

## 创伤性损伤后颅内血肿清除术患者 1 例护理

孙元元

上海市同仁医院 上海

**【摘要】**现阶段,随着我国交通业、工业等多项事业的不断发展,各种事故的发生率也随之增加,导致多种创伤性疾病的发生率出现升高,其中最常见则属于创伤性颅脑损伤。该病极易出现继发性病变,如颅内血肿,严重威胁患者生命安全,因此需要采取积极的干预措施。对于颅内血肿患者以血肿清除术为主要的治疗方式,其可以有效清除血肿,消除对脑组织的压迫,但是,虽然其存在良好的治疗效果,但是术后极易出现多种并发症,如颅内压升高等,若未及时治疗,不但会增加患者痛苦,而且也会影响疾病治疗效果,因此需要对其积极干预,进而保证患者生命安全的同时确保其临床疗效。本文主要分析 1 例该类患者术后从多方面对其可能出现的并发症进行护理,且获得良好的干预效果,如下。

**【关键词】**颅内血肿清除术后; 护理; 手术; 并发症

**【收稿日期】**2024 年 2 月 15 日

**【出刊日期】**2024 年 3 月 20 日

**【DOI】**10.12208/j.cn.20240110

### A patient undergoing intracranial hematoma removal after traumatic injury

Yuanyuan Sun

Shanghai Tongren Hospital, Shanghai

**【Abstract】** At the present stage, with the continuous development of China's transportation and industry in China, the incidence of various accidents also increases, resulting in the incidence of a variety of traumatic diseases, among which the most common belongs to traumatic brain injury. The disease is highly prone to secondary lesions, such as intracranial hematoma, which seriously threatens the life safety of patients, so active intervention measures are needed. For patients with intracranial hematoma with hematoma removal as the main treatment, it can effectively remove hematoma, eliminate the oppression of brain tissue, however, although its good treatment effect, but easy to postoperative complications, such as elevated intracranial pressure, if not timely treatment, not only will increase the pain in patients with, but also affect the disease treatment effect, so need to active intervention, to ensure the safety of patients' life and to ensure its clinical curative effect. This paper mainly analyzes the postoperative care of the possible complications, and obtains a good intervention effect, as follows.

**【Keywords】** Intracranial hematoma removal; Nursing; Surgery; Complications

脑出血患者满足绝对手术指征即需要手术治疗,常用手术方法有神经内镜治疗、高血压脑出血微创术等,围术期加强护理对患者恢复效果尤为关键。

颅内血肿<sup>[1]</sup>是颅脑损伤中最多见、最严重、可逆性的继发性病变,发生率约占闭合性颅脑损伤的 10%和重型颅脑损伤 40%~50%,由于血肿直接压迫脑组织,引起局部脑功能障碍及颅内压增高,若未及时处理,可导致脑疝危及生命。颅内占位病变导致颅内压增高到一定程度时,颅内各分腔之间的压力不平衡,脑组织从高压区向低压区移位,部分脑组织被挤入颅内生理孔隙中,导致脑组织血管及颅神经等重要结构受压和移位,

出现严重的临床症状和体征,称为脑疝。它是颅内压增高的危象和引起死亡的主要原因。2023 年 7 月,我院收治 1 例创伤性损伤后患者。

因病情复杂,先后出现脑疝、脑出血、肺部感染等并发症,立即以外科手术、抗凝、抗感染等治疗,经过及时治疗和鑫心护理,患者原发病得到控制,转康复医院诊疗。现将护理报告如下。

#### 1 临床资料

患者,男性,53 岁,2023-7 月 23 日交警代诉患者入院前 2 小时不慎不慎被车撞倒,头胸部撞伤,当时即昏迷不醒,头面部少量出血。恶心呕吐出少量胃内容

物。具体受伤情况不详。120 送至我院急诊，急诊给予查头颅 CT 提示左侧额颞顶部、大脑镰旁、右侧颞部硬膜下血肿；双侧额叶、左侧颞叶脑挫裂伤可能大，蛛网膜下腔出血；中线局部右偏。肋骨 CT 示右侧多发肋骨骨折，右侧血气胸（压缩约 20%~30%）；右肺局部挫伤可能大。

