

· 临床护理 ·

128 例颅脑损伤患者术后的护理体会

钟正伟¹, 王正仕², 刘丹丹¹

(1. 遵义医药高等专科学校外科护理教研室, 贵州遵义 563000;

2. 贵州省遵义市第一人民医院神经外科 563000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.13.059

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)13-1676-02

随着交通的日益发达,工业化、城市化进程加快和人们生活水平的提高,意外伤害时有发生,颅脑损伤极为常见,发生率仅次于四肢,位居第 2 位。颅脑损伤包括脑挫裂伤、脑干损伤、颅内血肿等,常导致脑组织水肿引起颅内压升高,严重时引起脑组织血液灌注不足或脑疝,危及生命。由于伤及中枢神经系统,起病急、病情变化快、病死率和致残率高,这给治疗和护理提出了更高的标准和要求,现将遵义市第一人民医院 2012 年 5 月至 2013 年 4 月收治的 128 例颅脑损伤患者诊治情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 遵义市第一人民医院 2012 年 5 月至 2013 年 4 月收治颅脑损伤患者 128 例,其中,男 80 例,女 48 例。经 CT 明确诊断:脑挫裂伤 68 例、颅内血肿 22 例、硬膜外血肿 20 例、硬膜下血肿 18 例。格拉斯哥昏迷评分(GCS)3~7 分脑挫裂伤 28 例、颅内血肿 12 例、硬膜外血肿 5 例、硬膜下血肿 4 例;GCS 评分 9~12 分脑挫裂伤 30 例、颅内血肿 8 例、硬膜外血肿 12 例、硬膜下血肿 10 例;GCS 评分 13~14 分脑挫裂伤 10 例、颅内血肿 2 例、硬膜外血肿 3 例、硬膜下血肿 4 例。

1.2 方法 行颅内血肿、脑挫裂伤清除术、颅内压(ICP)探头植入术;其中,脑室内放置 48 例,脑实质内放置 45 例,硬膜下放置 35 例。术后予甘露醇脱水治疗;患者昏迷,予上胃管鼻饲营养;静脉给予营养神经、改善脑功能、促醒药物,控制血压;补充液体量、维持电解质平衡,维持内环境稳定;术后气管切开等。

2 结果

经积极治疗(包括后期康复锻炼),患者神志清楚,对答切题。双瞳等圆等大、对光反射灵敏,四肢肌力正常。治愈 125 例,2 例因脑疝死亡,1 例颅内感染,治愈率 97%。

3 讨论

3.1 病情观察 术后持续心电监护、上氧,密切观察患者意识、瞳孔、生命体征、肢体运动、神经系统体征等。意识状态是反映病情和预后的重要指标^[1]。意识障碍程度减轻,说明病情好转;意识障碍程度加重,说明病情恶化。可采用 GCS 评分判断患者的意识状态^[2],即通过言语反应、睁眼反应、运动反应给予打分,最高 15 分,最低 3 分,低于 8 分为昏迷。若两侧瞳孔不等大,或一侧瞳孔忽大忽小,或光反应迟钝并逐渐消失,提示脑疝发生^[3],应紧急抢救;若发现患者头痛明显、呕吐、抽搐发作、生命体征紊乱、瞳孔变化等,应报告医生及时处理。

3.2 体位护理 颅脑术后床头抬高 15°~30°卧位,有利于静脉血液的回流,减轻脑水肿。昏迷患者平卧位,头偏向一侧,及时清除呕吐物、分泌物等。气管切开者,将枕头稍往肩下,以保持呼吸道通畅。定时翻身,预防压疮。

3.3 气道护理 颅脑术后意识障碍患者常因咳嗽反射消失而清理呼吸道无效,又由于头痛、呕吐易导致误吸或肺部感染,所以清除呼吸道分泌物是保持呼吸道通畅的主要措施,应定时吸痰,吸出口腔内的分泌物、呕吐物、血液等。患者意识障碍较深者,呼吸急促,呼吸道痰多,不易吸出,呕吐可能导致误吸,加之患者可能长期卧床,并发肺部感染的概率大大增加,故应尽早行经皮微创气管切开术^[4],减少 CO₂ 潴留,降低颅内压,防止肺部感染。本组病例气管切开 21 例,术后积极翻身拍背振动排痰,定时吸痰,痰液黏稠者雾化吸入,气道湿化,预防性使用抗菌药物,防止肺部感染。

