中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

# 外 科 护 理

W A I K E H U L I

主编：周庆湘
主讲：戴利萍

# 第十一章

# 颅脑疾病病人的护理

LU NAO JI BING BING REN DE HU LI

# 目录


第一节 颅内压增高病人的护理

第二节 颅脑损伤病人的护理

第三节 颅内肿瘤病人的护理

# 第一节 颅内压增高病人的护理

颅内压(intracranial pressure,ICP)是指颅腔内脑组织、脑脊液和血液对颅腔壁所产生的压力，通常以侧卧位腰穿测得的脑脊液压力来代表，成人正常值为70～200mmH20(0.7～2.0kPa),儿童为50～100mmH20(0.5～1.0kPa)。当颅内压持续高于200mmH20时，称为颅内压增高。

# 一、病因

引起颅内压增高的原因可归纳为三类：

1. 颅腔内容物体积或量增加，如脑水肿（为颅内压增高的最常见因素）、脑积水、脑血流量增加等。

2. 颅腔占位性病变，如颅内血肿、脑肿瘤、脑脓肿等。

3. 颅腔容积变小，如狭颅症、颅底凹陷症等。

## 二、病理生理

颅内压增高时，脑血流量减少，脑组织处于严重缺血缺氧的状态。严重的脑缺氧会造成脑水肿，进一步加重颅内压增高，形成恶性循环。当颅内压增高到一定程度时，尤其是占位性病变使颅内各分腔之间压力不均衡，会使一部分脑组织通过生理性间隙从高压区向低压区移位，形成脑疝。移位的脑组织压迫脑内重要结构和生命中枢，常常危及生命。

# 三、护理评估

## （一）健康史

病人是否有颅脑外伤、颅内感染、脑肿瘤、高血压、脑动脉硬化、颅脑畸形等病史，初步判断颅内压增高的原因；有无呼吸道梗阻、咳嗽、便秘、癫痫等导致颅内压增高的诱因；询问症状出现的时间和病情进展情况，以及发病以来所做的检查和用药等情况。

## （二）身体状况

头痛、呕吐、视神经盘水肿是颅内压增高的典型表现，称为颅内压增高“三主征”。

1. 头痛是最常见的症状，以早晨和晚间较重，多位于前额和颞部，程度随颅内压的增高而进行性加重，当病人低头、弯腰、用力、咳嗽时常使头痛加重。

2. 呕吐呈喷射性，常发生于剧烈头痛时，可伴有恶心，与进食无关，呕吐后头痛可有所缓解。

3. 视神经盘水肿是颅内压增高的重要客观体征。表现为视神经盘充血水肿，边缘模糊不清，中央凹陷消失，视网膜静脉怒张，严重时可伴视力减退，视野缩小，甚至失明。

4. 意识障碍及生命体征变化颅内压增高的初期可有嗜睡、反应迟钝等，进而出现昏睡、昏迷、伴瞳孔散大、对光反射消失、发生脑疝。病人可伴有典型的生命体征变化。出现库欣综合征，即呼吸深慢、脉搏徐缓、血压升高等，严重病人可因呼吸循环衰竭而死亡。

5. 脑疝

（1）小脑幕裂孔疝：又称小脑幕切迹布、颞叶钩回疝。为颞叶海马回、颞叶钩回通过小脑幕切迹向幕下移位所形线，常由一颞叶或大脑外侧的占位性病变号引起。在颅内高压的基础上病人出现进行性意识障碍、患侧障孔先缩小后逐新散大、病变对侧肢体瘫孩，生命体征紊乱，最终因呼吸循环衰竭而死亡。

（2）枕骨大孔疝：是小脑扁桃体经枕骨大孔向准管内移位所形成。病情变化快、头痛剧烈、呕吐频繁、颈项强直，生命体征改变显著且出现较早，而意识障碍和瞳孔改变出现较晚。由于延髓的呼吸中枢受压，病人早期可突发呼吸骤停而死亡。

6. 其他症状和体征颅内压增高还可出现复视、头晕、猝倒等。婴幼儿可见头颅增大、动眼神经头皮静脉怒张、囟门饱满、骨缝分离，头颅小脑叩诊时呈破罐音。

## （三）心理-社会状况

枕骨大孔颅内压增高的病人可因头痛、呕吐等引起烦躁不安、焦虑、紧张等心理反应。应了解患见日源量选看者家属对疾病的认知和心理反应及其对病人的关心程度及家庭经济情况。

## （四）辅助检查

1. 腰椎穿刺直接测量颅内压并取脑脊液检查，但有明显颅内压增高症状和体征时可导致枕骨大孔疝的危险，应禁忌。

2. 影像学检查头部X线、CT、MRI、DSA等检查有助于明确病因和病变部位

## （五）处理原则

1. 非手术治疗

包括限制液体摄入量，应用脱水剂和糖皮质激素，亚低温冬眠疗法等以减轻脑水肿，降低颅内压。

2. 手术治疗手术去除病因是最根本和最有效的治疗方法。如手术切除颅内肿瘤、清除颅内血肿、处理大片凹陷性骨折等，脑积水者行脑脊液分流术，大量脑出血、脑疝形成者可采用去骨瓣减压术。

