

重型颅脑损伤并多脏器损伤的抢救及护理

陈妙霞 王鹏飞 叶瑞香

(深圳市宝安区松岗人民医院 广东 深圳 518105)

摘要 目的:总结重型颅脑损伤并多脏器损伤的抢救及护理经验。方法:分析 68 例重型颅脑损伤并多脏器损伤患者的抢救及护理过程并进行总结。结果:抢救护理成功的经验在于:①严密观察病情变化,及时向医生提供临床信息,以保证病人得到正确的诊断和及时的治疗;②术后加强专科和基础护理;③积极预防和治疗并发症;④要有高度的责任感及系统丰富的理论知识及技能,不受专科束缚,对病人进行细致、系统、全面的观察。结论:严密观察和科学护理,是提高重型颅脑损伤并多脏器损伤抢救成功率的必备条件。

关键词:重型颅脑损伤;多脏器损伤;抢救;护理

中图分类号:R473.6 **文献标识码:**D

重型颅脑损伤并多脏器损伤的病例在临床上并不罕见,病情也较单纯颅脑损伤更加危重,复杂,变化快。死亡率及伤残率高^[1]。我院神经外科近 5 年共收治重型颅脑损伤并多脏器损伤患者 68 人,在诊治过程中出现了上消化道出血,急性呼吸衰竭,泌尿系统感染等并发症。由于严密观察和科学护理,手术成功率得到提高,死亡率降低。现将抢救护理体会介绍如下。

1 临床资料

本组 68 例中,男 45 例,女 23 例,年龄 17~56 岁。其中车祸致伤 43 例,挤压伤 4 例,摔伤 5 例,高处坠落伤 13 例,合并四肢骨折 44 例,骨盆骨折 16 例,面部外伤 20 例,胸腹伤 28 例,68 例均有不同程度的皮肤擦伤。68 例中,12 例因出现脑疝死亡,8 例病情突变死亡,死亡率为 28%,低于国内外报道^[2,3]。

2 护理方法

2.1 术前护理

术前进入监护病室,取平卧位,头偏向一侧,以利呼吸道分泌物的排出和防止误吸,并及时清除呼吸道分泌物,保持呼吸道通畅。急行术前准备,如剃头,配血等,同时密切观察意识、瞳孔等生命体征变化。本组 9 名患者,均以重型颅脑损伤收入院,入院查体生命体征均正常,神经系统检查未发现特殊改变,仅表现意识障碍,躁动,谵语,入院 4 小时后,患者躁动加剧,下肢屈曲,出冷汗,血压逐渐下降,脉搏细速,腹部有压痛及肌抵抗。腹穿为不凝血性液体,考虑为腹内脏器破裂,经及时抗休克及手术治疗,术中证实为肝、脾、肾等内脏破裂,行修补或切除术,术后一般情况良好,痊愈出院。

2.2 术后护理

2.2.1 严密观察病情变化:连续动态观察血压、脉搏、呼吸及面色、精神、神志的变化,每 15~30 分钟观察记录神志、瞳孔、生命体征 1 次,病情平稳后改为每小时 1 次。如果呼吸急促、脉搏细速、血压下降、脉压变小、面色苍白、皮肤湿冷,提示有应激出血或腹内脏器破裂,应及时报告医生,尽快补充血容量,维持正常血压,避免失血性休克的发生。

2.2.2 保持呼吸道通畅:术后 6 小时更换体位,并叩击背部,使痰液松动,利于排出。如术后 8 小时仍处于昏迷状态,呼吸

困难,应尽早行气管切开以保持呼吸道通畅^[4],也便于在必要时应用人工呼吸机辅助呼吸。本组气管切开术 55 例。气管切开的护理应注意以下几个方面:①选择合适的气管套管,保持正确的体位,头颈部与躯干保持水平线,头不能过度后仰或前屈。②及时吸痰,采用一次性吸痰管,操作时动作要轻柔,不可上下提插,防止损伤气管黏膜和负压过大而出现肺泡萎缩。每次吸痰时间不超过 15s,需连续吸痰时 2 次吸痰时间间隔 1~2min。没有痰鸣音的患者每 1~2h 吸痰 1 次,痰液较多者以听诊情况及时吸痰。对昏迷患者先翻身,取左右侧位叩背,每次叩击 50~100 次,利用体位引流后再吸痰。吸 1 痰同时观察痰的颜色,发现出血现象及时报告医生采取措施。③湿化气道,由于吸入气体由气管直接进入呼吸道,容易使分泌物干结不易咳出,增加呼吸道阻力,可采用空气湿化、超声雾化以及气管内滴入痰液稀释剂等措施来保证呼吸道湿润。患者有剧烈咳嗽或脑损伤性癫痫发作时应积极加以控制,以免造成气管内出血,同时应保持大便通畅。④防止气道阻塞。痰少或无痰常见于痰液过于黏稠,易形成痰痂阻塞气道,必要时给予支气管肺泡灌洗。

