

微创穿刺粉碎清除术治疗颅内血肿的观察与护理

申娟 张秀红

(山东省济宁市中区人民医院 济宁 272105)

关键词 :颅内血肿 ;微创穿刺粉碎清除术 ;护理

中图分类号 :R 473.74

文献标识码 :B

文献编号 : 1671-4040(2004)04-0077-01

颅内血肿是多发常见病,病情重,死残率高,采用颅内血肿微创穿刺粉碎清除术及时清除颅内血肿,可使相当一部分病人获得挽救,而及时有效的护理能进一步提高治疗效果,促进术后康复。

1 术前准备

1.1 密切观察病人神志、瞳孔、意识状态 入院后迅速测血压,如血压过高,及时通知大夫,应将血压降至 160/90mmHg,以防止血肿穿刺后继续出血,影响手术效果。当病人呼吸急促,呼吸道不畅时,及时吸痰,保持呼吸道通畅,如病人尿潴留或尿失禁,要放置导尿管,以防止排尿不畅,病人烦躁而引起颅内血压增高。

1.2 皮肤准备 剃除手术视野范围的头发,并且脱脂,清洗干净,用 2%碘酒消毒皮肤,再用 75%酒精脱碘,然后用无菌治疗巾包裹。

2 术中护理

2.1 护理人员协助病人躺在床上,用约束带将病人固定在安全位置上,如病人躁动可遵医嘱给予镇静剂。监测血压变化,保持吸氧管通畅,并作好护理记录。

2.2 操作时严格无菌操作,严密观察病人神志、瞳孔、血压、呼吸、脉搏、体温的变化,回病房搬动病人时要把血肿引流管夹闭,以防止颅压过大波动,并且防止引流管脱出。

3 术后观察与护理

3.1 生命体征与血压监测 对颅内血肿穿刺术后患者甚为重要,因为高血压和高颅内压可形成恶性循环,直接影响其手术治疗效果。如血压过高,及时通知大夫,根据情况采取必要的处理措施,脉搏如出现缓脉、洪脉,应考虑是否有颅内压增高可能,如脉搏细速,可考虑是否有循环衰竭所致。观察呼吸频率、节律、深浅度变化,如桥脑、中脑受损可出现中枢过度呼吸,呼吸频率增快。

3.2 意识状态 意识反映大脑皮质的脑干网状结构的机能状态,所以意识的改变往往能提示患者病情变化,意识观察时要判断嗜睡、昏迷。可根据拉斯哥昏迷评分法进行评估。

3.3 瞳孔 据患者瞳孔的大小、形状、光反应的变化,判断病情变化,是否有脑疝,为及时正确有效的治疗提供依据。

3.4 肢体 肢体运动与瘫痪部位、程度及恢复情况都与血肿的部位、消除情况及脑细胞受损情况有关,所以要观察肢体是否是进行性加重还是好转。

3.5 引流液 严格观察引流液量、颜色,并作好记录,保持引流管通畅,引流袋每 3d 更换 1 次,更换时要严格无菌操作,如需搬动病人,应先固定好穿刺针,暂时夹闭引流管再搬动病人,防止逆行感染和引流管脱落,穿刺针敷料要保持干燥无污染,一般每日更换 1 次,也可在穿刺部位皮肤口滴少许酒精,以预防污染。

3.6 中枢性高热 中枢性高热患者躯干体温高,四肢体温低,汗液分泌少或无汗,主要靠物理降温,采用头部冰枕,酒精擦浴、冰帽、冰毯等。必要时采用“亚冬眠”及冬眠疗法,其目的在于阻止高热对脑细胞及机体其他脏器的进一步损伤。

3.7 并发症 肺炎的发生率与死亡率居于首位,保持呼吸道通畅,是预防肺炎,保证脑组织供氧,使脑组织细胞迅速恢复的关键,一般护理方法:(1)每 2h 翻身 1 次,通过更换体位,使痰液顺利排出,还能预防褥疮的发生,每次翻身时注意拍背,震动痰液顺利排出,及进吸痰,保持呼吸道通畅。(2)清醒病人鼓励咳嗽,把痰咳出。(3)昏迷病人舌后坠可放入通气道,如果有痰液要及时彻底吸痰,短期昏迷病人痰液粘稠不易吸出时,可放入气管插管,有利于气管内滴药、雾化吸入;长期昏迷病人痰液不易吸出时应做气管切开,切开后应保持病房清洁,定期紫外线消毒,保持一定的湿度。

3.8 消化道出血 是脑出血最常见的并发症之一,如果不能及时治疗控制,可造成病人的死亡,护理人员应严密观察:(1)及时给病人进食,昏迷病人下胃管,通过鼻饲给病人饮食,禁食刺激性食物及生冷硬食物。(2)患者入院后遵医嘱给予相应的预防消化道出血的药物。(3)观察病人的大便颜色、性质,如发现有柏油样大便或有异常血,及时送验并通知大夫,监测生命体征的变化。

总之,严密细致的病情观察,及时有效的护理,能提高治疗效果,促进患者康复。

(收稿日期: 2004-02-10)

(上接第 48 页)泄痢湿热。”);白术健脾,防苦寒之品败胃。全方具有清热解毒、利湿通淋的作用。辨证时除确认热毒蕴结在下焦,湿热下注之外,还应审察人体正气之盛衰。若体虚邪实者,治当扶正祛邪,祛邪务必尽,以利于康复并防止复发。本方苦寒清热解毒药物剂量偏大,如果治疗时间长,可能

伤及脾胃,故加入黄芪、党参、茯苓、升麻等补气、益肾扶正之品,以维护胃气使之标本兼顾。同时要嘱其自我调节,慎饮食,薄滋味,多饮水,清洁外阴,才能事半功倍,以冀根治。

(收稿日期: 2004-02-23)