

原发性脑干损伤的护理体会

伍 卉

(南华大学第一附属医院,湖南衡阳421001)

摘要: **目的** 探讨原发性脑干损伤的护理治疗措施,提高救治成功率。**方法** 对本院2009年02月~2011年02月收治的38例原发性脑干损伤病人进行临床护理经验总结和讨论。**结果** 随访平均时间6个月,按GOS评分,良好11例(28.95%),中残7例(18.42%),重残8例(21.05%),植物生存2例(5.26%),死亡10例(26.32%)。**结论** 通过对原发性脑干损伤患者的密观察病情、保持呼吸通畅、控制肺部感染、亚低温治疗等综合治疗可显著改善预后。

关键词: 原发性脑干损伤; 综合治疗; 预后

中图分类号:R473.6 文献标识码:B 文章编号:2095-1116(2011)06-0716-03

Primary Brain Stem Injury and Nursing Experience

WU Hui

(Operating Room, the First Affiliated Hospital, University of South China, Hengyang, Hunan 421001, China)

Abstract: **Objective** To discuss the effective treatment measures of primary brain stem injury to improve its success rate. **Methods** Analysis and discussion were performed about 38 cases of primary brain stem injury treated in my hospital from February 2009 to February 2011. **Results** With follow-up mean time of 6 months, according to glasgow outcome scale (GOS) scores, the data showed good recovery in 11 cases (28.95%), moderate disability in 7 cases (18.42%), severe disability in 8 cases (21.05%), vegetative state in 2 cases (5.26%) and death in 10 cases (26.32%). **Conclusion** Close observation of the patient's condition, to maintain smooth breathing, lung infection control, comprehensive treatment of mild hypothermia therapy can significantly improve the prognosis.

Key words: primary brain stem injury; synthesis treatment; prognosis

原发性脑干损伤是指外力直接损伤脑干后立即发生的损伤,是脑挫裂伤中最严重的特殊类型,致伤暴力较大,病理变化显著,临床症状复杂,随时严重危及生命损伤,如果出现脑干创伤性水肿时,CT可见脑干肿大,密度减低,脑池压闭,死亡率高达70%^[1]。因此加强临床观察及制定护理方案,必须结合创伤后的病程及在此时期存在的病理生理变化反映出的临床表现进行重点护理,尤其要具有目的性,急性期护理的目的在于降低死亡率,缩短昏迷时间,减少致残率,从而达到控制病情减轻继发性损害,防止并发症,促进病情转归的目的,在整体护理中以进一步突出重点^[2]。本院2009年02月~2011

年02月共收治原发性脑干损伤38例,现将其报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本院2009年02月~2011年02月共收治原发性脑干损伤38例,男25例,女13例,年龄8~78岁,平均30.6岁。致伤原因:交通事故28例,高处坠落伤8例,外力打击伤2例;所有病例均经头部CT或核磁共振诊断。

1.2 临床表现

1.2.1 意识障碍 所有病例均出现昏迷,重度昏迷 8 例,中度昏迷 19 例,浅昏迷 11 例,入院时 GCS 评分:3~5 分 12 例,6~8 分 23 例,大于 9 分 3 例。

1.2.2 瞳孔变化 瞳孔大小多变,一侧瞳孔散大 9 例,双侧瞳孔散大 4 例,一侧瞳孔缩小 10 例,双侧瞳孔针尖样缩小 13 例,瞳孔无明显异常变化的 3 例。

