了解患者发病前的生活及饮食习惯：有无情绪激动、活动过度、疲劳、用力排便等诱发因素和危险因素；有无过多的摄入钠盐和饱和脂肪酸饮食；有无暴饮暴食、酗酒。

(3) 职业：了解患者职业性质，是否长期处于高压状态。

(4) 既往史：了解患者既往有无高血压、动脉粥样硬化、血液病。

2. 心理社会评估

(1) 了解患者是否存在因突然发生肢体残疾或瘫痪卧床，生活需要依赖他人而产生焦虑、恐惧、绝望等心理反应。

(2) 评估患者及家属对疾病的病因和诱因、治疗护理、防治知识及预后的了解程度。

(3) 了解患者家庭成员的组成、家庭环境、经济状况以及家属对患者的关心、支持程度等。

3. 身体状况

(1) 了解患者血压情况及服药情况。

(2) 了解患者有无中枢性高热和呼吸节律(潮式、间停、抽泣样呼吸)、频率和深度异常；脉率和脉律的情况；瞳孔大小及对光反射有无异常。

(3) 了解患者有无意识障碍及其程度；有无失语及类型；有无肢体偏瘫及其类型、性质和程度。

(4) 了解患者进食情况，有无吞咽困难及饮水呛咳。

(5) 了解患者有无排便、排尿障碍;有无颈部抵抗等脑膜刺激征和病理反射。

(6) 了解患者机体的营养状况。

(二) 一般护理

1. 病室要求 病室宜安静、整洁、舒适、空气清新、光线柔和、温湿度适宜,避免噪声、强光等一切不良刺激。

2. 生活起居护理

(1) 指导患者起居有常,慎避外邪,保持大便通畅,养成定时排便的习惯,勿努挣。

(2) 注意安全。防呛咳窒息、防跌倒坠床、防烫伤等意外。做好健康宣教,增强患者及家属的防范意识。

(3) 指导患者沐浴时水温不宜过高、时间不宜过长,谨防血压突然升高而发生意外。若患者出现头晕、眼花、恶心时,应立即躺平,抬高下肢以增加回心血量。

3. 饮食护理 饮食宜低盐、低脂、高蛋白质、高维生素饮食。可多食新鲜蔬菜水果以防止便秘。少食辛辣、肥腻、生冷及刺激性食物,戒烟酒。神智障碍或吞咽困难者,根据病情予禁食或鼻饲喂服,以补充足够的水分及富有营养的流质,如果汁、米汤、肉汤、菜汤、匀浆膳等。

(1) 肝阳暴亢证: 饮食以清淡、低盐为佳,鼓励多食新鲜蔬菜、水果,如芹菜、海带、香菇、梨等具有疏肝理气的食品。

(2) 风痰阻络证: 饮食宜少量多餐,以进食祛风化痰开窍的食品为宜,如山楂、荸荠、黄瓜。食疗方: 鱼头汤。忌食羊肉、牛肉、狗肉等。

(3) 气虚血瘀证: 进食益气活血的食物,如山楂。食疗方: 大枣滋补粥(大枣、枸杞、猪瘦肉)。

4. 情志护理

(1) 关心尊重患者,多与患者沟通,了解其心理状态,及时予以心理疏导。

(2) 解除患者因突然得病而产生的恐惧、焦虑、悲观情绪,可采用释放、宣泄法,使患者心中的焦躁、痛苦释放出来。

(3) 鼓励家属多陪伴患者,亲朋好友多探视,多给予情感支持。

(4) 鼓励病友间相互交流治疗体会,提高认知,增强治疗信心。

5. 给药护理

(1) 遵医嘱及时给予降压药物,并应向患者及家属介绍降压药物的性能、作用及用药方法,不可自行停药或减量。

(2) 密切观察药物的疗效与不良反应,及时纠正不良反应。同时在用药期间应密切监测血压的变化,以评价药物的疗效。如果在用药期间患者的血压突然下降,并出现头晕等不良反应时,应立即通知医生进行药物调整。