## 三、常见护理诊断/健康问题

1. 有脑组织灌注无效的危险与颅内压增高有关。
2. 有体液不足的危险与剧烈呕吐及应用脱水剂有关。
3. 急性疼痛与颅内压增高有关。
4. 潜在并发症：脑疝。

# 四、护理措施

## （一）一般护理

1. 休息与体位 绝对卧床休息，保持病室安静。抬高床头15°~30°的斜坡位，以利头部静脉回流，减轻脑水肿，降低颅内压。昏迷者侧卧位，以免呕吐物误吸。

2. 给氧 持续或间断吸氧，使脑血管收缩，减少脑血流量，降低颅内压。

3. 饮食与补液 神志清醒者，给予低盐普食；不能进食者，成人每日输液量控制在1500~2000ml，其中生理盐水不超过500ml，24小时尿量不少于600m即可。输液速度不宜过快，防止短时间内输注大量液体加重脑水肿。使用脱水剂时应注意水、电解质的平衡。

4. 维将正常体温 中枢性高热应用物理降温为主，药物为辅，必要时使用冬眠疗法。一般体温达到38.0℃可应用头部物理降温，达到38.5℃以上应全身降温。

5. 加强基础护理 做好口腔护理：定时翻身，拍背，雾化吸入，清醒者鼓励深呼吸，有效咳嗽，防止发生肺部并发症；保持会阴部、臀部清洁、干燥，以防发生压疮；对留置导尿管者，做好导尿管护理，防止泌尿系感染：昏迷者眼分泌物增多时，应定时清洗，必要时用抗生素眼药水或眼膏，以防眼部感染；眼脸不能闭台者涂以眼膏或用眼罩以防暴露性角膜炎；注总安全，防止损伤。

## （二）病情观察

密切观察病人意识状态、生命体征、瞳孔和肢体活动的变化。

1. 意识状态　意识状态反映了大脑皮质和脑干的功能状态，目前通用的是格拉斯哥昏迷量表(Glasgow coma scale,GCS)进行评估。评定睁眼、语言及运动反应，以三者得分相加表示意识障碍轻重，最高15分，表示意识清醒，8分以下为昏迷，最低3分，分数越低表明意识障碍越严重。

## 格拉斯哥昏迷评分（GCS)标准

| 睁眼反应（E） | 得分 | 语言反应(V) | 得分 | 运动反应(M) | 得分 |
|---|---|---|---|---|---|
| 自动睁眼 | 4 | 回答正确 | 5 | 按吩咐动作 | 6 |
| 呼唤睁眼 | 3 | 回答错误 | 4 | 刺痛能定位 | 5 |
| 刺痛睁眼 | 2 | 吐字不清 | 3 | 刺痛时回缩 | 4 |
| 不能睁眼 | 1 | 有音无语 | 2 | 刺痛后屈曲 | 3 |
| | | 不能发声 | 1 | 刺痛后过伸 | 2 |
| | | | | 无反应 | 1 |

2. 瞳孔　瞳孔的观察对判断病变部位具有重要的意义，要注意双侧瞳孔是否等大、等圆及对光反射是否正常。颅内压增高病人出现病侧瞳孔先小后大，对光反射迟钝或消失，应警惕小脑幕裂孔疝的发生。

3. 生命体征　观察脉搏的频率、节律及强度；血压、脉压；呼吸的频率、幅度和类型等。为避免病人躁动影响测量的准确性，应先测呼吸、再测脉搏，最后测血压。

4. 肢体功能　是否存在病变对侧肢体肌力的减弱和麻痹；是否存在双侧肢体自主活动的消失；有无阳性病理征等。

## （三）防止颅内压骤升的护理

1. 安静休息，避免情绪激动，以免血压骤升，引起颅内压升高。

2. 保特呼吸道通畅　引起呼吸道梗阻的原因有呼吸道分泌物积聚、呕吐物误吸、卧位不正确导致气管受压或舌根后坠等。呼吸道梗阻时，病人用力呼吸致胸腔内压力增高，由于颅内静脉无静脉瓣，胸腔内压力可直接逆行传导到颅内静脉，增加颅内压；呼吸道梗阻使PaC02,增高，导致脑血管扩张，脑血流量增多，加重颅内高

