

神经重症病人脑疝发生前的预判及护理干预

彭娜 周佳华 莎

【摘要】目的 总结神经重症病人脑疝发生前的预判及护理干预经验。**方法** 回顾性分析 2021 年 1 月至 2022 年 12 月手术治疗的 1 042 例神经重症病人的临床资料。严密观察病情,早期识别脑疝先兆症状,针对颅内压增高实施有效的控制方案,发现脑疝后紧急处理,总结护理经验。**结果** 1 042 例中,781 例通过护理干预及对症处理,颅内压增高症状得到有效控制;221 例通过护理预判并配合检查、手术治疗,避免了脑疝的发生;34 例发生脑疝,6 例死亡。术后随访半年,存活的 1 036 例中,Barthel 指数<40 分 51 例,40~60 分 274 例,>60 分 711 例。**结论** 对神经重症病人,密切观察病情,早期识别脑疝先兆,可以及早发现脑疝的先兆症状,从而赢得抢救的关键时间,改善病人的预后。

【关键词】 神经重症;脑疝;预判;护理

【文章编号】 1009-153X(2023)03-0201-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 651; R 473.6

颅内压持续增高可以引起一系列中枢神经系统功能紊乱和病理生理变化,主要表现为脑血流量减少和脑疝形成,其中脑疝是颅内压增高最严重的并发症,病情凶险、变化快,病死率高^[1],是神经重症病人最需要紧急处理的急症,分秒必争,需要神经外科全体医护人员及时的反应^[2]。早期发现、及时干预对改善脑疝发生前病人的颅脑功能、降低病死率、减少并发症、改善病人预后具有重要的意义。本文总结神经重症病人脑疝发生前的临床护理经验,为临床提供参考。

1 病例资料

1.1 病例选择标准 ①我科收治的神经重症病人;②手术治疗;③头颅影像学检查显示幕上血肿>20 ml、水肿导致中线偏移、颅内占位;④术前 GCS 评分 3~12 分;⑤病程以及临床资料完整。

1.2 研究对象 回顾性分析 2021 年 1 月至 2022 年 12 月收治的 1 042 例神经重症病人的临床资料,其中男 535 例,女 507 例;平均年龄(67.61±7.47)岁;GCS 评分 3~12 分;颅脑损伤 150 例,颅内肿瘤 526 例,脑出血 266 例,脑血管病 100 例,颅内压监测 453 例。

1.3 结果 1042 例中,781 例通过护理干预及对症处理颅内压增高症状得到有效控制;221 例通过护理预判并配合外出检查及手术治疗,避免了脑疝的发

生;34 例发生脑疝,6 例死亡。术后随访半年,存活的 1 036 例中,Barthel 指数<40 分 51 例,40~60 分 274 例,>60 分 711 例。

2 护理方法

2.1 严密观察病情、早期识别脑疝先兆

2.1.1 意识的变化 每 30~60 min 观察病人意识一次。提示脑疝早期征兆包括:病人转入嗜睡状态或大声刺激才能唤醒,大小便失禁,对刺疼不敏感;病人躁动不安后转为嗜睡;意识障碍进行性加重,出现持续昏迷等。

2.1.2 瞳孔的变化 正常情况下,双侧瞳孔等大、等圆,直径 2.5~4.0 mm,对光反射灵敏。严密观察瞳孔的变化情况,在排除原发性动眼神经损伤或其它药物导致的瞳孔变化外,双侧瞳孔不等大、散大及缩小,对光反射表现出消失或迟钝,说明有脑疝发生的可能,应根据病情动态进行相应的干预。

2.1.3 生命体征的变化 对体温、脉搏、呼吸、血压变化情况进行仔细观察,脑疝前驱期伴有“二慢一高”征象:脉搏缓慢而洪大,呼吸深慢伴鼾声,血压上升,尤其是脉压差增大、收缩压升高时,应积极采取针对性的干预措施。

2.1.4 神经系统体征 若病人出现肌张力或肌力减弱,腱反射亢进或消失,肢体偏瘫、抽搐,阳性病理体征等,同时伴有意识障碍进行性加深,应立即通知医生并外出行头颅 CT 检查。

2.1.5 颅内压监测 正常成人颅内压在 5~15 mmHg。颅内压超过 20 mmHg,即为颅内压明显增高,应先排除护理方面因素对颅内压的影响,如仍然偏高,及时

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2023.03.019
作者单位:430070 武汉,中国人民解放军中部战区总医院神经外科(彭娜、周佳、华莎)
通讯作者:华莎,E-mail:346049282@qq.com

通知医生进行处理。

2.2 颅内压增高的控制方法

2.2.1 体位 床头抬高 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$, 避免头颈扭曲, 利于颅内静脉回流, 以防因头颈扭曲而反射性地引起颅内压增高; 昏迷病人取侧卧位, 便于呼吸道分泌物排出。