右侧胸壁软组织多发肿胀、积气。T12 椎体陈旧骨折可能。胸外科会诊予以肋骨固定带固定。体温：36.7℃ 脉搏：67 次/分呼吸：14 次/分 血压：195/92mmHg，身高 1.7M 体重 70KG，BMI -24.2kg/血型 O 型 RH (D) 阳性，入院后住院诊断：①创伤性急性硬膜下出血 ②创伤性脑疝 ③脑挫伤 ④创伤性蛛网膜下腔出血 ⑤右颅底骨折 ⑥右多发性肋骨骨折 ⑦右肺挫伤 ⑧右血气胸。完善相关检查后，在全麻下行颅内血肿清除术、去骨瓣减压术、ICP 管植入术，术后带管入监护室，GCS 评分 6 分，双侧瞳孔 0.2CM，对光反射迟钝。当日行胸腔引流管，7 月 25 留置 PICC 管，7 月 26 日气切接呼吸机（压力 SIMV/F14-60%5peep），气囊压力为 30cmH<sub>2</sub>O。7 月 30 日拔除硬膜外引流管及 ICP 管。2023-07-23 11:00 收到危急值：2023-07-23 10:55:37：钾，2.46 mmol/L，↓（危急值）；处理：补钾后复查血电解质。7.23 心电图：1）窦性心动过缓 2）T 波改变（II，v4-v6 负正双向，III，avF 浅倒）。7-24 颅脑 CT：左侧额颞部术后改变、双侧额颞部脑挫裂伤伴出血，右侧额顶部、颞部硬膜下血肿，蛛网膜下腔出血。右侧多发肋骨骨折、气切、PICC 置管术后。对症治疗中，转院进一步康复治疗。

## 2 对症护理

以个性化与系统化的护理方法为内容，按照患者的实际情况，分步开展，进而产生良好的循环效果，使患者的不良情绪与心理状态得到有效改善<sup>[2]</sup>。

### 2.1 急性/慢性意识障碍

每小时监测并记录生命体征、GCS 评分、瞳孔。抬高头部 15-30°，取半卧位（昏迷体位）或侧卧位；避免前屈、过伸、侧转，各种护理操作应尽量轻稳、仔细，以免刺激病人而引起颅内压剧烈波动。颅脑损伤病人因出血、水肿等原因必然导致病人颅内压增高，危及生命。因此，患者通过药物降低颅内压。对于颅脑损伤术后病人，结合患者意识、生命体征可以预测是术后出血还是脑水肿，一般颅术后出血易发生在 24 小时内，脑水肿一般在术后 48~72 小时达高峰，因此，在术后 3 天之内监测颅内压很有意义。手术患者采用循证护理干预，可使患者的手术时间与术后康复时间明显缩短，

减轻焦虑与抑郁情绪，降低并发症发生率，促使其生活自理能力与生活质量显著提高<sup>[3]</sup>。

### 2.2 伤口护理

伤口拆线后，如伤口愈合好 2 周可以洗头。动作轻柔，避免抓破切口。去骨瓣患者，注意局部保护，外出戴帽，避免去公共场所，以防发生意外，未感染伤口，出院后 3 个月可来做颅骨修补术。术后如有切口感染，则半年后修补。

### 2.3 体温过高

给予物理降温。及时擦干汗液更换汗湿的衣服和床单，保持皮肤清洁干燥，患者流汗过多时要注意防止脱水，补充水分满足机体需要。加强对体温的动态观察。必要时遵医嘱给予解热镇痛药物。控制中枢性高热，颅脑损伤病人往往累及丘脑体温调节中枢，中枢性高热的发生率很高，势必进一步加重脑损害。室温保持在 22-24℃ 为宜，于高热病人的头部等部位放置冰块及使用冰毯注意皮肤情况，保护细胞膜，减轻脑水肿。