压。因此，防止呕吐物吸入呼吸道、及时清除呼吸道分泌物、呕吐物；卧位时防止颈部屈曲或胸部受压；舌后坠者托起下颌或放置口咽通气管；痰液黏稠者行雾化吸人：对意识不清或咳痰有困难者，应配台医生尽早行气管切开。

3. 避免剧烈咳嗽和便秘　剧烈咳嗽、用力排便均可使胸腹腔内压骤然升高而引起脑疝。因此，避免并及时治疗感冒、咳嗽。多吃蔬菜和水果或给缓泻剂以防止便秘：对已有便秘者，给予开塞露或低压、小剂量灌肠，禁忌高压獾肠，必要时戴手套掏出粪块。

4. 及时控制癫痫发作　癫痫发作可加重脑缺氧和脑水肿。因此，要注意观察有无癫痫发作，一旦发生，应报告医生，按医嘱定时、定量给予抗痛痫药物及降颅压处理。

## （四）对症护理

1. 高热 高热造成脑组织相对缺氧，加重脑损害，必须采取降温措施，必要时应用冬眠低温疗法。

2. 头痛 减轻头痛最好方法是应用高渗性脱水剂，适当应用止痛剂，但禁用吗啡和哌替啶，以免抑制呼吸中枢；避免咳嗽，打喷嚏、弯腰、低头等使头痛加重因素。

3. 躁动 寻找原因（如呼吸不畅，尿潴留，卧位不适，衣服、被子被大小便或呕吐物浸湿等），并及时处理。慎用镇静剂，禁忌强制约束，以免病人挣扎而使颅内压进一步增高，加床挡，防止坠床等伤害。

4. 呕吐 及时清除呕吐物，防止误吸，观察并记录呕吐物的量和性状。

## （五）药物治疗护理

1. 脱水治疗的护里 颅内压增高者常用高渗性和利尿性脱水剂。脱水药物应按医嘱定时，反复使用，停药前逐渐减量或延长给药间隔，以防颅内压反跳。使用20%甘家醇250ml，15-30分钟内快速滴完；使用呋塞米还需注意有无血糖升高；在脱水期间要观察血压、脉搏、尿量变化，了解脱水效果及有无血容量不足、水电解质失衡等副作用，注意观察和记录24小时出入水量。

2. 激素治疗的护理 肾上腺皮质激素如地塞米松、氢化可的松等，可预防或缓解脑水肿，但激素可引起消化道应激性溃疡和增加感染机会，应加强观察和护理。

## （六）脑疝的急救与护理

1. 快速静脉输注20%甘露醇200~400ml，利用留置导尿管以观察脱水效果。

2. 保持呼吸道通畅并给氧，呼吸功能障碍者，应气管插管行人工辅助呼吸。

3. 密切观察病人意识、瞳孔、生命体征变化和肢体活动情况，配合医生完成必要的诊断性检查（如CT检查）。

4. 做好紧急手术的准备

## （七）脑室外引流的护理

1. 妥善固定 病人回病房后，在无菌操作下连接引流瓶（袋），妥善固定引流管和引流瓶（袋）。引流管开口需高于侧脑室平面10～15cm，以保持正常颅内压。搬动病人时，将引流管暂时夹闭，以防止脑脊液逆流引起颅内感染。

2. 保持引流通畅 防止引流管受压、扭曲、折叠、成角，活动翻身时避免牵拉引流管。若引流管被小凝血块或挫碎的脑组织阻塞，可在严格的无菌操作下用无菌注射器轻轻向外抽吸，切不可注入生理盐水冲洗，以免管内阻塞物冲入至脑室系统，引起脑脊液循环受阻。

3. 注意引流速度和量 禁忌流速过快，避免颅内压骤降造成脑移位危险，每引流量不超过500ml为宜。

4. 严格执行无菌操作 每天定时更换引流袋，更换时先夹闭引流管，以防空气进入或脑脊液逆流入颅内，注意整个装置无菌状态。

5. 观察和记录 观察和记录脑脊液性状、颜色和量，正常脑脊液无色透明、无沉淀。若脑脊液中有大量鲜血提示脑室内出血，若脑脊液混浊则提示感染。

6. 拔管 脑室外引流管放置一般不宜超过5-7天，开颅术后脑室引流管一般放置3-4天。拔管前行头颅CT检查，并夹闭引流管或抬高引流瓶24小时，观察有无颅内压增高征象。拔管时先夹闭引流管，以免管内液体逆流入脑室引起感染。拔管后如有脑脊液漏，应告知医生妥善处理，以免引起颅内感染。

