

重症高血压脑干出血术后护理体会

陈娜

华中科技大学同济医学院附属同济医院胃肠外科 湖北武汉 430030

摘要:目的: 探讨重症脑干出血开颅显微血肿清除术后护理要点并总结经验。方法: 自2018年3月至2021年10月, 针对我科24例脑干出血手术病人制定一系列行之有效护理措施。结果: 24例手术病人, 其中8例病人意识明显好转, 呈嗜睡或朦胧状, 肌张力偏高, 肢体功能受限。10例病人在出院时仍呈昏迷状, 3例病人因肺部感染、肺栓塞、多脏器功能衰竭死亡, 3例病人因治疗时间长转至当地医院继续治疗期间因并发症死亡。结论: 重症脑干出血术后病人病情复杂, 要求护理人员做好每项护理环节, 使病患取得理想效果, 并不断总结经验提高护理水平。

关键词: 重症脑干出血; 高血压; 显微手术; 护理要点

Nursing experience of severe hypertensive brainstem hemorrhage after operation

Na Chen

Department of Gastrointestinal Surgery, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, Hubei Province 430030

Abstract: Objective: To explore the nursing points and summarize the experience of severe brainstem hemorrhage after Microcraniotomy hematoma removal. Methods: Between March 2018 and October 2021, a series of effective nursing measures were formulated for 24 patients with brain stem hemorrhage in our department. Results: 8 of the 24 patients had significantly improved consciousness. They were lethargic or hazy with high muscle tension and limited limb function. 10 patients were still in a coma at discharge. 3 patients died of pulmonary infection, pulmonary embolism and multiple organ failure, and 3 patients died of complications when they were transferred to local hospitals for further treatment after a long period treatment. Conclusion: Patients with severe brainstem hemorrhage after surgery are in complex condition. Nursing staff are required to do a good job in each nursing link and constantly sum up experience to improve the level of nursing so that patients can achieve ideal results.

Keywords: severe brainstem hemorrhage; hypertensive; microsurgery; nursing points

脑干出血为神经内外科急重症疾病, 以高血压性脑干出血最为常见, 因其发病急、病情重、致残率及死亡率高, 治疗效果差^[1], 通常予以保守治疗, 但随着显微神经外科技术的提高以及设备的更新完善, 手术治疗提高了脑干出血的治疗效果, 逐步被大家认可接受。自2018年3月至2021年10月, 我科共收治脑干出血手术病人24例, 病情复杂, 护理要求高, 对护理体会及临床观察做以下报道。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

自2018年3月至2021年10月我院神经外科共收治

脑干出血行开颅手术病人24例, 均明确有高血压病史, 其中男性18例, 女性6例, 年龄38-65岁, 发病时间2-48小时, GCS评分3-4分。出血部位, 中脑4例, 桥脑18例, 延髓2例。急诊完善术前准备后入手术室行开颅血肿清除术+颅内压探头置入术, 术后采取以下护理措施。

