

# 颅脑外伤患者营养支持及护理新进展

覃燕群

广西医科大学第七附属医院 神经外科, 中国·广西 梧州 543000

**【摘要】** 颅脑外伤一般指发生在头颅部的外伤, 是一种常见的损伤, 多以坠落伤或撞伤多见, 部分损伤由击打伤造成, 在全身各处的损伤中最为严重, 既有可能损伤脑部组织和神经。临床中颅脑外伤患者一般采用清创术进行治疗, 但术后还应为患者提供对症护理干预, 可以起到预防感染、促进神经功能康复的效果。同时应为患者提供营养支持, 改善患者身体机能, 提高临床治疗效果。本研究主要探究营养支持及护理干预对颅脑外伤患者的临床效果。

**【关键词】** 颅脑外伤; 营养支持; 护理干预; 临床治疗效果

颅脑外伤多由于钝器伤、锐器伤、坠伤或跌伤导致, 可以导致患者软组织损伤、颅骨损伤或颅内组织损伤<sup>[1]</sup>。如不能及时处处理, 将会导致患者出现颅内感染的情况, 颅内感染如果处理不当, 不但增加治疗费用, 同时会加重患者神经功能损伤的情况, 对患者的生命安全造成严重的威胁<sup>[2]</sup>。同时颅脑外伤严重的患者, 将会出现昏迷的情况, 影响部分患者进食情况, 导致患者失去摄取营养的能力, 影响身体代谢功能<sup>[3]</sup>。

## 1 营养支持

颅脑外伤患者, 由于机体功能改变, 导致患者基础代谢增加, 身体能量消耗增加, 同时受身体代谢紊乱等要素的影响, 导致患者出现营养不良的概率升高<sup>[4]</sup>。如果患者不能尽早进行营养补充, 将会导致患者身体免疫能力下降, 影响患者康复效果<sup>[5]</sup>。因此, 为加快患者恢复效果, 应尽早为患者提供营养支持, 为患者提供营养补充。在为患者提供有效的营养支持时, 应通过膳食状况、临床检查、人体测量和实验室检查四个维度对患者进行评估, 为患者制定营养支持计划<sup>[6]</sup>。同时可以采用肠外营养支持方式, 以免患者发生误吸、呼吸道窒息和呼吸道感染等并发症<sup>[7]</sup>。肠外营养支持一般需要包括糖类、蛋白质、脂肪、氨基酸、维生素、无机盐和微量元素, 需要依据评估情况为患者提供营养物质<sup>[8]</sup>。同时, 利用患者体重、BMI指数计算患者体内所需的蛋白质、糖类物质含量。在营养液配备过程中应注意无菌操作, 最好选择3L输液袋, 避免多次更换输液袋, 减少污染的概率。在营养液输注过程中, 应尽量避免与其他药物同时进行, 如抗生素、止血剂、强心剂等, 应通过另外静脉途径输入, 避免相互影响治疗效果<sup>[9]</sup>。

### 1.1 营养评估

医护人员利用营养风险筛查表, 对患者病情的严重程度、营养状态受损情况和年龄情况进行评估, 患者分数大于等于3分, 存在营养风险, 需要进行营养干预; 患者分数小于3分, 每周定期对患者进行复查, 若复查结果大于等于3分, 则需要进行营养支持<sup>[10]</sup>。医护人员根据患者情况, 选择营养支持途径, 对于无吞咽能力患者, 可以通过鼻胃管或静脉注射方式进行营养支持; 对于不伴随吞咽困难的患者, 可以采用常规口咽方式进行营养支持<sup>[11]</sup>。鼻胃管或常规口咽方式均可以达到营养支持的目的, 改善患者营养状态<sup>[12]</sup>。

### 1.2 营养支持原则

医护人员根据《中国居民膳食指南》和《中国食物成分表》为患者制定饮食计划, 患者每日摄入能力=25kcal/kg(根据身高推算理想体重)。在制定饮食计划时, 在不影响患者病情的条件下, 尽可能依照患者的饮食习惯, 提高患者饮食的顺应性, 改善患者心理状态, 增强患者食欲, 保证每日营养摄入量<sup>[13]</sup>。日常生活中, 粮食类食物可以保证患者每日热量的来源, 主要占能量供给的六

成到七成, 占膳食总量的三成到四成<sup>[14]</sup>。在患者机体处于高消耗的状态, 需要为患者提供充足的蛋白质, 蛋白质含量应占食物的五成以上, 可以减少机体组织的分解。应在日常饮食中增加含钙食物的供给量, 保证患者机体中钙的含量<sup>[15]</sup>。同时保证患者每日摄入充足的蔬菜和水果, 由于蔬菜、水果是维生素、无机盐和膳食纤维的主要来源, 保证蔬菜摄入在400克以上, 其中绿色蔬菜应不低于200克以上, 水果摄入应在100克以上, 共占膳食总量的四成。而油脂类食物主要为患者提供热量, 可以促进脂溶性维生素的吸收, 为患者提供不饱和脂肪酸, 约占膳食总量的一成到两成。适当增加盐的摄入, 以预防低钠血症的发生。通过平衡颅脑外伤患者膳食平衡, 为患者提供营养支持, 改善患者身体状态。

