

2011年内科护理：闭塞性脑梗死介入溶栓术的护理_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_ti2020/2/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E5_86_85_c21_2244.htm 为了使您更好的了解执业护士资格考试内科学的相关内容，百考试题网特搜集相关资料供大家参

考。一、术前护理 术前护士必须掌握该病的发病原因、溶栓机理、手术方式、常见并发症，做到心中有数。同时，对清醒的病人要讲明手术的目的，操作方法及可能出现的感受，使病人有心理准备，消除顾虑，配合治疗，并且要全面了解病人的病史，查看有关实验室检查，如肝、肾功能，血常规、出凝血时间等，发现异常及时报告医生，并且做好护理记录。病人准备 术前做碘过敏试验，因术中将使用离子或非离子造影剂，以显示脑动脉闭塞情况。术区备皮（腹股沟及会阴部）。术前半小时内留置导尿，以防因使用甘露醇等脱水药物，尿量增加，膀胱充盈，病人难以坚持影响手术操作，或尿液溢出污染术野。取出口内假牙，防止脱落误入气管引起窒息。建立静脉通道，在选择血管时注意避开导管插入肢体。术前肌注阿托品0.5mg、安定10mg，目的是减少唾液分泌，镇静催眠。导管室准备 导管材料：根据病人身体状况选择适合的无菌导管及配件。根据碘过敏试验结果，准备离子或非离子造影剂。若病人肝、肾功能差应禁用离子造影剂，以防对肾脏进一步损害。备溶栓剂尿激酶、肝素及14类抢救药品。备心电监护仪、氧气，吸引器，除颤器，气管插管用一套，以备应急。二、术中护理 1.体位，协助病人平卧于手术台上，充分暴露经皮穿刺部位。标记足背动脉，并在护理单上注明术前搏动情况，如强、中、弱，

以便术后对照。2.制动，术中制动非常重要，因病人躁动影响手术进行，而此时又严禁使用镇静药物，防止影响溶栓效果的观察。本组曾有4例溶栓再通后出现不同程度躁动。分析其原因，4例病人既往均有高血压病史，溶栓再灌注后出现脑水肿，颅内压增高而致躁动，立即推注速尿40mg后躁动减轻（此时禁用甘露醇脱水，因甘露醇有升压作用）。为此我们采用了四肢弹力绷带固定方法，较有效地控制了躁动。3.监测生命体征，心电、呼吸、血压监护，密切注意生命体征变化及肌力，语言恢复情况。随时记录以便掌握动态变化。曾有1例男性病人，37岁，溶栓再通后出现头痛、恶心、呕吐。测BP：32/16kPa，HR160次/min，立即报告医生，给予降压处理使病人转危为安。病情观察是护士应特别注意主动性，因此时操作医生把注意力都集中在治疗及X线图象上，不能很好地观察病人。4.保持呼吸道通畅，术中及时清除口腔内分泌物。尤其对于高龄病人，咳嗽反射差，溶栓时尽量将头偏向一侧，以防咳痰困难发生窒息。吸氧以低浓度，持续给氧为佳，目的改善脑缺氧状态。

三、术后护理百考试题

(100test.com) 注意穿刺口出血，因术中应用尿激酶，术后需全身肝素化，故动脉鞘需保留4~6h方可拔除。病人回病房后护士应密切观察穿刺点有无出血情况，加强凝血机制及血生化的检测。如全血凝血时间（ACT）动态变化，以指导肝素及扩血管药物用量。确定拔管时间，正常ACT时间为80~120s。术后由于术中抗凝药物作用ACT可达150s，提示药物用量适当。若ACT大于180s则提示有出血倾向，此时不能拔管。曾有1例女性病人35岁，在月经期发生脑梗死，术后ACT大于190s，护士及时通知医生调整抗凝药物，同时延长拔管

时间，避免了穿刺口出血。由于加强ACT的观察，术后无一例发生穿刺点出血现象。更多信息请访问：百考试题护士网校 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