1.2.3 生命体征紊乱 持续性高热 18 例,体温不升 5 例,呼吸功能紊乱 9 例,血压降低 6 例。

1.2.4 锥体束征 腱反射亢进及肌张力增高 29 例,去大脑强直 20 例,一侧或双侧锥体束阳性 32 例,四肢软瘫 5 例。

1.2.5 并发症 并发肺部感染 32 例,应激性溃疡 20 例,急性肾功能衰竭 5 例,顽固性呃逆 4 例。

1.3 治疗方法

采用综合治疗方法:(1)立即建立输液通道,同时监护生命体征;(2)积极处理合并症,以危及生命损伤为优先;(3)血肿有占位效应或血肿量在 30 mL 以上者,手术消除颅内血肿,并根据病情确定是否去骨瓣减压;(4)降颅内压,20%甘露醇、速尿等脱水剂,必要时给与胶体脱水治疗,注意水电解质平衡;(5)对低氧血症行吸氧,必要时行气管切开,呼吸机辅助呼吸;(6)亚低温冬眠,保持肛温 33℃~35℃,维持 1 周左右;(7)降低脑代谢,营养脑细胞,促进脑功能恢复;(8)预防感染。

1.4 治疗结果

随访平均时间为 6 个月,根据 GOS 预后标准评分统计,良好 11 例(28.95%),中残 7 例(18.42%),重残 8 例(21.05%),植物生存 2 例(5.26%),死亡 10 例(26.32%)(表 1)。

表 1 38 例原发性脑干损伤临床表现与预后关系(例)

GOS(N)	GCS(分)			瞳孔变化			
	3~5	6~8	9~15	散大		缩小	
				单	双	单	双
良好	0	8	3	0	0	5	3
中残	2	5	0	3	0	3	4
重残	4	4	0	1	0	2	5
植物生存	1	1	0	2	0	0	0
死亡	5	5	0	3	4	0	0

2 护理体会

颅脑外伤是一种复杂而严重的损伤,有时合并脑挫裂伤、颅内血肿等情况,因此严密观察临床变化非常重要,临床观察包括意识、瞳孔、肢体动作变化、生命体征等情况。

2.1 临床观察

2.1.1 神志的观察 意识变化往往是病情变化的重要指标,原发性脑干损伤病人,伤后立即发生昏迷,且昏迷时间长,昏迷病人应注意观察昏迷的深度变化,对各种刺激的反应,以判断病情的转归。昏迷变成躁动,示病情好转,躁动变成昏迷或昏迷由浅变深,提示病情加重,立即报告医师,对症处理。

2.1.2 瞳孔的观察 瞳孔的大小变化及对光反射可直接反映出颅内变化的情况,在护理中应严密注意观察瞳孔是否等大等圆,对光放射是否灵敏,眼球运动的变化,如脑桥损伤时可出现两侧瞳孔极度缩小、两侧眼球同向偏斜或两侧眼球分离等现象,中脑损伤时,两侧瞳孔常不等大、时大、时小、对光反射迟钝消失,眼球向下外倾斜。根据意识、瞳孔变化可及时了解病情的变化趋势。

2.1.3 生命体征的观察 在脑干损伤症状中,呼吸紊乱最为突出,密切观察呼吸节律及频率,一旦出现变化及动脉氧饱和度低于 95%,立即行气管插管,随时准备呼吸机辅助呼吸,同时观察血压脉搏变化,若出现脉搏慢而有力、收缩压升高、脉压差增大,考虑脑血肿形成或脑血肿增加可能,及时处理,反之表示合并有内脏损伤等复合伤可能。

2.2 保持呼吸道通畅

原发性脑干损伤患者伤后常出现持续性昏迷,咳嗽放射减弱,呕吐的胃内容物易吸入肺部导致肺部感染。故昏迷患者应采取侧卧位或仰卧位,头偏向一侧,以利于呼吸道分泌物的排除^[3]。掌握吸痰指征,吸痰前先叩击患者背部数次,将氧浓度提高到 4~6 L/min,在无负压情况下将吸痰管轻轻插入 10~15 cm,然后打开负压边旋边退出,有粘液或分泌物出稍停留,切忌上下重复提插,吸引困难时可借助口咽管在开放气道下进行,保证吸痰措施及时有效,避免经口腔吸痰时对口腔黏膜的损伤,每根吸痰管限用 1 次,每次口咽管操作完毕后浸泡含氯消毒液中 15 min,然后用生理盐水将口咽管上的消毒液冲净打包备用。吸痰时注意观察呼吸、心率及血压变化,发现变化及时处理。吸痰时每次不超过 15 s,危重和痰多的患者不要一次吸尽,应吸氧和吸痰交替进行。若痰多吸痰不理想或肺部有损伤则尽早行气管切开术,做好气管切开护理,避免医源性感染,完善雾化吸入、气道湿化等促进排痰措施。