2. 术后护理要点

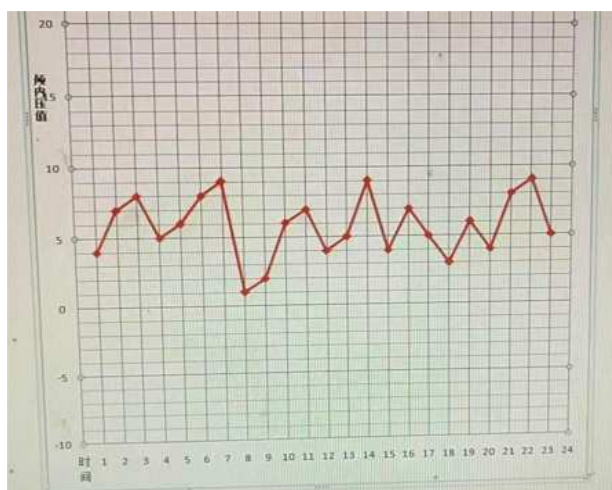
2.1 体位要求

脑干出血术后病人, 床头抬高15~30°, 有利于呼吸及静脉血回流, 减轻脑水肿, 同时以防呕吐物吸入气管而发生吸入性肺炎^[2]。病人翻身拍背2小时一次, 动

作要轻柔、舒缓, 应避免幅度过大导致再出血可能。

2.2 病情观察

术后病人安全送至重症监护病房, 重症监护常规护理, 持续心电监护、吸氧, 监测生命体征, 尤其是血压监测, 严格控制稳定, 不能忽高忽低, 血压过高会增加颅内再出血的危险, 过低会导致脑灌注不足, 甚至引起脑梗死^[3]。要求血压一般控制在130-150mmHg/80-100mmHg。绝大部分病人有明确高血压病史, 术后血压较高, 常规给予尼卡地平微量泵静注, 根据血压随时调整药物推注速度, 避免血压波动过大, 进食后逐步更换为口服降压药。术后密切监测颅内压变化, 一般控制在20mmHg以内, 若过高报告主管医生及值班医生调整甘露醇等脱水药用量, 必要时急诊行头部CT复查排除颅内再出血可能, 做好记录, 并绘制曲线图供医生参考。



如图所示: 24小时颅内压变化图表, 术后基本在10mmHg以内, 对于管床医生来说查看颅内压监测图表对于患者术后治疗有一定指导作用。

2.3 呼吸道管理

重症脑干出血术后患者持续昏迷状, 气管插管短时间难以拔除, 要检查插管深度, 及时更换固定胶布及固定带, 防止滑出或插入过深, 每班床旁交接; 对于气管切开病人, 每日行气管切开护理1-2次, 清洗消毒内套, 每日更换, 定时消毒清洗伤口及周围皮肤, 更换气管垫片, 吸痰时严格执行无菌技术操作, 并注意观察痰液的量、性质、颜色及粘稠度; 使用呼吸机者, 根据患者情况调节呼吸机参数, 呼吸机报警时及时处理。无论是气管插管还是气管切开病人, 气道湿化是确保呼吸道畅通, 避免痰栓导致肺不张的一种重要措施, 我们采用超声雾化吸入及气管内滴药来保持湿化, 并严格遵循无菌操作原则。

2.4 引流管护理

重症脑干出血行开颅血肿清除术后病人均带有头部引流管, 妥善固定引流管并保持通畅, 防止引流管堵塞、打折及扭曲、脱落, 严密观察并记录引流液的颜色、性状及引流量。若引流液颜色由浅色增加至红色, 提示颅内再出血的可能, 立即通知值班医生, 常规行头部CT复查了解颅内情况。若引流管引流不畅, 可调整体位尝试改善引流, 引流管被血块堵塞时给予尿激酶注射溶解血块促进引流^[2], 常规硬膜外或皮下引流管放置24小时, 最长不超过48小时拔出, 引流管拔出后应观察伤口有无渗血渗液。若出现渗液甚至皮下积液情况, 要进行穿刺抽吸或皮下穿刺置管引流, 观察引流液量及伤口愈合情况。

2.5 饮食护理

重症脑干出血术后患者短时间内难以清醒, 需留置胃管, 给予流质饮食, 另外在消化内科帮助下有4例病人行了胃造瘘术。加强营养支持治疗, 要求给予高蛋白、高热量、高维生素饮食, 对于胃肠功能低下或消化道出血等不能进食患者, 给予肠外营养支持, 监测电解质水平及中心静脉压, 调整补液量、补液速度及补液成分, 维持内环境稳定。对于留置胃管病人应注意以下几点: 1. 管饲前抽取胃液, 证明胃管处于胃中; 2. 观察胃液的量与颜色, 查看是否存在出血、胃潴留等问题; 3. 确保喂食间隔时长超过四小时, 喂食量小于200ml, 完全消化后再进行进食注药^[4]。

2.6 健康宣教及心理护理

重症脑干出血病人治疗时间较长, 病人意识恢复较慢, 所以家属心理压力很大, 积极主动与其家属进行交流与沟通, 常常去安慰鼓励患者及家属, 耐心解释病情, 消除患者及家属悲观情绪, 构建良好的护患关系, 使之建立和巩固功能康复训练的信心和决心。调动患者的积极性, 使其积极的配合治疗, 对患者的每一点进步, 要充分给予肯定。进行健康宣教, 只要患者病情稳定, 都应及早的进行功能锻炼, 先被动后主动, 先从简单的动作开始比如弯曲手指、伸缩下肢等动作, 循序渐进, 以防止肌肉萎缩和关节强直^[6]。理想的治疗效果与家属的积极配合是分不开的, 在康复医生的指导下掌握手法技术, 能够长期对患者进行康复训练, 使病人尽早下床运动减少并发症, 生活能够自理是每个脑干出血病人的目标。按时服药控制血压, 切忌突然停药, 适当运动, 定期来院复诊, 根据血压情况调整用药。