## （八）冬眠低温疗法的护理

冬眠低温疗法是应用药物和物理方法降低病人体温，以降低脑组织耗氧量和新陈代谢率，减少脑血流量，增加脑对缺血缺氧的耐受力，防止脑水肿的发生和发展，同时有一定的降低顿内压作用。适用于各种原因引起的严重脑水肿、中枢性高热病人，但儿童和老年人慎用，休克、全身衰竭或有房室传导阻滞者禁用。

1. 安置病人 于单人房间，室内光线宜暗，室温18～20℃。

2. 降温方法 遵医嘱给予冬眠药物（如氯丙嗪、异丙嗪及哌替啶组成的冬眠Ⅰ号合剂，哌替啶、异丙嗪及双氯麦角碱组成的冬眠Ⅱ号合剂），最好选择静脉滴注。给冬眠药物半小时后，机体御寒反应消失，进入睡眠状态后，方可加用物理降温。物理降温可采用头部戴冰帽或在体表大血管处放置冰袋，如颈动脉、腋动脉、肱动脉、股动脉等处。降温速度以每小时下降1℃为宜，以肛温32～34℃、腋温31～34℃为宜，体温过低易诱发心律失常、低血压等并发症。

3. 用冬眠药半小时内不能搬动病人或为病人翻身，防止发生体位性低血压。

4. 密切观察病情变化 在冬眠治疗前观察并记录意识瞳孔、体温、脉搏、呼吸、血压和神经系统病征，作为治疗前后观察对比的基础。在冬眠期间，若发现收缩压<100mmHg,脉搏>100次/分，呼吸次数减少或不规则时，应及时通知医生，遵医嘱停止冬眠疗法或更换冬眠药物。

5. 冬眠期间机体代谢率降低，对能量、水分的需求减少。因此，液体输入量每日不宜超过1500ml；鼻饲者，鼻饲食温度应当与当时体温相同。

6. 预防肺部、泌尿系感染，防止冻伤和压疮等并发症。

7. 冬眠低温治疗时间一般为3～5天，停止冬眠疗法时先停物理降温，然后逐步减少冬眠药物剂量直至停用；注意保暖，让体温自然回升。

## （九）心理护理

及时发现病人的心理异常和行为异常，查找并去除病因；协助病人对人物、时间、地点定向力的辨识，用爱心、细心，同情心，责任心照顺病人，有助于改善病人的心理状况。

## （十）健康指导

1. 心理指导 颅脑疾病后，病人及家属均对脑功能的康复有一定的忧虑，担心影响今后的生活和工作，应鼓励病人尽早自理生活，对恢复过程中出现的头痛、耳鸣，记忆力下降等给子适当的解释，树立病人信心。

2. 康复训练 颅脑疾病手术后，可能遗留语言、运动或智力障碍，伤后1~2年内仍有恢复的可能，制订康复计划，进行语言、记忆力等方面的训练，以改善生活自理能力和社会适应能力。

# 第二节 颅脑损伤病人的护理

颅脑损伤是一常见疾病，发生率仅次于四肢损伤，主要因交通事故、坠落、跌倒、钝器、锐器等所致。可分为头皮损伤、颅骨骨折和脑损伤，三者可单独或合并存在。对预后起决定作用的是脑损伤的程度和处理结果。

# 一、头皮损伤病人的护理

头皮损伤在颅脑损伤中最常见，可分为头皮血肿、头皮裂伤、头皮撕脱伤。头皮分五层。单纯头皮损伤一般不会引起严重后果，但头皮损伤部位常是着力部位，着力部位的判断有助于推断脑损伤的部位。其次头皮血供丰富，伤后极易失血，甚至导致休克。同时头皮抗感染和愈合能力较强，但一旦感染易向深部蔓延引起颅内感染。

# 一、护理评估

## （一）健康史

头皮损伤均由直接外力所致。应了解病人受伤的方式和致伤物的种类，因可能合并有其他脑损伤，要询问病人受伤后的，意识状况和有无其他不适。

## （二）身体状况

1. 头皮血肿

多因钝器损伤导致头皮内血管破裂，而头皮仍保持完整，形成头皮血肿。

（1）皮下血肿：血肿位于皮肤表皮层与帽状腱膜层之间，因受皮下纤维隔限制，血肿体积小，张力高，压痛明显。

（2）帽状腱膜下血肿：位于帽状腱膜层与骨膜层之间，该处组织疏松，出血易扩散，血肿较大，触之软，有明显波动感。

（3）骨膜下血肿：与骨缝为界，局限于某一颅骨范围。血肿较大，张

2. 头皮裂伤　锐器所致的头皮裂伤，伤口创缘整齐，多数裂伤仅限于头皮，可深达骨膜，一般颅骨完整。钝器造成的头皮裂伤多不规则，创缘有挫伤痕迹，常伴着力点的颅骨骨折或脑损伤。因头皮血管丰富，伤后出血多，易发生失血性休克。