3.4 脑脊液外引流的护理 颅内血肿、脑挫裂伤清除术或颅骨钻孔引流术后,常置管作脑脊液外引流,引流管口高出侧脑室平面 10~15 cm,引流速度不宜过快,24 h 引流量应小于 500 mL,若持续引流量超过 500 mL^[5],患者颅盖塌陷,脑脊液失代偿,ICP 波动很大;当脑脊液引流量多时,ICP 呈负值,关闭后升高至正常。闭管时间长时,颅内压增高,打开引流后正常。若引流的脑脊液为大量鲜血或颜色逐渐加深,应警惕脑室内出血。

3.5 持续 ICP 监测 ICP 是反映患者病情的重要指标,ICP 0.8~2.0 kPa(5~15 mm Hg)为正常;2.1~2.67 kPa(16~20 mm Hg)为轻度增高;2.68~5.33 kPa(21~40 mm Hg)为中度增高;ICP>5.33 kPa(41 mm Hg)为重度增高,是脑功能损害的阈值,提示预后不佳^[6]。ICP 是引起颅脑损伤患者的主要死亡原因,及时、准确掌握患者 ICP 是治疗的关键^[7]。本组病例均采用 ICP 探头植入监测 ICP,若患者 ICP 小于 20 mm Hg,可不用甘露醇(不良反应为肾功能损害、离子紊乱)脱水,抬高头位 30°、改善通气、纠正电解质失调,可得到缓解。若患者 ICP 大于 20 mm Hg,经抬高头位 30°等,ICP 无明显下降,应用甘露醇 250 mL 静脉滴注,每 6 h 1 次脱水降低 ICP。ICP 过高,在排除其他诱因,经脱水治疗无效,复查 CT 明确诊断后,可再次手术,主要针对未去骨瓣者,本组有 2 例患者经再手术好转。探头留置时间过长可能导致颅内感染,患者 ICP 监测正常应予拔除。

3.6 躁动不安者的护理 对于躁动不安者应寻找引起躁动的原因,遵医嘱使用镇静剂或强制性约束,以免患者挣扎加重脑水肿使 ICP 进一步升高。适当加以保护以防外伤及意外^[8],短期使用约束带,定期放松,注意将肢体置于功能位,切忌长时间同一姿势或体位固定,患者难以忍受。

3.7 加强人文关怀 对意识障碍患者采用亲情呼唤,每天不少于 2 次^[9],即患者伤前最亲近的人呼唤患者的姓名、称呼或昵称;播放伤前患者最爱听的音乐、舞曲、相声等;医护人员的诊疗操作也采用呼喊式的解释,解释操作的目的、注意事项。

呼喊式护理干预体现了亲情的交流、医护人员对患者的关爱,有明显的促醒作用。

对颅脑损伤患者术后的护理,除了严密观察患者意识、瞳孔、生命体征、肢体活动情况、神经系统体征外,更重要的是持续 ICP 监测,注意病情的动态性与连续性,准确判断病情、估计预后,打破传统的主观、定式思维,及时调整治疗方案,采取有效的治疗措施。因无创颅内压监测尚处于研发和临床试用阶段,遵义市第一人民医院采用的是有创 ICP 监测。作者深刻体会到在颅脑损伤、脑出血术后持续 ICP 监测是治疗的重要环节,脑挫裂伤脑水肿严重时,可植入 ICP 探头监测 ICP,脑室内监测最为准确^[10];把握气管切开的最佳时机是治疗的关键,能有效提高抢救成活率;加强人文关怀、亲情呼唤可早日促醒患者意识,减少致残率,提高生存质量。

参考文献:

- [1] 王娜. 微创颅内血肿清除术治疗高血压性脑出血的护理[J]. 现代医药卫生, 2010, 26(5): 751-752.
- [2] 杨明珠. GCS 评分口诀在神经外科的应用[J]. 江苏医药, 2012, 38(10): 1238-1238.
- [3] 李晓庆, 刘亚楠, 张会, 等. 颅骨钻孔侧脑室引流的护理

· 临床护理 ·

医护人员手卫生执行情况调查及预防对策

唐秀兰

(重庆市南川区人民医院护理部 408400)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.13.060