(三) 症状护理

1. 意识障碍

(1) 密切观察神志、瞳孔、心率、血压、呼吸、汗出等生命体征等变化,及时报告医师,配合抢救。

(2) 保持病室空气流通,温湿度适宜,保持安静,避免人多惊扰。

(3) 取适宜体位,避免引起颅内压增高的因素,如头颈部过度扭曲、用力,保持呼吸道通畅等。

(4) 定时变换体位,用温水擦身,保持局部气血运行,预防压疮发生。

(5) 眼睑不能闭合者,覆盖生理盐水纱布或涂金霉素眼膏;遵医嘱取藿香、佩兰、金银花、荷叶等煎煮后做口腔护理。

(6) 遵医嘱鼻饲流质饮食,如肠外营养液、匀浆膳、混合奶、米汤等。

(7) 遵医嘱留置导尿,做好尿管护理。

(8) 遵医嘱给予醒脑开窍药枕,置于患者枕部,借中药之辛散香窜挥发性刺激头部腧穴,如风池、风府、哑门、大椎等。

2. 半身不遂

(1) 观察患侧肢体的感觉、肌力、肌张力、关节活动度和肢体活动的变化。

(2) 加强对患者的安全保护,如床边上床挡,防止坠床摔伤,每天用温水擦拭全身 1~2 次,按摩骨隆突处和经常受压部位,促进血液循环,预防压疮发生等。

(3) 协助康复医师进行良肢位摆放,经常观察并及时予以纠正,指导并协助患者进行肢体功能锻炼,如伸屈、抬肢等被动运动,注意患肢保暖防寒。

(4) 遵医嘱穴位按摩,患侧上肢取穴:极泉、尺泽、肩髃、合谷等;患侧下肢取穴:委中、阳陵泉、足三里等。

(5) 遵医嘱艾条灸,患侧上肢取穴:极泉、尺泽、肩髃、合谷等;患侧下肢取穴:委中、阳陵泉、足三里等。

(6) 遵医嘱中药熏洗:在辨证论治原则下给予具有活血通络的中药局部熏洗患肢,每天 1 次或隔天 1 次。

3. 眩晕

(1) 观察眩晕发作的次数、程度、持续时间、伴随症状等。遵医嘱监测血压,若出现血压持续上升或伴有眩晕加重、头痛剧烈、呕吐、视物模糊等变化,及时通知医师,做好抢救准备。

(2) 向患者讲解发生眩晕的病因、诱因,指导患者避免诱因的方法,如自我调适,保持心理平衡,避免急躁、发怒等不良情绪刺激,改变体位时动作缓慢,避免深低头、旋转等动作,防止摔倒。

(3) 眩晕发作时应卧床休息,头部稍抬高,呕吐时取侧卧位,做好口腔护理。保持室内安静,空气流通,光线调暗,避免光刺激。多做解释工作以消除患者紧张情绪。

(4) 遵医嘱穴位按摩:适用于风痰阻络、阴虚风动引起的眩晕头痛。取穴百会、太阳、风池、内关、曲池等,每天 4~5 次,每次 30 min。

(5) 遵医嘱耳穴贴压(耳穴埋豆):取穴神门、肝、脾、肾、降压沟、心、交感等,每天按压 3~5 次,每次 3 min,隔天更换 1 次,双耳交替。

(6) 遵医嘱穴位贴敷:取穴双足涌泉穴,每天 1 次。

4. 痰多息促

(1) 密切观察痰的颜色、性状、量及气味,有无喘促、发绀等伴随症状,必要时给予氧气吸入。

(2) 保持室内空气流通、温湿度适宜,避免外感风寒。

(3) 保持呼吸道通畅,定时翻身拍背,及时清除口腔内分泌物,每天用中药漱口液清洁口腔 2 次;痰液黏稠时多饮水,或遵医嘱予雾化吸入,促进痰液排出;神昏或痰多无力咳出者可行机械吸痰。