### 1.3 辅助营养支持

在对患者进行营养支持的同时, 了解患者自身情况, 对于伴随其他症状的患者, 应加以辅助营养支持<sup>[16]</sup>。对于伴有腹胀便秘的患者, 可服用膳食纤维, 每天1到2次, 对于伴随低蛋白血症的患者, 增加服用乳清蛋白粉, 每日2次到3次<sup>[17]</sup>。对于伴随神经缺损严重的患者, 应加服含有藻油DHA和维生素B12的肠内营养剂, 减少对颅脑外伤患者的神经损伤。

### 1.4 营养支持方案调整

对于需要手术治疗的颅脑外伤患者, 在手术前后应及时调整患者营养支持的方案, 确保手术顺利进行, 并提高患者临床治疗效果。在患者进行麻醉前6小时到8小时期间, 患者可以进食米汤、清汤面、藕粉、围术期营养液等, 禁食高脂肪类固体食物、淀粉类食物和蛋白质脂肪类流食, 如肉类、油炸类食物、馒头、包子、饺子、面条、牛奶、肉汤、豆浆等不易消化的食物。在患者进行麻醉前2小时到4小时期间, 对于不伴随糖尿病的患者, 可以饮用200ml-300ml的温热营养液; 对于伴随糖尿病的患者, 可以饮用200ml-300ml的温水<sup>[18]</sup>。在患者手术结束后, 患者应禁食牛奶、豆浆、土豆等易产气的食物, 防止发生腹胀, 增加患者胃肠道负担。在患者正式实施营养支持后, 应每3天对患者进行生化指标检测, 观察患者前白蛋白、白蛋白、血红蛋白、血钠的指标, 及时为患者调整营养支持方案。

## 2 相关护理干预

### 2.1 生命体征监测

颅脑外伤严重患者会伴随意识障碍阶段, 护理人员在给予患者营养支持后, 需时刻关注患者生命体征, 如心率、呼吸、血压、血氧饱和度、血糖等, 并随时观察患者是否出现腹泻或呕吐的情况<sup>[19]</sup>。如发生意外情况, 护理人员必须及时查找原因, 对患者进行针对性处理。此外, 护理人员应对患者排便情况进行观察, 主要包括粪便颜色、形状、次数, 必要时, 应抽取患者胃液, 对胃液情况进行分析, 判断患者是否伴随胃出血的情况。对于已经出

现胃出血的患者,应及时为患者止血,避免造成贫血或营养吸收障碍,避免患者影响恢复效果<sup>[20]</sup>。

## 2.2 导管护理

护理人员必须强化对鼻饲管的护理,防止患者出现误吸、脱落、反流等不良反应。护理人员每天都需要检查导管固定的情况,注意鼻饲管是否出现扭曲或移位的状态,并每日定期更换敷料<sup>[21]</sup>。密切关注患者体温变化,当患者出现高热、寒颤而未发生其他感染源时,应注意是否出现导管性感染,应立即拔除导管,同时进行血培养及导管头端细菌培养和药敏试验,分析原因。对于易出现躁动的患者,可对患者进行适度的约束保护措施<sup>[22-25]</sup>。为预防患者导管出现堵塞情况,在给予营养支持前后,应采用30ml温水或生理盐水进行冲管,防止营养液残留,应控制在每4-6小时冲管一次。同时对患者皮肤进行消毒、擦拭,防止患者出现压疮的情况。

## 2.3 温度护理

护理人员应严格控制营养液的温度,如果营养液温度不适宜,将会对患者舒适度和营养支持的安全性造成不利影响。如果营养液温度高于40℃,非常容易造成肠黏膜损伤;如果营养液温度低于38℃,极易导致患者出现腹痛或呕吐,不利于患者身体康复<sup>[26-28]</sup>。为充分保证营养液温度适宜,应采用加温器对营养液实施恒温加热,确保营养温度适宜,同时需要护理人员对营养液进行妥善的保管,如目前没有输注计划,应将营养液放置在4℃环境下进行保存,同时保存时间不应超过24小时<sup>[29]</sup>。

## 2.4 体位护理和输注速度

在为患者进行营养支持时,应将患者床头持续抬高30度,保证患者舒适度,可以有效避免患者发生误吸。在对患者进行吸痰操作时,应暂停营养支持,在操作过程中动作应轻柔<sup>[30]</sup>。一旦出现误吸的情况应立即停止营养支持,及时清理气道内的吸入物,保持头低位及右侧卧位,密切关注患者呼吸道情况。同时,输注速度应由慢变快,在条件允许的情况下,可以采用营养输注泵控制输注速度,确保营养液顺利输注。

## 3 总结

总而言之,对于颅脑外伤的患者开展营养支持及相关护理,在护理过程中强化病情监测,以便尽早发现风险;强化导管护理,可以预防导管脱落或堵塞;强化营养液温度护理,防止患者出现不良反应;通过对体位和输注速度的控制,减轻患者不适感,避免反流和误吸等不良事件的发生。营养支持与护理干预相结合,可以帮助颅脑外伤患者恢复机体功能,提高恢复效果,值得推荐。

