

2010年内科护理：脑出血标准护理计划护士资格考试 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\\_86\\_85\\_c21\\_632.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/0/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E5_86_85_c21_632.htm)

脑出血是由高血压合并动脉硬化或其他原因造成的非外伤性脑实质内出血。临床主要表现为突然头痛、头晕、恶心、呕吐，偏瘫，失语，意识障碍，大小便失禁等。常见护理问题包括：生活自理缺陷；肢体活动障碍；语言沟通障碍；有发生褥疮的危险；有误吸的危险；清理呼吸道无效；舒适的改变：头痛；潜在并发症脑疝；潜在并发症上消化道出血；便秘；大小便失禁。均参照脑梗塞病人标准护理计划中的相关内容。

百考试题 - 全国最大教育类网站(100test.com) 舒适的改变：头痛【相关因素】颅内出血、水肿。颅内压增高。【主要表现】突发性头痛、头晕。严重者剧烈头痛，伴有恶心、呕吐。【护理目标】病人叙述疼痛减轻。病人叙述疼痛消失，感觉舒适。【护理措施】安慰病人，消除其紧张恐惧心理，鼓励病人树立战胜疾病的信心。来源：考试大 耐心向病人解释头痛的原因：颅内出血、水肿致颅高压引起头痛，并向病人仔细解释疾病的发生、发展及转归过程，取得病人配合。提供安静、舒适、光线柔和的环境，避免环境刺激，加重头痛。指导病人使用放松术，如缓慢的深呼吸、全身肌肉放松等。各项护理操作动作应轻柔，以免加重病人疼痛。减少探视人员，保证病人充足的休息时间。遵医嘱给予脱水剂（如甘露醇、速尿）和止痛剂。给药半小时后观察头痛有无缓解，无缓解时应通知医师。认真观察病人头痛的性质、持续时间、发作次数、程度及伴随症状等，并作好记录，报告医师。

【重点评价】病人能否述说头痛的性质，持续时间、程度及伴随症状。病人能否针对头痛采取正确的应对措施。头痛是否减轻或消失。潜在并发症脑疝来源：考试大【相关因素】颅内压增高。【主要表现】剧烈头痛，喷射状呕吐，血压升高，脉搏加快，呼吸不规则，意识障碍加重，一侧瞳孔散大等。【护理目标】避免脑疝的发生，或尽量减轻脑疝的症状、体征。减轻脑疝对脑实质的损伤。争取抢救时间：挽救病人生命。【护理措施】严密监测生命体征，瞳孔和意识状态的变化，每1-2小时1次，或遵医嘱监测并记录。掌握脑疝的前驱症状：头痛、呕吐、血压升高，脉搏加快，呼吸不规则，意识障碍加重，一侧瞳孔散大等。发现异常情况，及时通知医师处理。急性期病人绝对卧床休息，除呼吸、进食、排泄外，其他活动需严格禁止。发现脑疝前驱症状，及时遵医嘱使用脱水剂。使用脱水剂要绝对保证快速输入，以达到脱水、降颅压的作用。在抢救过程中，注意保持呼吸道通畅，必要时给予负压抽吸痰液。将头偏向一侧，防止呕吐物返流造成误吸。呼吸无规律者，不宜频繁更换体位，但要采取必要的措施防止褥疮的发生，如垫气垫床、软枕，勤擦洗等。【重点评价】来源：考试大 生命体征及意识、瞳孔是否平稳。有无脑疝的发生；抢救措施是否及时、得当。潜在并发症上消化道出血【相关因素】应激性溃疡。【主要表现】血压下降，脉搏细数，面色苍白，尿量减少等。大便呈黑色或柏油样便，血红蛋白含量下降。潜血试验阳性。【护理目标】严密观察病情，防止发生失血性休克。迅速上血，防止病情恶化。使病人清洁、舒适、生活需要得到满足，避免发生再出血。【护理措施】密切监测血压和脉搏，观察血压的动态变

