

2010年外科护理：外科护理高血压脑出血护士资格考试 PDF
转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/0/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E5_A4_96_c21_262.htm 高血压脑出血是老年人常见的危急症

状，是高血压病中最严重的并发症之一。其发病率与血压升高的程度有关，多发生于50-60岁的病人，但年青人患高血压者也可并发脑出血。1、病因 脑出血患者多数伴有高血压性微动脉瘤或动脉粥样化，因此在血压突然升高的情况下，可导致血管破裂，造成脑实质内出血。基底节出血较为常见，出血的血管多为豆纹动脉，血液通常侵入丘脑或尾状核延伸至内囊至侧脑室。2、分类 采集者退散（1）根据出血部分：

壳核出血：累及内囊而出现偏瘫、双眼向患侧凝视和说话不清或失语等症状，重者出现意识障碍，生命体征改变。

脑叶皮层下白质出血：出现头痛、恶心、呕吐、神志混乱、烦躁不安、全身抽搐等症状。 丘脑出血：出现双眼内凝，

双侧瞳孔缩小或大小不等，还可以出现偏瘫及偏身感觉障碍。 来源：考试大的美女编辑们 脑桥出血：病人有深昏迷，四肢瘫痪，眼球固定，瞳孔针尖大小，高热等症。 小脑出血：

一侧枕部剧痛、呕吐、眩晕、昏迷、压迫脑干有去大脑强直发作、生命体征不平稳、出现脑疝。（2）将大脑出血分为：

壳和外囊出血的外侧型。 丘脑和丘脑下部的内侧型。 两者皆存在混合型。（3）根据病情的急缓程度分类：

急性型。 亚急性型。 慢性型。（4）脑出血病人情况分级：第一级：无症状或轻度头痛和颈强直；第二级：头痛较重，颈强直，颅神经瘫；第三级：轻度意识障碍，烦躁不安；第四级：半昏迷，偏瘫，初期去脑强直和植物神经障

碍；第五级：深昏迷，去大脑强直，病人濒危状态。百考试题论坛

3、临床表现

(1) 发病前可出现头痛、头晕、肢体发麻等先驱症状，也可在原有基础上突然加重。(2) 发作时可伴有意识丧失，颜面潮红、呼吸快、血压升高、脉搏减慢，幕上病变者对侧肢体软瘫，两眼向出血侧偏斜。(3) 破入脑室或脑干出血则出现深昏迷、高热、去脑强直、双瞳孔缩小或扩大。来源：考试大

4、诊断

高血压脑出血多见于中年以上对高血压控制不甚满意的病人，根据其特征性，既往史和临床表现多数病人可作出初步的临床诊断和加以辅助检查。高血压脑出血病人CT检查可见高密度阴影（部位多在壳核，脑叶皮层下白质出血，丘脑出血，脑桥出血，小脑出血），查体血压高，即可诊断，但应与脑外伤出血和其它原因所致的脑出血鉴别，后者无高血压病史。

5、治疗

根据病情可选择手术清除血肿，降低增高的颅内压，解除脑疝的发生和发展，改善脑血液循环，使受压脑组织及早恢复，术后主要以抗炎，止血，降压等药物持续静脉输液为主。

6、护理

(1) 术前护理：术前开颅手术常规准备，脑疝病人给予20%甘露醇等脱水剂快速静脉滴入。绝对卧床，使头部抬高15°。松解衣服，注意保暖。急生期勿搬动病人，躁动病人注意约束，防止坠床。保持呼吸道通畅，加强吸氧预防肺炎并发症，做雾化吸入，生理盐水200ml加入庆大霉素8万u，糜蛋白酶1支，每天2次或每6小时1次，必要时行气管切开。头部置冰袋，体温38.5者给予降温处理。呼吸困难者给予氧气吸入。注意床铺平整，皮肤清洁，防止发生褥疮。尿潴留病人可留置导尿管，禁止加压排尿。百考试题论坛 大便干燥给予泻药或开塞露或低压灌肠等。 输液

速度不宜过快以免增加心脏负担，影响颅内压，每天放量不宜超过2000ml，注意水电平衡，酸碱平衡。（2）术后护理：

严密观察生命体征的改变，每半小时测一次，有异常及时报告医生。有血肿腔引流的病人应观察引流量颜色，引流袋每24小时更换一次。观察肢体活动情况。特别注意血压情况，血压超过21/13kPa(160/100mmHg)应给予降压处理，血压下降应注意补充液体入量，注意有无心脏合并症及消化道出血等。不能进食者术后3-5天开如鼻饲，严密观察有无消化道出血，特别用激素患者，应注意有无腹胀、血下降、肠鸣音亢进。消化道出血者可鼻饲止血药。保证各种药物按时输入。其它同术前护理。更多信息请访问：百考试题 护士网校 护士论坛 护士在线题库 百考试题执业护士加入收藏
相关推荐：2010年外科护理：胸壁结核的病因和病理 2010年外科护理：胆囊的病理改变 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com