3. 头皮撕脱伤　是最严重的头皮损伤。多因发辫受机械牵拉，大块头皮自帽状腱膜下层或连同骨膜一起被撕脱所致。伤后出血多，易发生失血性休克，应及时处理。

## （三）辅助检查

头颅X线可判断有无颅骨骨折。

## （四）处理原则

较小的头皮血肿一般在1～2周可自行吸收，无需特殊处理；早期冷敷，24～48小时后热敷；血肿较大者可在无菌操作下穿刺抽吸后加压包扎。头皮裂伤争取在24小时内清创缝合。头皮撕脱伤现场急救应立即加压包扎止血，同时使用抗生素、强镇痛剂和破伤风抗毒素。在无菌、无水和低温密封下保护撕脱头皮，随病人一起送至医院，争取尽早清创植皮。

## 二、常见护理诊断/健康问题

1. 组织完整性受损　与头皮损伤有关。
2. 潜在并发症　　感染、休克。

## 三、护理措施

1. 病情观察　密切观察病人血压、脉搏、呼吸、瞳孔和神志变化；注意有无脑损伤和颅内压增高的发生。

2. 伤口护理　注意创面有无渗血，有无疼痛，保持敷料干燥清洁，保持引流通畅。

3. 预防感染　遵医嘱给予抗生素和破伤风抗毒素；观察有无全身和局部感染表现。

# 二、颅骨骨折病人的护理

颅骨骨折指颅骨受暴力作用所致颅骨结构的改变，其临床意义并不在骨折本身，而在于骨折所引起的脑膜、脑、血管和神经损伤，可合并脑脊液漏、颅内血肿及颅内感染。按骨折部位分为颅盖骨折和颅底骨折；按骨折是否与外界相通分为开放性和闭合性骨折；按骨折形态分为线形骨折和凹陷性骨折。

# 一、护理评估

## （一）健康史

询问病人受伤的过程，如暴力的方式、部位、大小、方向，当时有无意识障碍及口鼻流血、流液等情况，初步判断有无脑损伤和其他损伤。

## （二）身体状况

1. 颅盖骨折　常合并有头皮损伤。若骨折片陷入颅内则可导致脑损伤，出现相应的症状和体征；若引起颅内血肿，则可出现颅内压增高症状。

2. 颅底骨折　多因间接暴力作用于颅底所致，常伴有硬脑膜破裂，引起脑脊液漏而确诊。主要表现为皮下和黏膜下瘀斑、脑脊液外漏和脑神经损伤三个方面。

颅底骨折的临床表现

| 骨折部位 | 瘀斑部位 | 脑脊液漏 | 脑神经损伤 |
| --- | --- | --- | --- |
| 颅前窝 | 眼睑、球结膜下（“熊猫征”或“眼镜征”） | 鼻漏 | 嗅神经 |
| 颅中窝 | 无 | 耳漏 | 颞骨岩部骨折损伤面神经、听神经；骨折位于中线位，则累及第Ⅱ至Ⅵ对脑神经 |
| 颅后窝 | 乳突区和枕下部（Battle征）、咽后壁黏膜下 | 无 | 第Ⅸ至Ⅻ对脑神经 |

## （三）辅助检查

颅骨X线片和CT检查，可明确骨折的部位和性质。

## （四）处理原则

颅盖线形骨折一般不需特殊处理；凹陷性骨折，如有脑组织受压症状或凹陷直径大于5cm,深度达1cm者，应给予手术整复。颅底骨折脑脊液漏一般在2周内愈合，超过4周不自行愈合者应手术修补硬脑膜。开放性骨折应给予抗生素、破伤风抗毒素预防感染。