(4) 循经拍背法:排痰前,沿脊柱两侧膀胱经,由下往上轻拍,每天 2~3 次,每次 20 min,根据痰液的多少,增加力度、时间、次数。

(5) 遵医嘱穴位贴敷,取穴肺俞、膏肓、定喘、天突等。

5. 高热

(1) 遵医嘱定时观测体温,监测生命体征及汗出情况,及时擦干皮肤,更换汗湿的衣服、被褥等,保持皮肤和床单清洁、干燥。

(2) 遵医嘱采用亚低温治疗仪、中药擦浴、头部冷敷等物理降温方法。

(3) 遵医嘱穴位按摩:取穴大椎、合谷、曲池等。

(4) 指导多饮温开水,漱口水漱口,使用中药时应遵医嘱。

(5) 进食清热生津之品,如:西瓜、荸荠等。忌辛辣、香燥、助热动火之品。

6. 二便失禁

(1) 观察排便次数、量、质及有无里急后重感;尿液的色、质、量,有无尿频、尿急、尿痛感。

(2) 保持会阴及肛周皮肤清洁干燥,使用便器时动作轻缓,避免拖、拉,以免擦伤患者的皮肤,每次便后将会阴部及肛周擦洗揩干。如留置导尿,做好留置导尿护理。

(3) 进食健脾养胃益肾食物,遵医嘱进行肠内营养补充。

(4) 遵医嘱艾条灸:适用于气虚及元气衰败所致的二便失禁,取穴神阙、气海、关元、百会、三阴交、足三里等。

(5) 遵医嘱穴位按摩:适用于气虚及元气衰败所致的二便失禁,取穴肾俞穴、八髎穴、足三里、天枢等。

7. 便秘

(1) 观察排便次数、性状、排便费力程度及伴随症状。

(2) 指导患者保持生活规律,适当运动,定时排便,忌努挣。习惯性便秘者畅情志,克服对排便的恐惧与焦虑。

(3) 鼓励患者多喝水,建议每天饮水量在 1 500 ml 以上,饮食以粗纤维为主,多吃有利于通便的食物,如黑芝麻、蔬菜、瓜果等;多喝水,戒烟酒,禁食产气多、刺激性的食物,如甜食、豆制品、圆葱等。热秘患者以清热、润肠、通便饮食为佳,可食用白萝卜、蜂蜜汁;气虚便秘患者以补气血、润肠通便饮食为佳,可食用核桃仁、松子仁;芝麻粥适用于各种症状的便秘。

(4) 穴位按摩,遵医嘱取穴:胃俞、脾俞、内关、足三里、中脘、关元等穴,腹胀者加涌泉,用揉法。

(5) 腹部按摩:取平卧位,以肚脐为中心,顺时针方向按揉腹部。以腹内有热感为宜,每次 20~30 周。每天 2~3 次。

(6) 遵医嘱艾灸:取神阙、天枢、气海、关元等穴。

8. 言语蹇涩

(1) 观察患者语言功能情况,建立护患交流板,与患者达到良好沟通,对家属进行健康宣教,共同参与语言康复训练。

(2) 鼓励患者开口说话,随时给予肯定,在此过程中,尽量减少纠正,更不应责难,以增强患者的信心。对遗忘性患者应有意识地反复进行,以强化记忆。

(3) 配合康复治疗师进行语言康复训练。包括放松疗法、发音器官运动训练、呼吸训练、发音训练及语言矫治等,初期可用手势或书面笔谈,加强沟通,进而从简单的字、音、词开始。鼓励患者读书看报,适当听收音机。

(4) 遵医嘱穴位按摩,取廉泉、哑门、承浆、大椎等穴。

9. 吞咽困难

(1) 协助医师进行吞咽试验以观察有无呛水、呛食等情况。

(2) 遵医嘱胃管鼻饲,做好留置胃管的护理。

(3) 对轻度吞咽障碍以摄食训练和体位训练为主。如采用改变食物性状和采取代偿性进食方法如姿势和手法等改善患者吞咽状况,一般先用糊状或胶状食物进行训练,少量多次,逐步过渡到普通食物。

(4) 对中度、重度吞咽障碍患者采用间接训练为主,主要包括:增强口面部肌群运动、舌体运动和下颌骨的张合运动;咽部冷刺激;空吞咽训练;呼吸功能训练等。

(5) 保持环境安静、舒适,减少进餐时分散注意力的干扰因素,如关闭电视、收音机等,指导患者进餐时不要讲话,防止误吸。

五、健康教育

(一) 向患者及家属讲解疾病的相关知识

1. 防治高血压 血压升高容易诱发脑出血,因此,要积极防治高血压。

2. 影响脑出血的危险因素

(1) 不合理的膳食结构:摄入过多的钠盐,饮食过于油腻,未做到荤素搭配。

(2) 不良的生活习惯:生活不规律、精神紧张、吸烟、酗酒。酗酒可引起血压升高或凝血机制改变和脑血流加速而促发脑出血。

(3) 不良的社会心理因素:激动、兴奋、愤怒等各种情绪反应常会引起神经内分泌功能的改变,导致血压升高。

3. 常用药物的副作用及注意事项

(1) 常用药物的副作用:甘露醇是渗透疗法中最常用的药物,适当延长甘露醇的治疗时间,可提高脑出血的治疗效果,但需密切观察肾功能。钙通道阻滞剂如尼莫地平可致头痛、头晕面红、消化道不适等症状。