### 2.4 气道护理

保持呼吸道通畅，每 2 小时翻身一次，翻身时要叩背，预防坠积性肺炎。及时清除呼吸道和口腔分泌物，Q2h 吸痰，呼吸机辅助通气时予以 24h 气道湿化保持正常通气，确保有效供氧。定时做血气分析，动态观察血氧分压及二氧化碳分压，有的放矢的指导呼吸管理。

### 2.5 颅内压增高综合急救护理

严密观察意识、瞳孔、SpO<sub>2</sub>、GCS、生命体征，观察有无颅内高压的临床表现；一旦发现颅内压增高迹象，立即采取降颅内压措施；体征是否有“二慢一高”表现；瞳孔改变。评估颅脑损伤程度，是否出现休克、脑疝。检查身体各部位有无合并伤，对全身伤情作出全面的、准确的估计。建立和保证静脉通路，遵医嘱正确、及时用药。保持呼吸道通畅，及时清除呼吸道分泌物，给予氧气吸入。一旦出现脑疝现象，立即给予脱水治疗降低颅内压，确诊后尽快手术去除病因。

2.5.1 急救配合建立有效静脉通路，遵医嘱快速静脉输注脱水剂，如 20%甘露醇。对呼吸骤停者，在迅速降低颅内压的基础上按心肺复苏技术进行抢救，给予气管插管，呼吸支持。迅速清除呕吐物及呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅，保证氧气供给。防止窒息及吸入性肺炎加重缺氧。监测生命体征变化，维持血压稳定，从而保证颅内压的血液灌注量。

### 2.6 并发症护理

护理人员的护理服务技能显著提高，还可以强化

患者的自我保护意识,促使患者的临床效果显著提升,还可以减少并发症的出现<sup>[4]</sup>。

2.6.1 获得性肺炎导管评估,医护人员严格执行手卫生掌握手卫生指征,气切套管每月更换、每班监测气囊压力、口护使用口泰 Q6H、床头抬高 30-45° C、每日评估异常送检验及早拔管。

2.6.2 导尿管相关血流感染导管评分,警示标志,标识。妥善固定,及时评估,女病人固定大腿内侧、集尿袋低于膀胱水平、应距地面 15CM 以上、导管两周更换一次、集尿袋每周更换一次、每日评估异常送检验,尽早拔管。

2.6.3 血栓。鼓励卧床患者进行床上肢体活动,病情允许时需协助早期下地活动和走路。利用机械作用、应用下肢间歇序贯加压充气泵等促进下肢静脉血液回流。血栓形成危险性明显的患者,应指导患者按医嘱使用抗凝剂,防止血栓形成。肺栓塞急性期应绝对卧床休息,一般卧床时间应在充分抗凝的前提下卧床 2~3 周;严禁挤压、按摩患肢,防止血栓脱落,造成再次肺栓塞。肺动脉栓塞:若病人出现胸痛、呼吸困难、血压下降等异常情况,提示可能发生肺动脉栓塞,应立即嘱避免作深呼吸、咳嗽、剧烈翻动,同时给予高浓度氧气吸入,并报告医生,配合抢救。患者被动卧位中,注意保护皮肤,按摩,使用水枕等预防受压部位压疮的发生。Q2H 翻身拍背、受压处使用优洁及赛福润。

2.6.4 误吸:床头抬高 30-45 度、使用鼻饲泵匀速治疗、吸痰前后暂停鼻饲。

2.6.5 窒息:痰气道堵塞、静脉使用化痰及雾化吸氧、加强气道湿化。

2.6.6 导管滑脱 脱管超过 1 周有窦道,立即医嘱重新置管。

## 2.7 专科护理

卧位:床头抬高 15-30°,有利于颅内静脉回流,减轻充血性脑水肿。翻身时头部避免剧烈移动,以防引起脑组织移位,诱发,加重脑疝。对大便秘结者,遵医嘱用开塞露纳肛或口服缓泻剂;有尿潴留者,留置导尿管,并实施留置导尿护理,避免出现尿路感染,保证患者安全。

