

# 颅脑外伤病人的护理查房

查房目的：通过本次查房学习颅脑外伤的  
相关知识并能运用相关知识护  
理患者

查房时间：

查房地点：ICU科示教室

参加人员：ICU科全体护理人员

# 颅脑外伤解释

- | 颅脑外伤是外界暴力直接或间接作用于头部所造成的损伤；
- | 按损伤后脑组织是否与外界相通分为开放性和闭合性损伤；
- | 常见的脑外伤有头皮裂伤、头皮撕脱伤、头皮血肿、颅骨骨折、脑震荡、脑挫裂伤、颅内血肿等；
- | 受伤后有不同程度的头痛、呕吐、视乳头水肿及意识、思维、感觉、运动障碍；
- | 颅脑外伤病情复杂、变化快，易引起不良后果，部分病人需手术治疗。

# 护理查房内容概要

1. 病史汇报
2. 护理评估
3. 护理查体
4. 护理计划
5. 问题讨论
6. 相关知识提升

## 病史汇报

1床患者谢星星，男，44岁，于2014-04-10因“车祸致昏迷近4小时”入院。入院后急查头部CT示“脑疝形成，右侧颞顶部硬膜外、硬膜下血肿，广泛性脑挫裂伤，蛛网膜下腔出血，颅骨骨折，颅底骨折”，胸部CT提示：“双肺可见斑片状、条索状高密度影”，腹部CT提示未见明显异常。并行右侧锁骨下静脉置管并监测中心静脉压，（当天）12:00在气管插管全麻下行“颅内血肿清除术+去骨瓣减压术”。手术顺利，术中出血约400毫升，输血同型浓缩红细胞3u,输同型血浆150ml。术后自主呼吸恢复好，生命体征平稳。安返ICU病室监护各项生命体征，行气管插管吸氧吸痰，胃肠减压、留置尿管、记出入水量，监测血压血糖，维持水电解质酸碱平衡。同时给予抗感染、营养神经、改善微循环，护胃、护肝等对症治疗。

# 病史汇报

## 临床最后诊断:

### 一、创伤性特重型颅脑损伤:

- 1.脑疝;
- 2.广泛性脑挫裂伤;
- 3.右侧颞部硬膜外血肿;
- 4.右侧硬膜下血肿;
- 5.双侧额部脑内血肿;
- 6.蛛网膜下腔出血;
- 7.颅骨骨折;
- 8.颅底骨折;
- 9.头皮血肿;

### 二、闭合性胸外伤:

双肺挫裂伤

# 护理评估

## 四史

- 现病史：患者因“车祸致昏迷近4小时”入院，伤后未进食、水，有小便失禁，未解大便。急诊在全麻下行双侧颅内血肿清除去骨瓣减压+右颞顶叶硬膜外血肿清除钻孔引流术，手术顺利，术后中度昏迷状态，呼之不能睁眼，无遵嘱动作。术后按ICU特护护理，监测生命体征，同时给予抗感染、护脑、护胃等对症处理。
- 既往史：平素健康状况良好，否认肝炎、结核、疟疾等传染病史，否认“高血压”、“糖尿病”等病史，否认手术史，否认外伤史，否认输血史，否认药物、食物过敏史，预防接种随当地进行。
- 个人史：生于湖南耒阳市，久居于本地，无疫区居住史，无疫水、疫源接触史，无放射物、毒物接触史，无毒品接触史，无吸烟史，无饮酒史，无冶游史。
- 家族史：父母健在，兄弟姐妹均体健，具体不详，家族中无遗传病史。

## 五方面（包括饮食、休息与睡眠、排泄、平日生活自理能力及嗜好）

因患者暂无语言能力，无法评估

## 六心理社会状态（包括精神状态、心理状态、对疾病的认识、性格及交往能力、家庭关系、经济状况）

因患者暂无语言能力，无法评估



## 护理查体

T:36.8-39.0℃，P:85-120次/分，BP:120-150/75-105mmHg，R:18-25次/分，自主呼吸恢复，经气管插管吸氧3升/分，经皮血氧饱和度在95%以上，中心静脉压8-12厘米水柱。禁食，无肛门排气排便，留置导尿，尿色淡黄，尿量约50-150毫升/小时。头部外观明显肿胀，手术伤口敷料包扎固定，少量渗血，右侧颞顶部可见两根引流管，左侧可见一根引流管，引流管均引流通畅，引流出少量血性液体，双眼球结膜无明显水肿、充血，双侧瞳孔等大等圆，直径约3.0mm，双侧瞳孔反射消失，眼球无游动。鼻腔可见血痂附着，左侧鼻腔仍有少量血性液体流出，口唇无发绀，经口气管插管，经气管插管可吸出少量灰色痰液，颈项强直。胸廓无明显畸形，双肺野呼吸音稍弱，可闻及少量干湿性罗音。心界不大，心律齐。腹平软，未见胃肠型及蠕动波，全腹无明显腹肌紧张及明显包块，肠鸣音0次/分。四肢无自主反应，强痛刺激肢体异常屈曲，肌张力偏高，左侧巴彬斯基征可疑阳性。



# 护理计划

- 护理诊断1: **脑疝** 与脑外伤导致的颅高压有关
- 护理诊断2: **清理呼吸道无效** 与意识障碍不能自行排痰及卧床使痰液淤积有关
- 护理诊断3: **潜在并发症:感染 (肺部, 泌尿系)**
- 护理诊断4: **营养失调: 低于机体需要量** 与脑损伤后高代谢高热等有关
- 护理诊断5: **有废用综合征的危险** 与脑损伤后意识和肢体功能障碍及长期卧床有关
- 护理诊断6: **自理缺陷** 与意识障碍有关

## 护理计划

护理诊断1: **潜在并发症: 脑疝**

护理目标: 患者出现脑疝征象时能被及时发现和处理

护理措施

- ①体位: 抬高床头 $30^{\circ}$ , 以利脑静脉回流, 减轻脑水肿, 保持头与脊柱在同一直线上;
- ②密切观察及记录病人的意识状态、瞳孔、生命体征。若出现血压上升, 脉搏缓慢有力, 呼吸深慢, 应警惕脑疝发生;
- ③观察有无脑脊液漏、呕吐及呕吐物的性质, 有无剧烈头痛或烦躁不安等颅内压增高表现, 注意最近一次的CT扫描结果;
- ④遵医嘱采用降低颅内压的方法, 如脱水, 过度换气, 冬眠低温治疗;
- ⑤避免造成颅内压骤然增高的因素: 躁动, 呼吸道梗阻, 高热, 剧烈咳嗽, 便秘, 血压高等。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/845114311122011144>