(2) 用药注意事项:药物应遵医嘱调整剂量,不可自行增减药物。

4. 脑出血病的饮食禁忌

(1) 忌过量食用脂肪:高脂肪食物(如肥肉、油炸食品)容易引起人体脂质代谢紊乱,高脂肪可以形成或加重动脉粥样硬化。

(2) 忌多食高胆固醇食物:高胆固醇食物(如蛋黄、动物肝脏、心、肾等内脏)可使血脂升高,血液黏稠度增加,加速动脉硬化的进展。

(3) 忌食过咸食物:盐中的钠可使血管平滑肌对去甲肾上腺素的反应性增强,血管收缩,外周血管阻力增大,血压升高,诱发脑血管意外。

(4) 忌饱餐:饱餐可使大脑中酸性纤维芽细胞生长因子增加,促进动脉硬化的形成。

(5) 忌吸烟:因烟中含有一氧化碳和尼古丁。一氧化碳可以促进动脉壁合成脂肪酸,加速动脉粥样硬化的形成;尼古丁能刺激交感神经,导致小动脉痉挛,还可能使血小板易于聚集形成血栓。

(6) 忌酗酒:据报道,酗酒患者脑出血概率是不饮酒者的4倍以上。因酒中的乙醇在体内达到一定的量时可使大脑神经细胞由兴奋转为抑制,可出现血管破裂或损害大脑细胞,还可以促进血小板聚集形成血栓。

(7) 忌饮浓茶:茶叶中含有咖啡碱,可兴奋人体的中枢神经系统,如过度饮用浓茶,可使

心跳加快,血压升高,加重病情。

5. 脑出血的先兆症状

- (1) 突然感到一侧身体麻木、无力、活动不便,手持物品掉落,嘴歪、流涎,走路不稳。
- (2) 与人交谈时突然讲不出话来,或吐字不清,或听不懂别人说的话。
- (3) 突然感到头晕,周围景物出现旋转,站立不稳甚至晕倒在地。
- (4) 暂时性视物模糊,以后可自行恢复正常,或出现失明。

(二) 教会康复训练方法

1. 床上练习 包括翻身和上下左右移动体位,腰背肌、腹肌及呼吸肌练习,上下肢活动以及洗漱、穿衣、进餐、使用便器等日常生活活动练习。

2. 步行练习 步行是偏瘫患者生活自理的重要一环,先作步行前预备活动(如扶持立位下肢前后摆动、踏步、负重等)扶持步行或平行杠间步行、扶拐步行、徒手步行。在步行练习中应多给予鼓励,留意改善步态练习。

3. 站立和站立平衡练习 先作站立预备活动(如坐位提腿踏步,患侧下肢肌力练习等,有条件可利用站立床练习),然后扶持站立、平衡杠间站立、徒手站立。

4. 坐起和坐位平衡练习 先从半坐位($30^{\circ}\sim 40^{\circ}$ 角)开始逐渐增加角度、次数和时间,从床上坐、床边坐、椅子或轮椅坐。因患者坐位时,不能控制,常向患侧偏斜,接着应进行坐位平衡练习,从无依靠不能坐稳,躯干向不同方向摆动能坐稳,在他人一定外力推动下能坐稳。

六、出院指导

(1) 保持情绪稳定和心态平和,避免引起血压骤然升高的各种因素,如过分的喜怒哀伤等不良的心理和惊吓等刺激。

(2) 建立良好的生活方式,保证充足的睡眠,适当运动,避免体力或脑力过度劳累。

(3) 养成定时排便的习惯,保持大便通畅,切忌大便努责,必要时使用缓泻剂。

(4) 定时测量血压,复查病情,及时治疗动脉硬化、高脂血症。

(5) 坚持定时定量用药,不可自行减药或停药,出现异常情况如头晕、肢体不遂、言语不利等情况,及时就医。

脑栓塞(中风病)

脑栓塞指脑血管被血流带进颅内的固体、液体或气体栓子阻塞,引起相应供血区域脑组织缺血、坏死与脑功能障碍。脑栓塞占全部缺血性脑卒中的 15%~20%,但 45 岁以下者的发病率更高。只要产生栓子的病因不消除,脑栓塞就有反复发作的可能。有 2/3 的复发患者,均发生在第一次发病后的 1 年内。临床上最常见的为心脏并发症。