2.2.3 保持各种引流通畅:在执行各项治疗和护理操作中防止其扭曲、受压、密切观察引流液的量、性质、颜色并详细记录。

2.2.4 密切观察:注意骨折肢体的末梢循环和夹板固定处的皮肤色泽。皮肤擦伤若渗出物较多,暴露其创面,涂以烧伤 2 号,垫高肢体。

2.3 并发症的护理

2.3.1 消化道出血:是由于机体损伤后体内激素水平改变而引起的一种胃粘膜的应激性溃疡。通过积极治疗和预见性护理,可大大降低了消化道出血的发生率和病死率。消化道出血的护理应遵循以下原则:①早期鼻饲,重型颅脑损伤患者伤后或术后常规留置胃管,通过留置胃管排空含血的胃液或内容物,减轻胃内容物加于胃壁的张力,使胃粘膜面积缩小,以利于病情观察和止血处理,促进溃疡面尽早愈合。护士要掌握昏迷患者插管技巧,提高一次成功率,保证胃管通畅、妥善固定、防止脱落。②胃内容物及大便的观察,每次鼻饲前应抽吸胃内残留食物,观察吸出胃内胃液颜色及性质,及时发现胃内出血。观察并记录黑便的发生时间、性状、次数和量。若胃内抽出鲜血或咖啡样胃液且量多或有大量柏油样便,可证实应激性溃疡的形成。患者应暂禁饮食,行胃肠减压。准确记录 24h 呕吐物、呕血量、引流量和柏油样便的次数和量,为治疗提供可靠的依据。③药物预防,用药及时准确,我们用洛赛克 40 毫克静脉推注,第 1 次;下胃管注入冷盐水,云南白药,

作者简介:陈妙霞,女,(1963-),主管护师,门诊部护士长。

(收稿日期:2006-05-23 接受日期:2006-06-30)

牛奶每4小时1次,每次250毫升,达到了支持全身并保护胃粘膜的目的。

2.3.2 急性呼吸衰竭:保持呼吸道通畅,及时彻底吸痰,每小时雾化1次。控制呼吸道感染,大剂量全身应用抗菌素,同时用庆大霉素和先锋V交替气管滴入。加强给氧,调节氧流量5升/分以及2升/分每4小时交替,液体充氧,同时配合高压氧治疗,保证了氧的充分利用,使血氧浓度保持在90%以上^[4]。

2.3.3 泌尿系感染:是长期卧床患者的三大并发症之一,因脑外伤患者常有尿潴留或大小便失禁,需要留置导尿。留置导尿管是一种侵袭性操作,容易引起泌尿道感染。虽然导尿引流系统已从开放改为密闭式,在严格的无菌操作下,泌尿道感染的发生率已明显降低。但是,随着尿管留置时间的延长,泌尿道感染的发生率逐渐升高。为预防其发生我们在操作时严格执行无菌原则,动作要轻,以免损伤尿道,尿管每周更换1次,早期用生理盐水500毫升加庆大霉素8万单位冲洗膀胱,每日1次。

2.3.4 持续颅内压监测,预防颅内高压:颅内压增高是很多颅脑疾病共有的综合征,也是神经外科疾病引起死亡的重要原因^[5]。当患者出现意识障碍进行性加重,瞳孔由小变大,对光反应减弱,血压升高,伴有躁动、呕吐或偏瘫,应考虑继发颅内血肿,立即通知医生,同时准备脱水药并做好术前准备。颅内高压的预防可采用20%的甘露醇250毫升每6~8小时静脉快速滴注1次;速尿20毫克静脉注射;抬高床头15~30度,以利静脉回流,减轻脑水肿。

2.4 对护理人员的要求

在做好以上专科护理的同时,加强基础护理,预防褥疮和高热的护理,严格的饮食管理、心理护理及肢体锻炼等均不可忽视^[6]。

(上接第153页)

解除阻塞,通畅流入;如仍不能排除时则应考虑多由于腹腔内纤维蛋白堵塞造成流入不畅,可在严格无菌原则下用置管导丝进行通管,以保证通畅。

3.3.4 体位:置管时病人采取平卧位,灌注开始后,可根据肿瘤部位不同,采取不同体位:胃癌、贲门癌采取头低足高位,可在臀下垫枕抬高臀部;直、结肠癌可采取半卧位,腹部略低于身体上半部。灌注过程中应不断协助病人变换体位,主要是左右侧卧位更换,以利于药液与腹腔各部位充分接触均匀分布,最大发挥效应^[4]。

