

1 例癫痫持续状态伴肺部感染护理体会

杜国云

(淮安第三人民医院 江苏 淮安 223001)

摘要:总结了1例癫痫持续状态伴肺部感染的护理体会。护理要点:发作时急救、用药护理、病情观察、肺部感染护理、发作间期护理、心理护理、健康指导;经过精心的治疗和护理,患者12天康复出院。

关键词:癫痫持续状态;肺部感染;护理

癫痫持续状态是神经内科的急重症之一^[1],起病迅速,预后差,致残率及病死率较高^[2]。通常认为癫痫发作是自发的,但许多癫痫学者认为癫痫发作是潜在易感性与诱发事件相互作用的结果,它有很多诱发因素,都会加重癫痫患者预后的疗效,而肺部感染就是诱因之一^[3]。因此对癫痫伴肺部感染患者进行积极有效的护理措施极为重要。2018年03月13日,我科收治1例癫痫持续状态伴肺部感染的患者,在医护人员的精心护理下,患者康复出院。现将护理经验总结如下。

1. 一般资料:

患者,男,37岁,因“发作性四肢抽搐23年,频发伴意识不清10小时”于2018年03月13日11:17拟“癫痫持续状态、症状性癫痫”收入院。入院时神志昏迷, T38.2℃, P123次/分, R25次/分, BP112/68mmHg, 球结膜水肿, 双侧瞳孔等大等圆, 直径4mm, 对光反应迟钝, 两肺呼吸音粗, 闻及散在湿性罗音。神经系统检查:四肢肌张力低, 肌力检查不合作。急查血常规显示:白细胞、中性粒细胞值均高于正常范围, 提示有感染。立即安置抢救室, 遵医嘱予以一级护理、病重、流质饮食、吸氧、心电监护、留置尿管及遵医嘱予以抗癫痫、抗感染等对症治疗。3月14日未见癫痫发作, 意识朦胧, 经刺激后能唤醒, 能自行缓慢饮水。3月15日复查血常规结果显示:白细胞已恢复正常水平, 中性粒细胞略高, 患者意识较前清醒, 体温正常, 能自行睁眼, 自行缓慢进食牛奶等液体, 停病重。3月16日, 意识清晰, 对周围环境有主动反应, 能坐在床上自行进食、饮水。停留置尿管。3月19日, 近几日未见癫痫发作, 生命体征正常, 无咳嗽、咳痰, 遵医嘱停抗生素、停一级护理改二级护理、停流质饮食改善食, 转至普通病房继续治疗。3月23日康复出院。

2. 急救与护理

2.1 发作时护理

2.1.1 急救 护士接诊后立即将该患者安置在抢救室, 第一阶段(0-10分钟)在患者全身强直阵挛发作重时点评估心肺功能, 注意有无低氧血症和低血压, 保持气道通畅。将患者采取平卧位, 头偏向一侧, 迅速解开衣领、腰带。患者在癫痫发作过程中, 出现了舌后坠阻塞气道的情况, 护士立即用舌钳拉住舌头再放入咽通气道, 直至病人意识转清醒^[4]。一手托住患者枕部, 以阻止颈部过伸, 一手按住下颌对抗其下颌过度紧张。护理人员用自制的泡沫塑料垫或棉垫外加三角巾在患者易受擦伤的关节部位包裹加以保护。同时设床档防止患者坠床, 床档再用软垫包住; 注意防止头部磕伤、碰伤; 使用约束带松紧适宜, 作为每班交接重点。做好家属健康宣教, 嘱患者在发作时, 家属切不可强按压肢体, 以防脱臼和骨折。