一、诊断

(一) 西医

本病任何年龄均可诱发,以青壮年较多见,病前多有风湿性心脏病、心房颤动及大动脉粥样硬化等病史。临床上有时不容易区分栓子来源。脑栓塞患者多起病急,症状常在数秒或数分钟内达高峰,多数患者有神经系统体征,可表现为偏瘫、失语等局灶性神经功能缺损。头颅 CT 在发病 24 h 内可无明显异常,但脑 CT 扫描阴性不能排除脑栓塞,发病 24~48 h 后可见栓塞部位有低密度梗死灶,边界欠清晰,并可有一定的占位效应;头 MRI 有助于早期发现小的栓塞病灶,对于脑干和小脑病变的显示 MRI 要明显优于 CT。

(二) 中医

在古代中医文献中,没有脑栓塞的记载,现代医家根据其症状的不同,将其归属于“中风”等范畴。

二、脑栓塞的分类

(一) 西医

1. 心源性脑栓塞 是脑栓塞中最常见的,约 75%的心源性栓子栓塞于脑部,引起脑栓塞的常见的心脏疾病有心房颤动、心脏瓣膜病、感染性心内膜炎、心肌梗死、心肌病、心脏手术、先天性心脏病(来自体循环静脉系统的栓子,经先天性心脏病如房间隔缺损、卵圆孔未闭等的异常通道,直接进入颅内动脉而引起脑栓塞,为反常栓塞)、心脏黏液瘤等。

2. 非心源性脑栓塞 动脉来源包括主动脉弓和颅外动脉(颈动脉和椎动脉)的动脉粥样硬化性病变、斑块破裂及粥样物从裂口逸入血流,能形成栓子导致栓塞;同时损伤的动脉壁易形成附壁血栓,当血栓脱落时也可致脑栓塞;其他少见的栓子有脂肪滴、空气、肿瘤细胞、寄生虫卵、羊水和异物等。

3. 来源不明 还有部分脑栓塞利用现代手段和方法,虽经仔细检查也未能找到栓子来源称为栓子来源不明者。正常人体血液呈流态,虽然血液内含有有形成分如红细胞、白细胞、血小板和血浆大分子物质,但是它们是血液的组成部分,能够通过变形顺利通过微循环,如果血液内成分如红细胞聚集,形成缟钱物,也容易阻塞血管。

(二) 中医辨证分型

1. 中脏腑

(1) 痰蒙清窍证：意识障碍，半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，痰鸣漉漉，面白唇暗，肢体瘫软，手足不温，静卧不烦，二便自遗。舌质紫暗，苔白腻。

(2) 痰热内闭证：意识障碍，半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，鼻鼾痰鸣，或肢体拘急，或躁扰不宁，或身热，或口臭，或抽搐，或呕血。舌质红，舌苔黄腻。

(3) 元气败脱证：昏语不知，目合口开，四肢松懈瘫软，肢冷汗多，二便自遗。舌卷缩，舌质紫暗，苔白腻。

2. 中经络

(1) 风火上扰证：眩晕头痛，面红耳赤，口苦咽干，心烦易怒，尿赤便干。舌质红绛，舌苔黄腻而干，脉弦数。

(2) 风痰阻络证：头晕目眩，痰多而黏。舌质暗淡，舌苔薄白或白腻，脉弦滑。

(3) 痰热腑实证：腹胀便干便秘，头痛目眩，咯痰或痰多。舌质暗红，苔黄腻，脉弦滑或偏瘫侧弦滑而大。

(4) 气虚血瘀证：面色㿔白，气短乏力，口角流涎，自汗出，心悸，便溏，手足肿胀。舌质暗淡，舌苔白腻，有齿痕，脉沉细。

(5) 阴虚风动证：眩晕耳鸣，手足心热，咽干口燥。舌质红而体瘦，少苔或无苔，脉弦细数。

(三) 几种特殊类型的脑栓塞并发症

(1) 由于栓子顺血流流动，根据流动的部位不同，可以引起相应器官的梗死，所以临床上常有其他部位栓塞的征象，如肺栓塞(气急、发绀、胸痛、咯血和胸膜摩擦音等)，肾栓塞(腰痛、血尿等)，肠系膜栓塞(腹痛、便血等)，皮肤栓塞(出血点或淤斑)等症状、体征。