## 参考文献:

- [1]李秀婷,史莎,雷敏,祁素芬,鹿青.个体化营养支持对急性颈髓损伤合并颅脑外伤患者围术期并发症的效果研究[J].河北医科大学学报,2020,41(01):117-120.
- [2]杨婕,王昆鹏,周路琦,孟杰,闫丽娜,于森.颅脑外伤患者实施不同肠内营养方案的效果分析[J].现代医学,2019,47(12):1456-1461.
- [3]陈振.早期肠内营养对ICU重型颅脑损伤患者的免疫功能和监护时间的影响[J].中国医药科学,2019,9(24):229-232+240.
- [4]王海军.护理干预对重症颅脑外伤患者神经功能损伤的影响[J].中国误诊学杂志,2019,14(11):509-511.
- [5]吴新.分级护理结合肠内营养对重症颅脑外伤术后患者的干预效果[J].人人健康,2019(22):149-150.
- [6]黄志美.持续与间断肠内营养支持方式对颅脑外伤患者肠内营养耐受

性的比较分析[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(45):52.

[7]高鲁,李冲颖,刘飞,吴炳山,单明,程宏伟.早期肠内营养联合益生菌对重度颅脑外伤病人免疫功能的影响[J].安徽医药,2019,23(10):2047-2049.

[8]刘小娟,苏晓丽,李兴珍.分级护理模式联合肠内营养支持在重症颅脑外伤术后患者中的应用效果分析[J].心理月刊,2019,14(17):106.DOI:10.19738/j.cnki.psy.2019.17.091.

[9]赵姗姗.对重型颅脑外伤患者进行肠内营养支持护理的研究进展[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(21):12.

[10]陈娟.探讨优质护理在颅脑外伤患者中的临床应用效果[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(23):36+42.

[11]胡玲.以循证为基础的早期营养支持护理在ICU重症颅脑外伤患者中的应用价值[J].中国社区医师,2019,35(16):117-119.

[12]叶恩.颅脑外伤患者实施综合康复护理的效果[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(41):319-320.

[13]邓文斌,陈荣健,陈发球,林惠文,古机泳.重症颅脑外伤患者早期鼻肠管营养支持治疗的效果及并发症分析[J].临床医学工程,2019,26(05):643-644.

[14]陈艳培.早期颅脑外伤患者接受针对性护理模式的价值分析[J].现代诊断与治疗,2019,30(09):1579-1581.

[15]孙莎莎.分级护理模式联合肠内营养支持在重症颅脑外伤术后患者中的应用效果观察[J].中国医药指南,2019,17(07):281-282.

[16]林艳红.重型颅脑外伤患者早期肠内营养喂养不耐受的相关性研究进展[J].家庭医药.就医选药,2019(02):344.

[17]周永刚.整蛋白型肠内营养乳剂对颅脑外伤患者术后血糖的影响[J].现代实用医学,2019,31(01):92-93.

[18]王丽娜.不同肠内营养供给方式对重度颅脑外伤患者炎症因子及胃肠功能的影响[J].临床护理杂志,2018,17(06):71-74.

[19]李连芳.重症颅脑外伤患者早期鼻肠管营养支持治疗的疗效分析[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(99):109+112.

[20]陈雨秋.探讨早期肠内营养对重型颅脑外伤患者术后营养状况和并发症的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(46):43+63.

[21]王小早.优质护理干预应用于重度颅脑外伤患者恢复期的效果探讨[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(46):128+134.

[22]许娜.综合护理干预联合肠内营养支持对老年重症颅脑外伤患者术后颅内感染的影响[J].甘肃医药,2018,37(08):755-756.

[23]莫琴,林艳霞.基于营养风险评估构建肠内营养执行流程对颅脑外伤患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2018,24(14):87-89.

[24]姜雷,李超,刘琳琳,胡明森,李玲玉.老年重症颅脑外伤患者早期强化肠内营养的应用效果分析[J].临床急诊杂志,2018,19(04):207-211.

[25]刘炳艳.螺旋型鼻肠管在重症颅脑外伤患者早期肠内营养中的应用效果及护理对策分析[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(15):78+82.

[26]王丹.分级护理模式联合肠内营养支持在重症颅脑外伤术后患者中的应用[J].黑龙江医药科学,2018,41(01):117-118.

[27]王爱.肠内营养支持对颅脑外伤患者康复的影响[J].当代医学,2018,24(01):129-131.

[28]朱珠.重度颅脑外伤患者术后亚低温治疗下应用肠内营养最佳温度的研究[C]//第三届上海国际护理大会论文摘要汇编,2017:170.

[29]郝鑫,王艳彬,刘剑桥.早期肠内营养支持对颅脑外伤患者炎症因子水平及胃黏膜的影响研究[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(69):13507.

[30]李学新,武建凤,陈艳红,陈晓影,刘树芳.肠内营养联合益生菌对老年颅脑外伤患者营养状况和胃肠功能的影响[J].中国老年学杂志,2017,37(14):3465-3467.