

脑出血术后并发症 85 例护理体会

王玉萍

[摘要]目的:探讨脑出血术后并发症的护理与对策。方法:对 85 例脑出血术后并发脑疝、肺部感染、发热、再出血、上消化道出血、高血糖给予及时治疗,并结合患者的实际情况制定护理措施。结果:治愈 40 例,好转 18 例,未愈 13 例(包括自动出院和植物状态),病死 14 例。结论:脑出血术后并发症患者给予实施及时有效的治疗及科学护理,对提高疗效有着重要意义。

[关键词] 脑出血; 外科手术; 并发症; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 743.34

[文献标识码] A

脑出血的原因主要有外伤导致的脑出血和高血压脑出血 2 种,外伤性脑出血大多数是因为车祸、高处坠落等。近年来,高血压脑出血的手术治疗广泛开展,由于发病急、患者年龄高且常伴有其它疾病,术后并发症较多,病死率高,因此,及时有效的治疗及科学护理、预防并及时处理并发症对提高本病的治疗效果有着重要意义。2008 年 5 月至 2010 年 8 月,我科收治脑出血患者出现术后并发症 85 例,现将其护理作一报道。

1 临床资料

本组男 56 例,女 29 例;年龄 17~81 岁。均经 CT 证实为脑出血,其中高血压脑出血 38 例,外伤脑出血 47 例。术后并发症:脑疝 6 例,颅内再出血 10 例,发热 35 例,肺部感染 17 例,上消化道出血 12 例,高血糖 37 例。本组治愈 40 例,好转 18 例,未愈 13 例(包括自动出院和植物状态),治愈好转率为 68.2%;病死 14 例,病死率为 16.5%。

2 护理

2.1 脑疝的护理 我科利用多功能中心监护仪 24 h 监测患者的生命体征,每 30 min 观察引流管的位置、高度、是否通畅和引流量、颜色及其性质等,发现引流速度慢时及时处理,防止堵塞后引起颅内压急剧升高发生脑疝。同时密切观察患者的意识、瞳孔及生命体征的变化,如患者出现昏迷进行性加重、血压居高不下、反复癫痫发作、呕吐、烦躁、鼾声呼吸加重,均提示可能为脑疝先兆。如果病情继续加重,并出现一侧瞳孔忽大忽小或先缩小或后散大,光反

射迟钝并逐渐消失,即提示发生了脑疝;随着脑疝的加重导致对侧动眼神经受损,会出现双侧瞳孔散大、光反射消失。协助医生抢救,应用降颅压药物,保持引流管通畅等处理。

2.2 肺部感染的护理 患者因意识障碍、长期卧床、抵抗力低下、体质虚弱、咳嗽无力,口腔内的分泌物、呕吐物易吸入呼吸道,各侵入性操作后呼吸道防御功能低下,细菌易侵入下呼吸道,引起肺部感染^[1]。对于气管切开患者应做好气道湿化,如痰液增多并伴有体温升高,应考虑发生肺部感染的可能,及时行胸部 X 线片,痰液培养,应用敏感抗生素。加强呼吸道管理、口腔护理,防止胃液反流,保持呼吸道通畅。

2.3 发热的护理 脑出血术后发热一般是中枢性高热,主要与脑出血后脑水肿压迫或下丘脑体温调节中枢功能紊乱有关,表现为突然持续性高热,体温一般在 39~41℃,甚至达 42℃,皮肤干燥无汗,应用抗生素无效,常规的物理降温与药物降温效果也欠佳^[2]。因此,对于术后病情较重或发病时即昏迷的患者,早期给予冰帽控制脑部温度在 28~30℃,以降低脑细胞代谢和氧耗,防止或减轻脑水肿。当体温 >38℃ 时,同时在颈部、腋下、腹股沟大血管处放置冰袋,或用 32~36℃ 温水擦浴,必要时应用控温冰毯亚低温疗法。做好基础护理,及时补充水分、电解质,加强营养。

2.4 术后再出血的护理 术后出现中间清醒期,患者突发剧烈头痛、烦躁、喷射性呕吐、血压升高而脉搏减速,高颅压危象,癫痫,术后再次出现偏瘫、失语、一侧瞳孔散大等神经系统定位体征,脑室引流量突然增多是术后再出血的特征表现。术后严密观察患者意识状态、瞳孔的变化、生命体征改变和引流情况,避免过度躁动等使颅压升高的危险因素。保持正确的卧位,颅脑手术后 2~3 d 取平卧位,减轻腹