(2) 大多数患者还伴有风心病、冠心病和严重心律失常等，或心脏手术、长骨骨折、血管内介入治疗后等临床表现。

三、治疗原则

脑栓塞的药物治疗

1. 治疗目标

(1) 基本目标：在于改善脑循环，减轻缺血缺氧所致的脑损害。

(2) 主要目标：控制脑水肿，治疗原发病，防止再次出现脑栓塞。

2. 治疗时机 目前国内外公认的溶栓最佳黄金时间窗口，是脑血栓形成后6h以内，即在脑血栓形成后6h以内到达医院并开始溶栓。一般认为，血栓形成后6h以内开始溶栓，就有可能把新鲜的血栓凝块完全溶解，实现堵塞血管的再通，恢复正常的血液供应，原来缺血的脑细胞可以完全恢复正常功能。约有70%以上的患者可以痊愈，效果神奇。然而，超过6h，部分缺血脑细胞会发生坏死，12h以后，绝大部分缺血脑细胞坏死，而且，这种坏死是不可逆转的，就是说不大可能再恢复其正常的功能了，因此，不可避免地留下后遗症，再完全恢复就十分困难了。所以，把握脑血栓后6h以内开始溶栓的最佳黄金时间，对于患者的预后，至关重要。

3. 治疗原则

(1) 脑栓塞患者一般较重，应卧床休息，尽量少搬动患者。患者如烦躁不安，可用镇静类

药物,但剂量不宜太大,以免影响意识水平的观察。不用抑制呼吸的阿片类药物,在颅内压增高的情况下用这类药物会导致呼吸突然停止。

(2) 保持呼吸道通畅和心脏功能:及时清除患者口腔和鼻腔中的黏液、呕吐物等。如发现患者通气功能欠佳或氧分压减低,应及时插入气管套管,加压给氧,或考虑作气管切开术,使用人工辅助呼吸器。由于栓子多数来源于心脏,所以应特别注意心脏情况,维持正常心功能,最好有心电监护,以排除因心律异常而导致的血液循环障碍,也便于及时发现心律变化。

(3) 注意营养状况,保持水和电解质的平衡:由于脑栓塞发病急,病情重,早期常有意识障碍、呕吐频繁,则可暂禁食 48 h,以免发生吸入性肺炎。72 h 后,如果患者仍不清醒可采用鼻饲饮食,以牛奶、豆浆等流食为主,液体进入总量每天约 2 000 ml。如合并有心脏病者,则液体量可限制在 1 500 ml。

(4) 加强护理,防止肺炎、泌尿系感染和褥疮等并发症的发生。

4. 脑栓塞非药物治疗 心房颤动的患者心脏内容易形成血栓,而且容易出现血栓脱落。目前出现脑栓塞,治疗脑栓塞的同时也要注意到心房颤动,要同时治疗,才能预防再次脑栓塞。脑栓塞会落下后遗症,可以通过康复训练逐渐恢复部分功能。

四、护理

(一) 护理评估

1. 健康史(生活史)

(1) 家族史:主要了解家族中是否有罹患心脑血管疾病者,其预后的死亡原因。

(2) 生活史:了解患者的生活环境和地理位置,有无盐分摄取过多、高脂、酗酒等饮食习惯,有无长期口服避孕药,有无生活压力增加和久坐等不健康的行为和生活方式。

2. 心理社会评估

(1) 了解急性意识障碍患者是否给家属带来不安及恐惧,慢性意识障碍患者是否因给家属增添负担,而产生厌烦心态和不耐烦的言行;言语障碍的患者是否感到孤独、烦恼甚至悲观。

(2) 了解脑血管疾病患者对疾病治疗有无信心。

(3) 了解患者有无恐惧、绝望、烦躁、悲观失望、焦虑和情绪不稳定等心理变化,以及有无器质性心理特征,家属对患者所患疾病的了解及家庭、社会对患者的理解和支持程度。

3. 身体状况

(1) 了解患者的各项生命体征、精神等。

(2) 了解患者的意识程度。

1) 通过患者的言语反应、对答是否切题、对疼痛刺激的反应、肢体活动、瞳孔对光反应、角膜反射等来判断意识觉醒障碍(嗜睡、昏睡和昏迷)以及意识内容障碍(意识模糊和谵妄)。

2) 对患者进行睁眼反应、运动反应和语言反应的测试,记录其 Glasgow 昏迷量表(GCS)总分来描述意识程度。

(3) 了解发病过程中有跌倒者,应观察头部有无外伤,耳、鼻、结膜有无流血或溢液。

(4) 了解瞳孔的形状、大小、对称与否、对光反应以及眼底有无视乳头水肿。

(5) 了解有无脑膜刺激征。

(6) 了解患者有无瘫痪、共济失调,应观察患者的日常生活动作,如穿衣、吃饭、系纽扣、取物。书写、站立、姿势和步态等是否协调正确,有无震颤、言语顿挫等。