化，必要时记录出入水量。发现出血或休克表现，及时通知医师，并配合抢救。嘱病人绝对卧床休息，采取平卧位，安慰病人，使其消除紧张心理，保持安静。迅速建立静脉通路，遵医嘱给予补液。准确及时执行医嘱，给予止血药物治疗，必要时输同型血。及时清理血迹和倾倒胃肠引流物，保持床单整洁和病人皮肤清洁，及时更换干净的衣物，并协助生活护理，关心病人，满足病人的基本生活需要。监测大便的性质、颜色、量，进行大便潜血试验检查，及时发现有无潜血。来源：[www.100test.com](http://www.100test.com) 观察病人有无头晕、黑便、呕血等失血性休克表现。协助医师完成各项检查。做好饮食指导：急性出血期应禁食，恢复期应避免食用刺激性食物及含粗纤维多的食物。【重点评价】病人病情是否迅速得到控制，是否有继续出血征象。大便的颜色、性质及潜血试验结果是否正常。病人的血压、脉搏、呼吸、尿量、神志、瞳孔是否正常。便秘【相关因素】绝对卧床休息，活动量减少。液体摄入量不足。饮食中缺乏粗纤维。不习惯床上排便。【主要表现】病人大便干结，排便困难，伴排便疼痛。病人不能自行排便，需用缓泻剂或灌肠等方法协助排便。【护理目标】病人能排出成形软便。本文来源:百考试题网 病人能在护士的帮助下排便。病人及其家属能讲述预防便秘的措施。【护理措施】增加病人食物中的纤维素含量：介绍含纤维素多的食物种类，如带皮的新鲜水果和各种蔬菜（芹菜、韭菜等）；向病人说明含纤维素多的食物能促进肠蠕动，维持正常的肠道活动。了解病人的饮食习惯和对各种食物的好恶，保证食物色、香、味俱全，增进病人的食欲。开始食用粗纤维食物时应从少到多，逐渐增量，以免对肠道刺激而引起腹泻

或肠梗阻。给予充分的液体：根据病情，每天饮水1500

2000ml. 早餐前半小时喝一杯温开水，可刺激排便。排便时不要太用力，可在排使用力时呼气，以预防生命体征变化。不习惯床上排便者，应向其解释病情及需要在床上排便的理由，在病人排便时用屏风遮挡，信号灯放在伸手易拿到的地方，然后医护人员离开，以免干扰病人。每天顺肠蠕动方向按摩腹部数次，以增加肠蠕动，促进排便。非急性期病人，在病情允许的范围内适当增加活动量。遵医嘱给予大便软化剂或缓泻剂，必要时灌肠。向病人及家属解释预防和便秘的必要措施，如饮食和活动，并强调预防的有效性和重要性。鼓励病人养成定时排便的习惯。【重点评价】是否能排出成形软便。病人及其家属是否能讲述预防便秘的措施并理解预防便秘的重要性。

十一、大小便失禁【相关因素】神经肌肉功能障碍。脑溢血。【主要表现】大小便失控。【护理目标】病人会阴部皮肤和肛周皮肤完整，没有发生受损。病人能控制小便。不发生泌尿系感染和肛周围皮肤感染。【护理措施】百考试题 - 全国最大教育类网站(100test.com) 出现大小便失禁时，应及时用温水擦洗，更换干净衣裤，在肛周涂保护性软膏，减轻皮肤刺激。保持床单位平整、清洁、干燥、无渣屑，以免刺激皮肤。提供床旁便器和辅助器具（轮椅、拐杖等）或帮助病人入厕，必要时把尿壶、便盆放在病人旁。准备好卫生纸、温热水、水盆等卫生用品。建立排便规律，鼓励病人每天在同一时间排便。必要时指导病人选择合适的便失禁器具。遵医嘱使用体外接尿管假性导尿或留置导尿管。www.Examda.CoM考试就到百考试题 观察尿的颜色、透明度等，必要时送尿培养，以监测是否有泌尿系感染。【

**重点评价】**二便失禁次数是否减少，能否控制大、小便。是否发生泌尿系感染和肛周皮肤感染。病人会阴部与肛周皮肤是否完整。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年内科护理：有机磷杀虫药中毒标准护理计划 2010年内科护理：急性镇静催眠药中毒标准护理计划 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](http://www.100test.com)