## 二、常见护理诊断/健康问题

1. 有感染的危险　与脑脊液外漏有关。
2. 潜在并发症：颅内出血、颅内压增高、颅内低压综合征等

。

## 三、护理措施

1. 病情观察　密切观察病人的意识状态、瞳孔、生命体征、肢体活动等颅内压增高的症状。

2. 脑脊液外漏的护理　重点是防止因脑脊液逆流导致颅内感染。

（1）嘱病人采取半卧位，头偏向患侧，借重力作用使脑组织向颅底移动，促进漏口封闭，维持至停止漏液后3~5天。

（2）保持外耳道、鼻腔、口腔清洁，每天2~3次消毒，棉签不可过湿，防止逆行感染。

（3）严禁堵塞鼻腔和外耳道；勿挖鼻、抠耳，禁止耳、鼻滴药或冲洗；严禁经鼻腔吸氧、吸痰和放置胃管；禁忌做腰椎穿刺。

（4）避免用力打喷嚏、擤鼻涕、咳嗽、用力排便，以防止脑脊液逆流。

（5）观察和记录脑脊液流出量、颜色及性状。

（6）注意观察有无颅内感染征象，遵医嘱使用抗生素和破伤风抗毒素。

3. 注意颅内低压综合征　若脑积液外漏多，可使颅内压过低而导致颅内血管扩张，出现剧烈头痛、眩晕、呕吐、厌食、反应迟钝、脉搏细弱、血压偏低。嘱病人卧床休息，头低足高位，遵医嘱多饮水或静脉滴注生理盐水以补充大量水分以缓解症状。

4. 心理护理　向病人介绍病情、治疗方法和注意的事项，以取得配合，消除其紧张情绪。

# 三、脑损伤病人的护理

脑损伤是指脑膜、脑组织、脑血管以及脑神经在受到外力作用后发生的损伤。

# 一、病因及分类

根据伤后脑组织与外界是否相通，将脑损伤分为开放性损伤和闭合性损伤两类。前者多由锐器或枪弹直接造成，伴有头皮裂伤、颅骨骨折和硬脑膜破裂，有脑脊液漏；后者多由间接暴力或头部接触钝性物体所致，脑膜完整，无脑脊液漏。根据脑损伤机制及病理改变，分为原发性和继发性两类。前者指暴力作用后立即发生的脑损伤，如脑震荡、脑挫裂伤；后者是指受伤一定时间后出现的脑损害，包括脑水肿和颅内血肿等。

# 一、护理评估

## （一）健康史

详细了解病人的受伤经过，如暴力的性质、大小、方向及速度；了解其身体状况，有无意识障碍及程度和持续时间，有无头痛、恶心、呕吐、抽搐、大小便失禁和肢体瘫痪等。了解现场急救情况，既往健康状况。

## （二）身体状况

1. 脑震荡为一过性脑功能障碍，伤后立即出现短暂的意识障碍，一般不超过30分钟。同时伴有面色苍白、出冷汗、血压下降、脉搏缓慢、呼吸浅慢、肌张力降低、各种生理反射迟钝或消失。清醒后大多不能回忆受伤前及当时的情况，称逆行性遗忘。常伴有头痛、头晕、恶心、呕吐等症状。神经系统检查无阳性体征，脑脊液化验无异常，头部CT无阳性发现。

2. 脑挫裂伤为脑实质的损伤，包括脑挫伤、脑裂伤，两者常并存。因受伤部位不同临床表现差异较大。

（1）意识障碍：为最突出的临床表现，伤后立即出现，其程度和持续时间与脑挫裂伤的程度、范围有关，多数在30分钟以上。严重者可长期昏迷。

（2）局灶症状与体征：受伤时立即出现与受伤部位相应的神经功能障碍和体征，如语言中枢受损出现失语，运动中枢受损出现对侧肢体瘫痪等。

（3）生命体征改变：由于脑水肿和颅内压增高，早期可出现血压升高、脉搏变慢、呼吸深慢，严重者可致呼吸、循环功能衰竭。

（4）头痛、恶心、呕吐：脑挫裂伤最常见症状，头痛于伤后1~2周内最明显，以后逐渐减轻，可能与颅内压增高、蛛网膜下隙出血、脑血管运动功能障碍有关。伤后早期恶心、呕吐因脑干呕吐中枢受到脑脊液、血液刺激等引起，晚期则多为颅内压增高所致。

3. 颅内血肿是颅脑损伤中最常见、最严重的继发性病变。如不及时处理，其引起的颅内压增高及脑疝往往可危及病人的生命。根据血肿的来源和部位分为硬脑膜外血肿、硬脑膜下血肿和脑内血肿。根据血肿引起颅内压增高及出现症状的时间分为急性血肿(3天内）、亚急性血肿(3天至3周)、慢性血肿(3周以上)。

（1）硬脑膜外血肿：约占外伤性颅内血肿的30%，大多属于急性型。出血积聚于颅骨与硬脑膜之间，与颅骨损伤致脑膜中动脉及分支破裂出血有密切关系。其典型临床表现是在原发性意识障碍后有一段中间清醒期，然后再度意识障碍，并逐渐加重（即昏迷一清醒一昏迷）。如原发性脑损伤较重或血肿形成较迅速，也可能不出现中间清醒期而表现为伤后持续昏迷并进行性加重，少数病人也可无原发性昏迷，而在血肿形成后出现昏迷。病变发展可有颅内压增高以及血肿压迫所致的神经局灶症状和体征，甚至有脑疝表现。

