

颅内血肿微创清除术治疗 290 例高血压性颅内血肿的护理体会

刘克芳 李 静 刘 娟 孙 倩 沈巧萍

(江苏省连云港市第一人民医院神经外科手术室, 连云港 222002)

中图分类号: R651.1⁺5; R472.3

文献标志: B

文章编号: 1009-6604(2007)07-0704-01

高血压性颅内血肿患者具有起病急,病情重,病程复杂,预后差等特点,发病后 1 个月的病死率为 32.0%~55.0%,而且一半以上死于 48 h 以内,存活的患者中常留下严重后遗症^[1]。2000 年 8 月~2006 年 8 月,我们对 290 例急性高血压性颅内血肿,在 YL-1 型颅内血肿穿刺针微创钻颅血肿穿刺抽吸引流手术前后,加强护理,取得满意的效果,现总结如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 290 例,男 165 例,女 125 例。年龄 39~76 岁,(60.8±13.2)岁。290 例入院时均行颅脑 CT 检查,血肿量 65~110 ml,(75.1±15.4)ml。血肿部位:丘脑内囊型 135 例,破入脑室 50 例;壳核囊型 75 例,破入脑室 15 例;丘脑内血肿 60 例,破入脑室 40 例;脑叶出血 20 例。入院时意识状态:清醒 25 例,嗜睡 105 例,浅昏迷 60 例。病程 8 h~5 d,其中 4~24 h 100 例,1~3 d 180 例,5 d 10 例。

1.2 方法

1.2.1 术前、术中护理 保持呼吸道通畅,给氧,监测血压、呼吸、体温、神志、瞳孔等体征和血氧饱和度、心电图的变化。完善术前检查,建立静脉通道,脱水降颅压,镇静止痛。根据不同部位的出血,配合医生调整好体位。向患者及家属说明治疗的效果及配合要点,取得理解与配合。常规头部备皮。手术中准备利多卡因、生理盐水、胆红素、尿激酶、穿刺针及电钻,灭菌穿刺包、无菌手套、引流袋、注射器。

1.2.2 术后护理 术后患者取平卧位,头部抬高 15°~30°,并保持头偏向一侧,防止误吸。为防止患者拉扯引流管,必要时用约束带约束双手,旁边加护栏。室温控制在 18~23℃,湿度 50%~60%,保持空气新鲜、安静、整洁,限制人员探视。吸氧、心电监护,血压控制在(109~150)/(71~90) mm Hg,防止血压过低引起脑血流量灌注不足,加重脑缺血、脑水肿。常规头部置冰枕,减轻脑水肿。每 2 h 观察意识瞳孔状态并记录,如有异常及时报告医生并协助处理。保持引流管周围清洁干燥减少污染机会,翻身及护理操作时避免牵拉引流管。注意引流情况,观察引流液的性状、量和引流物的引流速度,观察引流管是否脱落,如注入尿激酶则根据病情在医生的指导下开放引流管,调整引流管的高度,定期更换引流袋。观察是否有脑脊液外漏。

1.2.3 加强基础护理,每日用口腔净行口腔护理 2 次。留尿管者行会阴擦洗,呋喃西林膀胱冲洗 2 次/d。加强皮肤护理,可用气垫床、温水擦浴、翻身拍背、局部按摩,以防褥疮的发生。不能进食者以鼻饲流质供给营养,流质需现配现用。

1.2.4 康复指导 术后 24 h 开始肢体功能锻炼,量由少到多,由被动到主动。术后 1~2 周,意识清醒,生命体征平稳者,可鼓励自行翻身、站立及肢体的主动训练,下床锻炼时由两人搀扶,以防跌伤,活动时以不疲劳为度。嘱患者多吃粗纤维饮食,保持大便通畅,避免大便秘结。让家属参与患者康复锻炼,减轻患者的焦虑和孤独感,增强康复信心,保持情绪稳定,避免情绪激动增加再出血的可能。

2 结果

妥善护理引流管并保持引流管周围清洁干燥,无切口感

染病例。213 例神志、瞳孔恢复正常;19 例呈植物生存状态;58 例无亡。79 例引流液有继续出血倾向,及时报告医生,41 例抢救成功,38 例抢救无效死亡;235 例并发肺部感染,经加强呼吸道护理,217 例得到有效控制,脑疝死亡 18 例;2 例消化道出血死亡。

3 讨论

颅内血肿的预后与多种因素有关,任何一种并发症都会加重病情、提高死亡率和致残率^[2]。颅内血肿微创清除术引流管的护理,重点在于如何保持引流管的通畅,引流第 1 天是观察的重点,要经常检查引流管有无堵塞现象,若有则及时处理。特别是脑血管意外昏迷的患者,常有烦躁不安的表现,容易使引流管脱落或曲折而引流不畅。对这类患者除约束固定外,护理人员要经常巡视检查,为患者更换体位时,要先处理好引流管后再搬动患者,以确保引流通畅、引流袋处于最佳引流位置。

颅内血肿的护理工作应得到家属的配合,密切观察病情的变化,尤其是意识状态、血压、呼吸、瞳孔的突然变化往往提示病情的变化。对神志清醒的患者,做好术前宣教,使患者减少恐惧心理,以利术中配合、术后活动和固定。对于昏迷患者,则向其家人做好解释工作,并指出在引流过程中要观察的内容、异常表现,使家人心中有数,主动配合护士工作。

微创血肿引流手术能有效地引流血肿,降低颅内血肿的死亡率,缩短平均住院日^[3],但该手术最大的弊端是不能有效地止血^[4]。因此,再出血死亡的发生率较高,再出血的征象为:意识状态突然加重、瞳孔变化、呼吸急促或转为潮式呼吸、血压突然明显升高或降低、通畅的引流管变得不通畅或有大量的鲜血流出、肢体瘫痪加重等。故不仅要做好常规护理,更要注意并指导家属密切观察病情的变化,如有再出血的发生则可以赢得抢救时间和时机。

由于不同血肿患者引流的原理不同,因此护士要严格执行床前交接制度,每班护士要掌握患者的引流方法和特殊要求,防止因护理不当发生护理差错和事故。引流管的护理至关重要,引流物的性状是窥见颅内血肿变化的窗口,要根据病情和引流状况及时调整引流袋的高度。

参考文献

- 1 Broderick JP, Adams HP, Barsan W, et al. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: a statement for A special writing group of the stroke council, American Heart Association. Stroke, 1999, 30(4): 905-915.
- 2 李昌娟, 罗秀金. 急性颅内血肿床旁颅内血肿微创清除术的护理. 护士进修杂志, 2001, 9(16): 667-668.
- 3 王秋生, 万经海. 穿刺引流治疗自发性脑出血 122 例报告. 中国微创外科杂志 2004, 4(2): 166-167.
- 4 殷小平, 张新江, 姜亚平, 等. 颅内血肿颅内血肿抽吸引流治疗的现状. 国外医学·脑血管病分册, 2002, 10(1): 40-42.

(收稿日期: 2006-06-08)

(修回日期: 2006-08-28)

(责任编辑: 李贺琼)