2.3 早期胃肠内营养,预防消化道应激性溃疡

伤后 48 h 内置胃管,回抽胃液,无消化道出血表现,可预防性用西咪替丁、洛赛克(质子泵抑制剂)等护胃治疗,第 1 个 24 h 鼻饲含纤维的肠内全

价营养乳剂——能全力 500 mL,通过重力滴注法持续缓慢(<100 mL/L)滴注,根据病情逐渐加量,3~4天达1500 mL。注意有无胃潴留及返流现象,通过回抽胃液及观察大便性状及时发现消化道出血给予对症处理。早期鼻饲不仅仅是单纯的营养支持作用,还能保持胃黏膜的完整性,防止细菌感染的移位,减少消化道出血的发生^[4]。

2.4 亚低温治疗,保护脑组织

原发性脑干损伤往往体温较高,物理降温则是处理中枢性高热最有效方法,根据病情置冰袋于腋下、腹股沟、腠窝,或使用人工降温毯进行物理降温。本科室常采用的方式:温水擦浴、30%~50%酒精擦浴,冰袋冷敷,电冰毯降温,保持降温的连续性,降温标准以肛温 32℃~34℃为宜。用药物和物理方法降低体温,可降低机体基础代谢和脑耗氧量,抑制皮层、皮层下中枢和网状结构功能、降颅压,增加脑对缺氧的耐受力,从而保护脑细胞膜结构^[5]。亚低温治疗存在时间窗,因此亚低温开始时间越早越好,一般在伤后 6 h 内为最佳,降温范围 32~34℃为宜,时间为 1 周左右,降温速度要适当掌握,一般应在 2~4 h 降到理想温度。亚低温治疗过程中要注意监测生命体征、血氧饱和度及血气分析,及时处理并发症。

2.5 呃逆护理

原发性脑干损伤合并多发脑挫裂伤患者常出现顽固性呃逆,而频繁的呃逆常使患者烦躁不安,导致颅内压急剧升高,诱发脑疝的发生,特别是急性胃黏

膜病变的发生率更高,使病情进一步加重^[6]。及时控制呃逆不仅可以缓解患者的紧张、焦躁情绪,还可以减轻疾病痛苦及并发症的发生。及时停用地塞米松等激素类药物,给予洛贝林 3 mg 肌肉注射效果较好,还可以采用穴位疗法,如重压合谷穴或关内穴处,引起剧烈疼痛,反射性中止呃逆等多方法治疗。

通过对 38 例原发性脑干损伤患者的护理,体会到原发性脑干损伤的护理是一个系统工程,应提倡综合治疗,加强急性期护理、严密观察病情、呼吸道管理、加强并发症防治对于挽救患者生命,防止二次损伤,减少死亡率、降低致残率有重要意义,对于长期昏迷患者,更要倾注大量爱心,不要轻易放弃。

参考文献:

- [1] 王忠诚.王忠诚神经外科学[M].武汉:湖北科技出版社,2008.423.
- [2] 吴金妹,闵杏秀.原发性脑干损伤早期护理措施[J].中华护理杂志,1995,30(4):261-263.
- [3] 朱冲.急性颅脑损伤 1100 例的护理体会[J].齐鲁护理杂志,2005,11(11):1587.
- [4] 朱文昱,兰青.早期鼻饲能全力对神经源性溃疡的影响[J].苏州医学院报,2000,,20(6):577-578.
- [5] 田军,尹浩,童挥.原发性脑干损伤的早期亚低温治疗[J].中华创伤杂志,2003,19(4):247-248.
- [6] 蒋淑蓉.路脑损伤患者并发呃逆原因分析及对策[J].护士进修杂志,2007,22(10):958.

(此文编辑 朱雯霞)