（2）硬脑膜下血肿：约占外伤性颅内血肿的40%，多属于急性或亚急性型。出血积聚在硬脑膜下隙，多因对冲性脑挫裂伤导致脑皮质血管破裂所致。因多数与脑挫裂伤和脑水肿同时存在，故伤后持续性昏迷且进行性加重。较早出现颅内压增高和脑疝症状。

（3）脑内血肿：比较少见，发生在脑实质内，常与硬脑膜下血肿共存。临床表现与脑挫裂伤和急性硬脑膜下血肿类似，以进行性加重的意识障碍为主要表现，若血肿累及重要脑功能区，可出现偏瘫、失语、藏痫等症状。

## （三）心理-社会状况

因脑损伤多有不同程度的意识障碍和肢体功能障碍，故病人清醒后对脑损伤及其功能的恢复有较重的心理负担，常表现为焦虑、悲观、恐惧等；病人意识和智力的障碍也可使家属产生不良的心理反应；此外，家庭对病人的支持程度和经济能力也影响着病人的心理状态。

## （四）辅助检查

CT是目前最常用的检查方法，能清楚显示颅骨骨折、脑挫裂伤、颅内血肿的部位、范围和程度；MRI能显示脑挫裂伤病灶。

## （五）处理原则

脑震荡无需特殊治疗，一般卧床休息1～2周，适当予以镇静、镇痛等对症处理，预后良好。脑挫裂伤的处理包括卧床休息，保持呼吸道通畅，给予营养支持及维持水、电解质和酸碱平衡；防治脑水肿，对症处理等；重度脑挫裂伤在颅内压增高明显时应做脑减压术或局部病灶清除术。颅内血肿一经确诊，原则上手术治疗，手术清除血肿，并彻底止血。

## 二、常见护理诊断/健康问题

1. 急性意识障碍与脑损伤、颅内压增高有关。

2. 清理呼吸道无效与意识障碍，不能有效排痰有关。

3. 营养失调：低于机体需要量与伤后进食障碍及高代谢状态有关。

4. 潜在并发症：颅内压增高、脑疝、感染、外伤性癫痫、压疮及肌肉萎缩等。

# 三、护理措施

## (一)急救护理

1. 现场急救　争分夺秒地抢救心搏骤停、窒息、开放性气胸、大出血等危及病人生命的伤情，颅脑损伤救护时应做到保持呼吸道通畅，注意保暖，禁用吗啡止痛，以免抑制呼吸。

2. 妥善处理伤口　开放性颅脑损伤应剪短伤口周围头发，伤口局部不清洗、不用药，用无菌纱布保护外露的脑组织以避免受压。应遵医嘱尽早应用抗生素和破伤风抗毒素。

3. 防治休克　有休克征象者应积极补充血容量并查明有无其他部位的损伤和出血，如多发性骨折、内脏破裂等，及时做好手术前准备。

4. 做好护理记录　记录受伤经过，异常表现及处理经过；生命体征、意识、瞳孔及肢体活动等。

（二）一般护理

1. 体位　抬高床头15°～30°，以利于颅内静脉回流，减轻脑水肿。昏迷病人应采取侧卧位或侧俯卧位，以利于口腔内分泌物的排出和防止呕吐物、分泌物误吸。

2. 保持呼吸道通畅　颅脑损伤病人有意识障碍，丧失正常咳嗽反射和吞咽功能，呼吸道分泌物不能有效排出，舌后坠等可引起严重的呼吸道梗阻。因此，必须及时有效地清除口咽部的血块、呕吐物和分泌物；病人取侧卧位，定时吸痰，痰液黏稠时给予雾化吸入以稀释痰液；必要时置口咽通气管，或行气管切开术和人工辅助呼吸

3. 营养支持　无法进食的病人应及早采用胃肠外营养，控制盐和水的摄入量，每天静脉输液量在1500～2000ml，输液速度不可过快。从静脉补充葡萄糖、氨基酸、脂肪乳剂、维生素等。待肠蠕动恢复后，可采用鼻胃管补充营养。要定期评估病人的营养状况，如体重、氮平衡、血浆蛋白、血糖和电解质，以及时调整营养供给量和配方。

4. 做好基础护理　加强皮肤护理，定时翻身，预防压疮；保持四肢关节功能位，每日做四肢活动及肌肉按摩；留置导尿时，要定时消毒尿道口；防止便秘可给予缓泻剂，禁忌高压灌肠，以免诱发颅内压增高。