2.1.2 用药护理 第二阶段(0-60分钟)迅速建立两条静脉通道, 静脉通道建立在前壁较大的静脉处, 因患者肢体连续抽搐, 手背静脉表浅易刺穿或滑出。控制癫痫持续状态药物首选安定类, 但此类药物具有较强的呼吸抑制作用, 静脉注射首先应控制速度, 不得超过2mg/min, 用药过程中严密监测生命体征、神志及瞳孔、血氧饱和度情况, 以免呼吸抑制、意识障碍加深, 如出现病情变化及时汇报医生并配合做好急救工作; 在应用抗生素、脱水剂预防颅内感染、脑水肿同时, 定期抽血查血糖、血钾、血钠、血尿素氮等, 并严格记录24h出入量。

2.1.3 病情观察 发作时密切监测患者心率、呼吸、血压、瞳孔、神志变化外, 还要求护理人员密切观察患者癫痫发作形式、持续时间、

发作类型, 是否发生大小便失禁等情况; 发作后患者常会伴随发生颅内压升高和脑水肿、意识障碍加深、生命体征恶化、抽搐幅度变频变小, 要严密观察病情、做好详细记录^[5]。该患者从入院13日11:17分到23:15分之间一共发作五次, 到15日10:30分以后意识逐渐清醒。见表1。

表1 癫痫发作情况观察表

发作时间	持续时间	发作类型	意识状态	患者情况
11:17	4分钟	SGTCS	未恢复	患者两便失禁, 呼吸快, 肺部听诊: 湿啰音
14:29	1-2分钟	SGTCS	未恢复	同上
19:46	1分钟	SGTCS	未恢复	同上
23:15	3-5秒	SGTCS	未恢复	同上
00:30	未见发作	无	未恢复	生命体征平稳

2.2 肺部感染的护理

2.2.1 保持呼吸道通畅 保持呼吸道通畅是控制肺部感染的关键。患者在发生癫痫时其意识丧失, 此时因无法正常排痰, 会使气道分泌物会急速聚积, 此时护理人员应对呼吸道分泌物进行及时处理, 避免其倒流入气管^[6], 而导致窒息。对于有意识障碍、不能自主排痰的患者, 每2小时翻身拍背一次, 拍背时应从肺底处逐渐向上, 使小气管受到震动, 淤积的痰液脱落管壁, 汇集到大气管, 便于分泌物的排出, 必要时使用吸痰机进行辅助排痰。

2.2.2 降温处理 保持病室温度18~22℃、湿度60%, 每日通风两次, 每次15~30分钟。脑采取低温保护措施, 以降低脑耗氧量, 因体温每降低1℃, 脑耗氧量与颅内压可下降6%~7%, 从而阻断低氧血症和脑水肿的恶性循环^[7]。患者体温一直在39.0℃以上, 持续给予患者物理降温如酒精或温水擦浴、头戴冰帽, 四肢大动脉处放置冰袋, 并遵医嘱给予药物降温, 3月14日下午14:00体温降至37.5℃以下。

2.2.3 低流量氧气吸入 吸氧疗法是一种重要辅助治疗, 癫痫持续状态伴肺部感染患者, 因呼吸不规则, 耗氧量增加, 易导致脑组织缺氧, 此时应低流量给氧, 过多给氧反可促使发作^[8], 抽搐时加大氧浓度达50%。待抽搐控制后, 给予该患者低流量吸氧2L/min, 并观察血氧饱和度、面色有无改善; 每日更换鼻塞及湿化液。

2.3 发作间期的护理

2.3.1 安全护理 让患者居住单人病房, 保持病室光线柔和, 减少声光等刺激, 做到护理操作尽量集中进行; 如出现躁动时给予必要的防护性约束或加用床栏等保护性措施, 以防撞伤、坠床, 并设专人护理; 在意识恢复的过程中患者会出现短暂的兴奋、躁动, 护士应定时巡视病房, 并嘱家属24小时陪护, 防止病人发生意外事件。

2.3.2 营养护理 癫痫持续状态易致机体消耗、水电解质紊乱、脑缺氧、脑水肿, 使原有脑损害加重, 应遵医嘱给予静脉补充能量物质。等患者意识恢复后给予病人营养丰富蛋白质和维生素、易消化的, 避免辛辣刺激性的食物^[9], 以提高患者的机体抵抗力, 控制感染, 促进康复。每餐进食量保持在300~400ml, 时间控制在20~30min, 温度在40℃左右, 避免过冷或过热引起胃痉挛; 正在抽搐的患者不能对其强行喂食, 避免呛入气管, 引起窒息。

