

脑梗死护理查房课件



contents

目录

- 脑梗死概述
- 脑梗死患者护理评估
- 脑梗死患者护理措施
- 药物治疗与护理配合
- 营养支持与饮食调整
- 心理护理与康复训练指导

01

脑梗死概述

定义与发病原因

定义

脑梗死又称缺血性脑卒中，是指因脑部血液供应障碍，缺血、缺氧所导致的局限性脑组织的缺血性坏死或软化。

发病原因

脑梗死的病因复杂，包括血管壁病变、血液成分改变和血流动力学异常等。其中，高血压、糖尿病、高血脂、吸烟等是脑梗死的危险因素。





临床表现及分型



临床表现

脑梗死的临床表现因梗死部位和面积而异，常见症状包括头痛、头晕、恶心、呕吐、偏瘫、失语、感觉障碍等。严重者可出现昏迷甚至死亡。

分型

根据脑梗死的部位和面积，可分为腔隙性脑梗死、脑血栓形成、脑栓塞等类型。其中，腔隙性脑梗死是脑梗死的一种特殊类型，多发生在基底节区，临床表现相对较轻。



诊断标准与辅助检查

诊断标准

脑梗死的诊断主要依据临床表现和影像学检查结果。患者可出现上述典型症状，同时CT或MRI检查可发现梗死灶。

辅助检查

脑梗死的辅助检查包括头颅CT、MRI、经颅多普勒超声（TCD）、脑血管造影等。其中，头颅CT是脑梗死首选的影像学检查方法，可快速准确地显示梗死灶的部位和范围；MRI对脑梗死的显示效果更佳，可发现早期脑梗死和微小梗死灶；TCD可检测颅内血管狭窄和闭塞情况；脑血管造影则可直观显示脑血管病变情况。

02

脑梗死患者护理评估



生命体征监测

01



监测体温



每4小时测量一次体温，及时发现并处理发热情况。

02



监测脉搏和呼吸



观察患者呼吸频率、节律和深度，评估是否存在呼吸困难。

03



监测血压



定期测量血压，注意血压波动情况，及时调整治疗方案。



神经系统功能评估



意识状态评估

观察患者意识水平，了解是否存在意识障碍及其程度。



言语功能评估

检查患者言语是否清晰、流畅，有无失语、构音障碍等。



运动功能评估

观察患者肢体活动情况，评估肌力、肌张力及有无偏瘫等。



心理社会因素评估

心理状态评估

了解患者情绪变化，是否存在焦虑、抑郁等心理问题。



社会支持评估

询问患者家庭、社会支持情况，了解其经济、生活等方面的困难。



应对能力评估

评估患者面对疾病和治疗的应对能力，提供必要的心理干预和支持。

03

脑梗死患者护理措施

急性期护理要点

严密观察病情变化

持续心电监护，密切观察患者意识、瞳孔、生命体征及肢体活动情况，及时发现并处理异常情况。



保持呼吸道通畅

及时清除呼吸道分泌物，保持患者头偏向一侧，防止误吸。

控制颅内压

遵医嘱给予脱水剂，降低颅内压，减轻脑水肿。

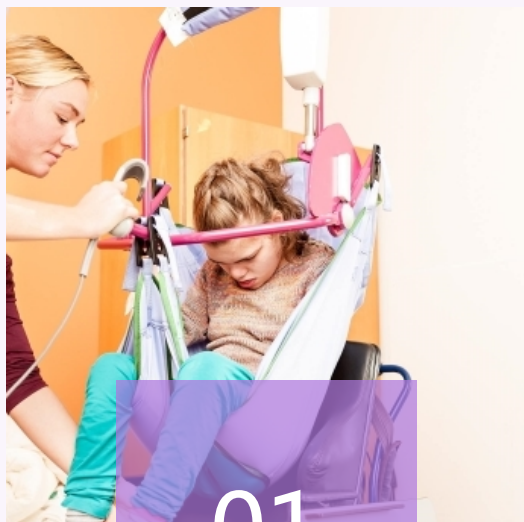


预防并发症

加强皮肤、口腔、会阴部护理，预防压疮、肺部感染和尿路感染等并发症。



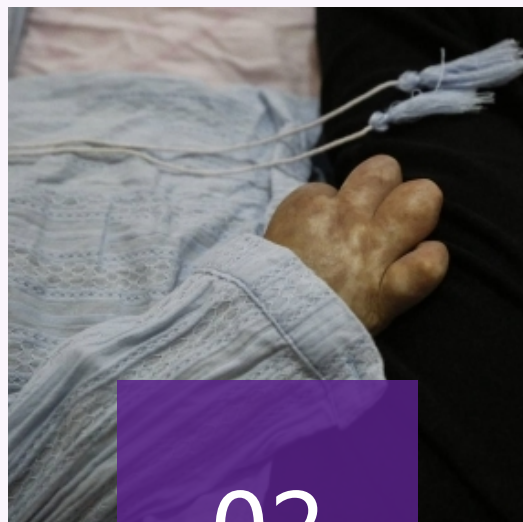
恢复期护理要点



01

促进肢体功能恢复

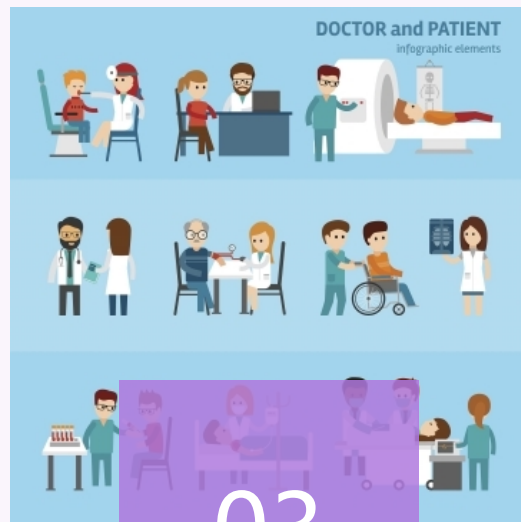
协助患者进行肢体功能锻炼，防止肌肉萎缩和关节僵硬。



02

语言训练

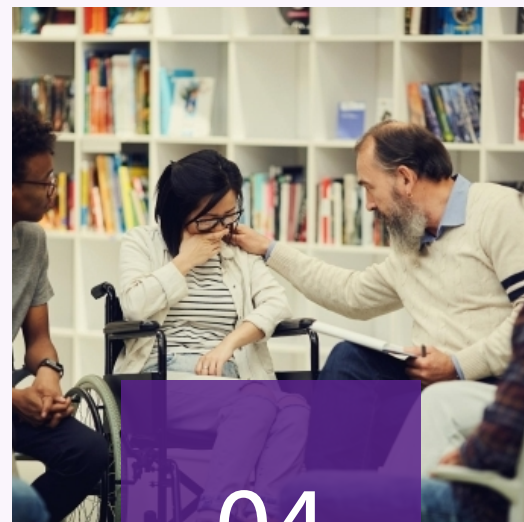
鼓励患者多说话，进行语言训练，促进语言功能恢复。



03

心理护理

关注患者心理变化，给予心理支持和鼓励，帮助患者树立信心。



04

饮食指导

给予低盐、低脂、高蛋白、高维生素饮食，避免辛辣刺激食物。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/297153125014006065>