2.7.1 ICP 升高时,护士必需明确原因。ICP 过低时,注意观察是否引流过度,可调节床头高度或在医生允许下适当抬高引流管的高度,防止脑疝发生。体位护理:患者均应取头高 30-45° 自然体位。以利脑部静脉回流,减少脑组织耗氧量,从而减轻脑水肿,降低颅内压。术后为预防患者褥疮的发生定时给予翻身拍背,

应有人扶住头部使头颈部成一直线,防止头颈部过度扭曲或震动,切勿压着引流管及伤口。严格无菌操作为防止引流装置的感染,脑室引流装置应始终保持无菌。每天更换伤口敷料,保持敷料清洁、干燥。更换前夹闭引流管,以防止脑脊液逆流入脑室,引起感染。

## 2.7.2 胸腔引流管的护理

(1) 观察引流管是否通畅:病人呼吸时引流管内的液面是否有波动;引流量的刻度每隔一定的时间是否有所增多;(2) 定时挤压引流管:方法是双手从近端至远端挤压引流管;(3) 保持引流通畅:引流管不可受压、扭曲、折叠避免牵拉引流管或使引流管扭曲。

## 2.8 健康指导

按时服药,切忌自行停药。加强营养,多摄入高蛋白、易消化食物;忌油腻、辛辣、刺激性食物。适度进行康复锻炼,提高机体免疫能力。颅脑损伤如引起失语或发音障碍者,坚持训练,恢复功能。确保围术期护理顺利进行,同时配合康复护理,对患者肢体进行主动训练,增强肢体活动能力,进而改善患者神经功能,提高生活自理能力<sup>[5-6]</sup>。

## 3 小结

临床通常护理方法仅对可满足患者的基本需求,导致其在临床上的应用受到限制<sup>[7]</sup>。术后护理,利于患者脑静脉回流,减轻脑水肿,保持引流管通畅,并实时观察引流量、引流液情况,根据患者意识恢复情况协助其进行早期活动,并进行饮食、运动的相关指导,可提高护理人员工作效率、服务质量,进而达到促进患者早日康复的目的。实施精准化对症护理的基础上,加强与家属之间沟通,增强护患信任是患者康复的重要举措。

## 参考文献

- [1] 李娟,无缝隙护理对脑出血手术患者运动功能及神经功能的影响[B].基层医学论坛,2021,25(18):2660-2661.
- [2] 薛瑶琴,叶春游.综合护理干预对神经外科高血压脑出血手术患者的护理效果评价[J].中外医学研究,2020,18(3):81-83.
- [3] 李晓雪,循证护理干预对高血压脑出血手术患者护理满意度及生活质量的改善作用.临床护理,2020,18(32):154-156.
- [4] 么艳梅.全面护理干预在高血压脑出血手术治疗患者中的应用[J].光明中医,2020,35(11):1731-1733.
- [5] 刘墨,李小侠,王媛媛.细节护理干预在脑出血手术患者

- 中的应用.保健医学研究与实践,2022,19(3):67-70.
- [6] 郑淑香,邓肖莲,贺乐.细节护理在产科护理管理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(5):158-160.
- [7] 罗彩云,黄玉媚,邓永仪.急性高血压脑出血手术治疗急救的护理干预效果探究[J].智慧健康,2020,6(6):74-75.
- [8] 张静,郭东波,李梦方.KTH 联合式护理干预在行颅内血

肿清除术治疗脑肿瘤术后出血患者中的应用效果[J].临床研究,2023,31(7):157-160.

**版权声明:** ©2024 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**OPEN ACCESS**