2.3.3 基础护理 做好口腔护理, 每日清洁两次, 去垢除臭、使口

腔湿润舒适,避免食物残渣存留在口腔内导致吸入呼吸道引发支气管感染。做好尿管护理,插管时要严格执行手卫生和无菌操作;在插管的过程中,要注意根据男女尿道的不同特点进行操作,避免对尿道产生机械性损伤^[10];插管后妥善固定尿管,避免扭曲、折叠、脱出并观察尿液的量、颜色、性状等,鼓励患者增加饮水量,这样可以对尿路和尿管起到冲洗作用;每日2次使用0.5%碘伏对会阴部进行擦拭消毒;保持床单元清洁、平整、干燥。

2.4 心理护理 由于癫痫持续状态对患者来说具有未知性、持久性等,患者往往带有紧张、焦虑、恐惧等不良情绪,因此医护人员对其进行护理时,应给予患者进行心理方面的疏导,与患者耐心交流,用柔和的语气与其沟通,让患者放松心情,感受到护理人员的人文关怀,得到相应的心理安慰,缓解其紧张、焦虑、恐惧等情绪,使患者积极主动配合治疗^[11]。

2.5 健康教育 健康教育应该贯穿整个住院的过程,向病人及其家属讲解有关疾病的知识,严格按医嘱坚持长期有规律服药,避免一些诱发因素^[12],如切勿擅自减量、停药、换药,其次避免受凉、劳累、饮酒,避免使用异烟肼、利多卡因、氨茶碱或抗抑郁药等诱发癫痫持续状态。教会家属发作时如何防止外伤或并发症。指导患者规律生活,进清淡饮食,少量多餐,保持大小便通畅,戒烟酒,保证充足睡眠和情绪稳定。禁止从事攀高、游泳、驾驶等危险性的工作。定期复查,随身携带有姓名、住址、联系电话及病史的个人资料,以备发作时及时联系。

3 结论

我科室护理人员在癫痫持续状态伴肺部感染患者整个治疗过程中,加强了对病人的临床观察及护理,对呼吸道感染采取有效预防措施,重而有效改善了患者的全身状态,减轻了患者多器官功能的损害,

为预后创造良好的条件,促进了患者尽快康复。

参考文献:

- [1]黄祥芳.癫痫持续状态急救护理[J].当代护士,2013(8):27-28
- [2]李保敏,孙若鹏.癫痫持续状态的诊治进展[J].临床儿科杂志,2012,30(8):797-800.
- [3] Ferlisi M, Shorvon S. Seizure precipitants (triggering factors) in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2014,33(4):101-105.
- [4]周建蓉.癫痫持续状态患者的护理[J].实用护理杂志,2010,2(4):17-19.
- [5]徐玉红,王书霞.癫痫持续状态患者的护理体会[J].中国医药南,2015,13(16):269-270.
- [6]殷艳林.小儿肠套叠的彩色多普勒超声诊断价值[J].医学信息,2015,24(11):430-431.
- [7]姚珍莹.亚低温治疗颅脑损伤伴中枢性高热护理进展[J].医学理论与实践,2015(11):2002-2003.
- [8] Millikan D, Rice B, Silbergleit R. Emergency treatment of status epilepticus: current thinking. [J] *Emerg Med Clin North Am.* 2009, 27(1): 101-113.
- [9]陈玉鸿,王金芬,李晓燕.1例癫痫持续状态致昏迷患者的抢救护理体会[J].当代护士旬刊,2016,(12):144-145.
- [10]蒋芳芳,王姣,曾新华.脑卒中患者长期留置气囊尿管漏尿的原因及护理对策[J].当代护士:专科版旬刊,2012,(3):151-152.
- [11]张艳新.对1例癫痫持续状态患者的急救与护理体会[J].医药前沿,2013,(34):330.
- [12]刘晨星.胶质瘤继发癫痫的临床分析及护理[J].全科护理,2017,15(18):2241.