## （三）病情观察

病情观察是颅脑损伤病人护理的重要内容，目的是观察病情变化及治疗效果，及时发见和处理继发性病变（参见本章第一节内压增高病人的护理）。

## （四）治疗与配合

治疗配合的具体措施：

①遵医嘱应用脱水剂、糖皮质激素、亚低温冬眠疗法等措施降低颅内压。

②应用抗生素防治颅内感染。

③对癫痫病人应掌握其发作先兆，做好预防措施，如采用护栏、床头放枕头，遵医嘱按时给予抗癫痫药物以防发生；发作时应专人护理，用牙垫防止舌咬伤，及时吸出气管内分泌物，保持呼吸通畅。

④昏迷者按昏迷常规护理，眼脸不能闭合者涂眼膏，防角膜炎或角膜溃疡。

⑤高热病人，注意降温，常用方法有物理降温，如头部冰帽，大血管处置冰袋等，如物理降温无效，可遵医嘱给予亚低温冬眠疗法。

⑥做好手术病人术前常规准备，术后脑室引流者，注意妥善固定、无菌操作，保持通畅、定时观察记录和掌握拔管指征。

## （五）心理护理

对于在疾病恢复过程中产生的症状如头痛、耳鸣、记忆力减退等，给予适当的解释和安慰；鼓励病人树立战性疾病的信心和勇气。

## （六）健康指导

脑损伤后遗留的语言、智力或运动功能障碍，通过康复训练在伤后1~2年内有部分恢复的可能。协助制订康复计划，鼓励病人尽早开始康复圳练，如语言、运动等方面的功能锻；耐心指导，以改善生活自理的能力和社会适应能力。

# 第三节 颅内肿瘤病人的护理

颅内肿瘤又称脑瘤，包括原发性和继发性两大类。发病部位以大脑半球最多，其次为被区、脑桥小脑角、小脑、脑室及脑干。常见类型有：①神经胶质瘤，来源于神经上皮，是颅内最常见的恶性肿瘤，约占内肿瘤的40%～50%；②脑膜瘤，约占内肿瘤的20%，良性居多，生长缓慢；③体腺瘤，属于良性，根据细胞的分泌功能不同，可分为催乳素腺瘤(PRL瘤)生长糖波质微素腺瘤(GH瘤)、促肾上腺皮质糖皮质微素腺瘤(ACTH瘤)等，④听神经瘤，良性位于第Ⅷ脑神经前庭支上；⑤颅咽管瘤，良性肿瘤，位于鞍上区；⑥转移瘤，来自于肺、乳腺等部位的恶性肿瘤。

# 一、护理评估

## （一）健康史

同有无长期接触电磁幅射、神经系统致腐物和病毒感染的病史

## （二）身体状况

1. 颅内压增高　约90%以上的病人表现为内压增高症状和体征，通常呈慢性、进行性加重的过程，若未得到及时正确的治疗，轻者可写引起视神经萎缩，约80%的病人可发生视力减退，重者可引起脑疝。

2. 局灶症状与体征　由于不同部位的肿瘤对脑组织造成的刺激、压迫和破坏不同而各异，如意识障碍、癫痫发作，进行性运动障碍或感觉障碍，各种脑神经的功能障碍，小脑症状等。

## （三）心理—社会状况

患者及家属，常因担忧肿瘤的性质和预后，表现出惶恐不安；此外，家庭对病人的支持程度经济能力也响着病人的心理状态。

## （四）辅助检查

CT、MRI检查及血清内分泌糖皮质激素的检测是目前最常用的辅助检查手段。

## （五）处理原则

1. 降低颅内压　常用脱水剂、糖皮质激素、亚低温冬眠疗法和脑脊液外引流等以缓解症状。

2. 手术治疗　颅内肿瘤的根本治疗是切除肿瘤，但有些肿瘤无法全部手术切除而需行放疗、化疗。

3. 放疗　可采取内照射法、外照射法。

4. 化疗　化学治疗在颅内肿瘤的综合治疗中已成为重要的治疗方法之一。

5. 其他治疗　如免疫治疗、中医中药治疗等。

## 二、常见护理诊断/健康问题

1. 自理缺陷　与肿瘤压迫导致肢体瘫疯以及开颅手术有关。
2. 潜在并发症　颅内压增高、脑疝、脑脊液漏、尿崩症等。

## 三、护理措施

颅内肿瘤病人的护理与颅脑损伤、颅内压增高的护理措施基本相同。其包括生活护理、心理护理、预防颅内压增高护理、伤口及脑室引流的护理等。

# 谢谢观看