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)13-1677-02

为了保障医疗安全,患者安全,医院感染在管理中占据重要位置。医院环境中存在大量的病原微生物,而医院临床的侵入性操作增多,广泛使用抗菌药物导致耐药菌群日益增加,医院感染已成为世界所关注的公共卫生问题。而洗手与卫生手消毒是预防和控制医院感染最简单、最有效和最经济的方法^[1],有文献报道,医护人员的手可带有大量细菌,提高手卫生水平可降低 30% 的医院感染事件。因此,做好手部卫生是降低医院感染的基础,而手卫生知识的掌握是执行手卫生的基础^[2]。为此,作者就本院 10 个科室 142 名医护人员手卫生执行情况进行了调查,现将有关方法及结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对本院 10 个临床科室,142 名医护人员开展调查。其中,工作 1~5 年 60 人(42.25%),5 年以上 82 人(57.75%)。

1.2 方法 按照 2009 年卫生部颁布的《医务人员手卫生规范》中洗手要求设计的调查问卷,内容包括对标准预防、洗手指针(11 项)、正确洗手方法的认知状况。发放问卷 142 份,收回有效问卷 142 份,回收率 100%。

2 结果

2.1 医务人员对手卫的认知情况 本次调查 10 个科室,142 名医护人员对手卫生的认知执行情况见表 1。

2.2 医护人员对不同洗手指针及手卫生的执行情况 在所调查科室 142 名医护人员中,结合医护人员的工作范围,对 11 项洗手指针执行状况进行调查,其中,洗手率最低为接触不同患

[J]. 中华全科医学, 2012, 10(4): 659-660.

- [4] 孙思红, 蒋江徽. 气管切开后护理[J]. 安徽预防医学, 2012, 18(2): 119-121.
- [5] 马翠云. 高血压脑出血微创术后护理[J]. 河南外科学杂志, 2013, 19(1): 119-120.
- [6] 李志强, 戴新连, 沈冬青, 等. 颅内压监测在 142 例颅脑损伤危重患者中的应用[J]. 山东大学学报: 医学版, 2013, 51(2): 75-78.
- [7] 刘国华, 朱剑锋, 刘树林. 持续有创颅内压监测在重型颅脑损伤患者中的应用[J]. 临床合理用药杂志, 2012, 5(3): 109-110.
- [8] 曹伟新, 李乐之. 外科护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 367.
- [9] 朱健清. 重型颅脑损伤昏迷患者采用呼唤式护理干预的探讨[J]. 大家健康: 下旬版, 2013, 7(3): 172-173.
- [10] 许勇, 江晓春, 李监松, 等. FVEP 无创颅内压监测的临床应用现状及展望[J]. 中华全科医学, 2011, 9(4): 619-621.

(收稿日期: 2013-10-08 修回日期: 2014-01-16)

者之间洗手(34 人, 23.90%), 其次为直接接触每个患者前洗手(89 人, 62.70%)、进行无菌操作前洗手(108 人, 76.06%)、穿隔离衣前洗手(112 人, 79.58%)、接触患者周围环境后洗手、接触患者物品后洗手(118 人, 83.13%)、进行无菌操作后洗手、穿隔离衣后洗手(141 人, 99.30%)、直接接触每个患者后以及接触血液、体液污染的物品后洗手(142 人, 100.00%)。

表 1 医护人员对手卫生的知识把握情况 (n=142)

调查内容	n	知晓率(%)
知晓标准预防	118	83.11
知晓洗手指针	129	90.82
知晓正确洗手方法	142	100.00

3 讨论

3.1 医护人员手卫生意识不强, 洗手依从性偏低 洗手与卫生手消毒依从性是指医护人员遵循手部卫生规定的情况, 通常以洗手率为衡量指标^[3]。而医护人员在医疗护理工作中, 由于病房工作繁重、忙碌, 危重患者多而容易忽略洗手, 特别是医生在查房时, 诊查不同患者及检查患者身体的不同部位时, 有的只注重在接触患者后洗手, 而忽视在接触患者前洗手, 对患者的保护意识不强。在护理方面, 护理工作繁琐容易忘记洗手, 通常有些护理人员在完成病区的所有护理操作后才洗手^[4]。在朱惠兰^[5]的加强医务人员手卫生降低医院感染资料中, 显示医护人员在从事医疗操作中约 50% 人员在未严格洗手的情况下从事医疗护理活动。严玲华^[6]指出, 临床护理人员在操作中