(上接第28页)

2.3 心前区疼痛

因各种理化因素刺激支配心脏、主动脉或肋间神经的传入纤维引起的心前区或胸骨后疼痛

2.3.1 病因:冠心病、心绞痛、心肌梗死是引起心前区疼痛最常见的原因(反之,心肌梗死最早出现、最突出的症状是心前区疼痛),其次是急性心包炎、胸膜炎、心血管神经官能症。

2.3.2 护理:疼痛的观察:注意观察心前区疼痛的部位、性质、疼痛程度、持续时间、有无诱发因素等;减轻疼痛,防止复发:有良好的休息环境,遵医嘱给予镇定剂、镇痛剂以及治疗;给予心理护理:让病人减少的疼痛的恐惧。

2.4 心源性水肿 是由于充血性心力衰竭引起体循环系统静脉淤血等原因,使组织间隙积聚过多液体所致。

2.4.1 病因:由右心衰竭或全心衰竭,引起心源性水肿的主要原因是右心功能不全。也可见于渗出性心包炎或缩窄性心包炎。

2.4.2 护理:体位与休息:让病人多休息,下肢抬高,伴胸腔积液或腹水的病人宜采取半坐卧位;病情监测:控制输液速度,定期测体重,严格记录出入液量;用药护理:遵医嘱使用利尿剂,观察尿量、体重及水肿消长情况,检测水电解质的变化;皮肤护理:保持皮肤清洁、干燥,预防压疮。

2.5 心源性晕厥 是由于心排血量突然聚减、中断或严重低血压热引起一过性脑缺血、缺氧,表现为突发的可逆性意识丧失。

2.5.1 病因:严重心律失常、主动脉瓣狭窄、急性心肌梗死、高血压病等。

2.5.2 护理:休息与活动:发作频繁的病人应卧床休息,加强生活护理,避免单独外出,防止意外;发作时处理:将病人置于通风处,

头高足底位,解开领口,及时清除口鼻分泌物,防止窒息;避免诱因:嘱病人避免过度疲劳、情绪激动等情况,一旦有头晕、黑矇等先兆是立即平卧,以防摔伤;积极治疗相关疾病。

3 预防

3.1 预防

长期大量饮酒对人体各系统都有损害,血压、血脂代谢也不能幸免,饮酒可使血压增高。无限制地摄入过多热量、动物性脂肪等,不仅是引起肥胖的主要原因,也是导致血压升高、血脂异常的重要因素。而饮食调节、合理膳食则是减重、调脂、降压不可缺少的方式。

合理的饮食是预防心血管疾病的重要过程,做到合理的饮食应先制订好饮食计划。控制胆固醇的摄入量:心血管疾病患者应少吃动物脑髓、内脏、蛋黄、蟹黄等胆固醇高的食物;控制脂肪摄入的质与量:在膳食中要控制猪油、牛脂等饱和脂肪酸的摄入;多吃富含维生素C的食物:如:蔬菜、水果;限盐:食盐摄入量应控制在每日5克以下,对血压较高或合并心衰者,每日用盐量以1~2克为宜。

心脏是全身血液的循环系统,心脏一旦发生疾病即可危及生命。而通过对上面的介绍,让人们了解心脏病是一种什么样的病体,它对人们的影响有哪些,应该如何去预防、护理、治疗。心脏病病人的饮食是如何制定的,让病人的疾病得到缓解。心脏病是危及人体生命的一大危害,预防、治疗心脏病是人们不忽略的。

参考文献:

- [1]沈卫峰.实用介入性心脏病学[M].上海:上海科学技术教育出版社,2017·203·
- [2]叶丽娟.冠状动脉置入术后并发症的预防及护理[J].护士进修杂志,2018,13(4):207·