[收稿日期] 2010-08-16

[作者单位] 安徽省怀远县人民医院 ICU 233400

[作者简介] 王玉萍(1972-),女,主管护师。

压,保持大小便通畅。严格掌握引流袋的高度,脑室外引流的高度距侧脑室平面10~20 cm为宜。加强基础护理,定时协助翻身拍背,动态监测体温。

2.5 上消化道出血的护理 严密观察生命体征变化,对不能进食、昏迷的患者应及早留置胃管,早期胃肠内营养。消化道出血时早期应用H₂受体阻滞剂,应禁食,持续胃肠减压,严密观察血压、脉搏的变化,防止隐性出血发展成为消化道大出血。出血严重时,胃内注入云南白药、去甲肾上腺素等,必要时可补充新鲜血液,并全身使用止血药。消化道出血停止后可给予温凉、无刺激性、偏碱性的食物,以缓冲胃酸,减少胃酸对胃黏膜的刺激^[3]。

2.6 高血糖的护理 对于高血糖可采取胰岛素治疗,使血糖控制在正常范围,减少各器官的进一步损伤,降低危重患者的并发症和病死率。胰岛素治疗不仅可以控制血糖还可以相应地改善机体的免疫功能,降低感染的发生率,从而改善预后。在应用胰岛素治疗的过程中,应密切监测血糖,避免发生低血糖和高渗性昏迷。脑出血术后发生低血糖>6 h会加重脑组织缺血、缺氧、脑水肿的恶性循环进程,可导致不可逆的脑组织损害。因此,在应用胰岛素时应密切观察病情变化,发现患者面色苍白、心悸、出汗、呼吸浅快、血压下降、脉搏细数,提示有低血糖征象,应立即报告医生应用胰岛素,纠正低血糖。由于高血糖引起的高渗性脱水 and 进行性意识障碍,无明显的酮症酸中毒。临床表现为脱水及神经系统症状,如舌干唇裂、皮肤弹性减低、眼球凹陷、震颤、局限性或全身性癫痫样抽搐,有别于颅脑损伤所致的昏迷^[4]。护理人员应密切观察,如出现原发病不能解释的意识障碍加重同时伴有上述症状,应高度警惕高渗性昏迷的发生。

3 讨论

脑出血的术后并发症多,治疗和护理是一项复杂而细致的工作,技术性和科学性很强,牵涉面很广,采取有效的防治护理措施,控制病情,降低致死率及病死率,对促进患者术后康复,提高生存质量有重要意义。

脑疝的形成除主要与原发病局部占位效应及脑水肿有关外,还与大量出血、脑室内形成血肿铸型、阻塞第三、四脑室,造成急性梗阻性脑积水,引起颅内压急剧升高有关。因此,保持引流管通畅,降低颅内压是防止脑疝形成的关键。肺部感染和发热是脑出血最常见的并发症,必须给予及时的治疗和相应的护理。术后再出血多发生于术后24~48 h,是术后早期的主要并发症。早期发现、及时二次手术清除血肿多能挽救患者生命,本组再出血病死10例,是再出血后形成血肿,短期内形成脑疝导致死亡。消化道出血多发生于2~14 d内,多由于脑出血引起胃酸大量分泌,造成胃黏膜急性损伤、出血、糜烂,进而导致应激性溃疡所致。表现为解黑便、胃内抽出咖啡色胃液,同时有血压下降,脉搏增快。本组消化道出血12例。出现不明原因的高热、腹胀、肠鸣音亢进,应警惕消化道出血的可能,及早通知医生,做好相应的处理。脑损伤期间高血糖反应可加重脑继发性损伤,影响中枢神经的恢复,故血糖可作为重型脑出血预后判断的独立指标^[5]。患者在重度脑出血后血糖越高预后越差,血糖增高持续时间越长,继发性脑损伤加重越明显。所以控制血糖至关重要。另外,患者术后大多遗留不同程度的肢体及语言功能障碍,在康复期间向患者及家属解释康复原理,使患者树立康复信心,为其回归社会创造条件。

[参 考 文 献]

- [1] 徐军,张天华.呼吸机相关肺炎的监测及护理[J].护理与康复 2004,3(1):18-19.
- [2] 周娅,张雪芹,董凤仙.85例重症脑室出血侧脑室引流术后脑并发症患者的护理[J].中华护理杂志,2006,41(6):502-503.
- [3] 李庆之.高血压脑出血术后并发消化道出血54例分析[J].中国误诊学杂志 2007,7(15):3607-3608.
- [4] 吴丽仙,刘彩霞,钟爱武.42例重型颅脑损伤患者胰岛素强化治疗的护理[J].中华护理杂志 2006,41(10):896-897.
- [5] 杨海贵,张维涛,杜宏瑞,等.胰岛素治疗重型颅脑损伤高血糖反应观察[J].中华神经外科疾病研究杂志 2005,4(1):73-74.

(本文编辑 姚仁斌)