2.2.2 吸氧 持续或间断吸氧, 必要时使用辅助过度通气, 降低 PaCO_2 , 使脑血管收缩减少脑血流量, 降低颅内压。过度换气持续时间不宜超过 24 h, 以免引起脑缺血。

2.2.3 避免病人躁动 保持病室安静, 避免病人情绪激烈波动, 必要时使用保护性约束或镇静, 以免病人躁动时增加脑部血流灌注, 使血压骤升而增高颅内压。避免意外损伤, 维持正常体温和防止感染^[3]。

2.2.4 保持呼吸道通畅 当呼吸道梗阻时, 会使 PaCO_2 增高, 致脑血管扩张, 脑血容量增多, 加重颅内压增高。排痰困难者或昏迷病人, 必要时配合医生建立人工气道。

2.2.5 防止剧烈咳嗽和用力排便 病人咳嗽排便需用力的情况下会出现胸、腹腔内压力升高的现象, 可能引起脑疝发生。嘱病人多吃粗纤维类食物, 对促进肠蠕动具有有效作用, 便秘患者不可用力屏气排便, 通过服用缓泻药物及低压小量灌肠通便, 不可高压大量灌肠。

2.2.6 亚低温治疗 根据医嘱静脉泵入冬眠药物, 对其速度进行调节实现冬眠深度的有效控制, 等病人进入冬眠状态, 可采取物理降温方式。如果没有进入冬眠状态就出现降温迹象, 病人因御寒反应可能表现出寒战, 将大幅提升机体代谢率、增加耗氧量, 出现颅内压升高。亚低温治疗阶段需防止皮肤冻伤及压力性损伤等情况出现。

2.2.7 引流管护理 需将引流管固定于其开口比侧脑室平面高 10~15 cm 的位置, 维持颅内压处于正常状态。保持引流处于通畅状态, 对引流速度与引流量进行精准把控, 一天引流量控制在 500 ml 内效果最好, 当发生堵管及引流不畅时, 应立即通知医生对症处理。

2.3 脑疝的急救与处理

2.3.1 药物治疗 建立静脉通道, 20% 甘露醇以 5~10 ml/kg 的剂量或 3% 高渗盐水以 2~5 ml/kg 剂量, 10~20 min 快速静脉滴注, 必要时加用速尿 20~40 mg 静脉注射, 以降低颅内压, 改善脑水肿, 控制脑疝的进

程^[4]。

2.3.2 保持呼吸道通畅 平卧, 头偏向一边, 将口鼻分泌物与呕吐物快速吸出, 采取紧急气管插管, 呼吸衰竭者呼吸机通气。

2.3.3 快速术前准备 如具备手术指征, 根据医嘱立即备血、禁食禁水、头皮部位备皮, 留置导尿; 备好床旁锥颅器械和物品, 配合医师进行侧脑室引流术, 必要时通知麻醉科行开颅血肿清除并去骨瓣减压术。

3 讨论

脑疝是颅内压增高的最终病理表现, 疝出的脑组织压迫临近的神经、血管等组织结构, 引起相应组织缺血、缺氧, 造成组织损伤功能受损且预后效果不理想。研究表明, 在脑疝早期即进行有效的预防及治疗, 更具有实际意义^[5]。因此, 临床工作中通过精细化的观察与护理, 抢在病人脑疝发生之前发现病情变化, 并根据病人病情采取有效处理措施及娴熟的急救护理技术预防脑疝形成是挽救生命的重要保证, 可以明显改善病人预后。

我们对 1 042 例神经重症病人进行密切观察与仔细护理, 除 6 例病人因病情严重死亡外, 其余病人都恢复较好。由此可见, 护理干预对神经重症病人脑疝发生前的应用可以及早发现脑疝的先兆症状赢得抢救关键时间, 显著改善神经重症病人颅内压增高、脑疝及相关并发症, 使病人生活质量与治疗护理满意度得到大幅提升, 为病人后期康复创造更多有利条件。

【参考文献】

- [1] 楼晓庆. 颅内压增高的护理及健康教育[J]. 饮食保健, 2019, 6(28): 270-280.
- [2] 赵君凤. 探究急性头部外伤并发颅内压增高的临床处理与护理干预[J]. 首都食品与医药, 2018, 25(5): 78-79.
- [3] 祁佳. ICU 颅内压增高患者采用颅内压监测仪的临床价值及有效护理措施探讨[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(21): 226, 250.
- [4] 汪海关, 戴荣权. 高血压脑出血规范化外科治疗的探讨[J]. 中华神经外科杂志, 2005, 21(11): 658.
- [5] 马廉亭. 颅内压增高危象——脑疝综合征(四)[J]. 中国临床神经外科杂志, 2007, 12(6): 379-382.

(2023-02-15 收稿)