3.3.5 置管化疗后护理:化疗液灌注完毕,撤除输液瓶、输血器,用无菌敷料包裹肝素帽端,稳妥固定于腹壁上,并嘱咐病人不断变换体位,以利化疗药在腹腔内均匀分布。第二日再进行灌注化疗时严密消毒置管周围皮肤,消毒肝素帽,再按程序进行二次化疗灌注。一个疗程5天结束,在严格无菌原则下拔除导管,并压迫针孔处数分钟,在用消毒敷料包扎,预防感染。

4 讨论

消化道肿瘤侵犯浆膜后,癌细胞脱落进入腹腔,便可在腹腔内种植或由门静脉系统转移至肝脏,或经淋巴转移至腹膜后淋巴结甚至远处脏器,从而导致肿瘤的复发^[2]。据文献报告,在胃或结直肠癌术后各复发中,腹膜种植转移约占50%^[3]。腹腔内置管热化疗是一种疗效好,损伤小、毒性反应轻的新型化疗方式。适用于腹腔内转移灶和手术切除后残留肿瘤或腹腔内有复发灶不宜再次手术者。时间从病人手术后二周

重型颅脑损伤并多脏器损伤的患者,临床症状、体征的危急表现,常很难仅用单一的颅脑损伤情况去解释,对任何1例此类患者,护理人员都应警觉,防止复合伤造成诊断的遗漏。临床护理知识和技术应是综合性的,不能局限于神经外科的专科护理内容。

重型颅脑损伤的病入均有意识障碍,往往不能提供临床症状,复合伤造成的腹腔脏器破裂易被忽视,护理人员作为医疗工作的前哨,必须具备高度的责任感,对患者病情变化进行全面细致的观察、记录及分析,除及时神经外科的专科定位症状、体征外,还应有全面的护理知识技术,不受专科环境的束缚,对患者全身情况、病情变化严密地观察,不遗漏这种特殊病人的阳性体征和症状,准确地向医生提供临床病人的信息,协助医生早期做出正确诊断,使颅脑损伤合并多脏器损伤者得以及时抢救及治疗。

参考文献

- [1] Becker DP, et al. The outcome from severe head injury with early diagnosis and intensive management[J]. J Neurosurg, 1981, 54(3): 751 - 762
- [2] Upton. Posttraumatic monitoring of intracranial Pressure[J]. Acta Neurochirurgica, 1986, 36(2): 143 - 144
- [3] 刘承基. 实用颅脑损伤学[M]. 第1版. 北京: 人民军医出版社, 1992: 405 - 420
- [4] 卓碧霞. 重型颅脑损伤患者人工气道的护理[J]. 生物磁学, 2005, 5(2): 76 - 77
- [5] 成医锋. 颅脑外伤患者气管插管的护理[J]. 现代中西医结合杂志, 2005, 14(10): 1379 - 1380
- [6] 古元明. 持续颅内压监测患者的护理[J]. 护理学杂志, 2005, 20(1): 21 - 22

开始。腹腔内置管热化疗优点: ①只需一次置管, 即可保证一个疗程5天的治疗, 避免每日、多次穿刺增加病人痛苦。②比较静脉直接给药化疗更安全, 不会发生化疗药物静脉外漏造成皮下组织坏死或长期静脉化疗对静脉内壁侵蚀损害等并发症。③腹腔内热化疗可通过温热方法与化疗药物相结合抑杀残留的癌细胞, 并可使腹腔肿瘤直接浸泡在高浓度抗癌药液中以增强对肿瘤细胞的杀伤力, 这对胃肠道肿瘤尤为重要, 因这些部位在全身化疗时的药物浓度相当不满意^[1]。国内陈俊亲教授经多年研究认为, 用43℃化疗药液浸泡癌细胞20分钟即可使癌细胞失活。④腹腔内化疗反应较轻, 除个别患者感觉注射区有疼痛外, 无其他不适; 消化道反应、周围血液反应均较静脉给药轻。

参考文献

- [1] Speyer JL, Kaibara N, Dedrick RL, et al. Portal levels and hepatic clearance of 5-fluorouracil after intraperitoneal administration in human[J]. Cancer Res, 1981, 41: 1916
- [2] Schmall S, Macdonald JS. Mitomycin therapy in gastric cancer[J]. Oncology, 1993, 50(1): 70
- [3] Douglass H. Gastric cancer: overview of current therapies[J]. Semin Oncol, 1985, 12: 57
- [4] 王娟, 陈俊青. 卡铂腹腔化疗药代动力学实验研究[J]. 中华肿瘤杂志, 1994, 16(3): 197
- [5] 宋扬. 应用ZME大功率微波热靶点效应治疗肿瘤的临床疗效研究[J]. 生物磁学, 2005, 5(4): 16 - 18
- [6] 彭楠, 马爱敏. 肿瘤热化疗中化疗药物的选择[J]. 现代生物医学进展, 2006, 6(4): 63 - 65