2.7 并发症预防及护理

2.7.1 下肢深静脉血栓

重症脑干出血患者术后长期处于昏迷状态, 长期卧床要特别注意下肢深静脉血栓形成, 密切观察皮肤温度, 测量腿围, 使用预防性弹力袜, 一周复查下肢彩超, 并监测D-2聚体指标。

2.7.2 暴露性角膜炎

术后患者若出现眼睑闭合不全, 要注意暴露性角膜炎的发生, 滴眼液 1/4 小时滴入^[5], 清洁敷料覆盖, 定期眼科复诊。

2.7.3 肺部及颅内感染

重症脑干出血术后患者绝大部分需要气管切开, 术后并发肺部感染可能性大, 注意气道护理, 无菌操作, 定期行痰培养及肺部CT检查, 并监测炎症指标。若出现持续高热, 脑膜刺激征阳性, 要注意颅内感染可能, 行腰穿了解脑脊液性状, 必要时行高通量检测排查颅内感染。明确肺部或(并)颅内感染, 请临床药理科、感染控制科及呼吸内科等相关科室会诊, 合理应用抗生素。

2.7.4 消化道出血

重症脑干出血术后患者胃肠功能紊乱, 甚至出现应激性溃疡导致消化道出血, 遵医嘱予禁食、禁水、胃肠减压, 鼻饲止血药物, 肠外营养等。术后常规给予质子泵抑制剂预防消化道出血。

3. 结果

24例高血压脑干出血病人, 急诊在全麻下行开颅显微镜下血肿清除术, 术后入重症监护病房, 无术中直接死亡病例。术后有8例病人意识明显好转, 呈嗜睡或朦胧状, 肌张力偏高, 肢体功能受限。10例病人在出院时仍呈昏迷状, 3例病人因肺部感染、肺栓塞、多脏器功能衰竭死亡, 3例病人因治疗时间长转至当地医院继续治疗期间因并发症死亡。

4. 结论

脑干出血曾被认为是手术禁区, 但随着显微神经外科技术及设备的发展, 接受手术的病人越来越多, 并且手术治疗能明显提高有明确手术指针的高血压脑出血患者的生存率和生活质量, 而术后护理也同样重要。护理人员必须要具有高度的责任感和熟练过硬的技术, 针对重症脑干出血术后患者要进行多方面一系列专属护理, 严密观察病情, 对出现病情变化的患者应做到及早发现及时治疗。特别强调: 高血压脑干出血的护理工作细致而繁重, 关系到患者的生存, 护理人员应做好每项护理环节, 使得护理措施积极、有效、准确, 使病患取得理想效果, 并不断总结经验提高护理水平。

参考文献:

[1] AlMohammedi Renad M; AlMutairi Hadeel; AlHoussien Rana O et al. Brainstem hemorrhage is uncommon and is associated with high morbidity, mortality, and prolonged hospitalization[J]. Neurosciences Volume 25, Issue 2. 2020. PP 91-96.

[2] 张涵. 50例原发性脑干出血的观察与护理效果分析[J]. 临床医药文献杂志, 2018, 5(71) 74-76.

[3] 罗秀萍, 陈茂君, 杨前美, 等. 高血压脑干出血患者的护理体会[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(4) 11-13.

[4] 蔡周婷, 犹秋香, 赖玉洁. 高血压脑干出血围手术期护理体会[J]. 当代护士, 2020, 27(24) 77-79.

[5] 季淑凤, 刘宏, 胡克红. 脑干出血并发暴露性角膜炎的护理体会. 第七届北京国际康复论坛。

[6] 林丽芳, 邵淑茹, 汪丽荣, 等. 脑干出血患者的早期优质护理干预临床效果分析[J]. 福建医药杂志, 2022, 44(1) 149-150.