



颅脑疾病患者的护理

颅脑是人体的重要器官,是人的生命中枢所在。颅脑疾病包括颅脑损伤、脑血管疾病及颅内肿瘤等。

学习目标

- ◎ 掌握颅脑损伤、脑血管疾病和颅内肿瘤的分类、护理措施。
- ◎ 熟悉颅脑损伤、脑血管疾病和颅内肿瘤的临床表现、治疗要点。
- ◎ 了解颅脑损伤、脑血管疾病和颅内肿瘤的发病原因、辅助检查。

案例导入

患者,男,55岁,因钝器击伤头部1h入院。患者昏迷、呕吐、双侧瞳孔不等大,头部流血。查体:BP 180/102 mmHg, T 37.2℃, P 每分钟95次, GCS评分7分。颅脑CT检查示右额骨连续性中断,右颞顶部硬膜下有新月形高密度影。

问题:

- (1)该患者的初步诊断是什么?
- (2)该患者昏迷的特点是什么?

14.1 颅脑损伤患者的护理

临床常见的颅脑损伤包括头皮损伤、颅骨骨折和脑损伤等。

14.1.1 头皮损伤

头皮的大体解剖结构由外至内分为皮肤、皮下组织、帽状腱膜、帽状腱膜下层和骨膜五部分。头皮内有丰富的血管,遭受外界打击后可导致血管破裂。头皮损伤是指头皮遭受锐器或钝器伤害后引起的开放性或闭合性损伤。头皮损伤是颅脑损伤中最常见的一种,包括头皮血肿、头皮裂伤和头皮撕脱伤。

1. 病因及病理

(1) 头皮血肿。头皮血肿多由钝器外伤所致,按血肿的部位可分为皮下血肿、帽状腱膜下血肿和骨膜下血肿。

①皮下血肿。皮下血肿位于皮肤和帽状腱膜之间,较局限,无波动感,中心区软,周围区较硬。

②帽状腱膜下血肿。帽状腱膜下血肿位于帽状腱膜和骨膜之间,不受颅缝的限制,范围较大,出血易蔓延至全头部,失血量多,波动感明显。

③骨膜下血肿。骨膜下血肿位于骨膜和颅骨之间,常由颅骨骨折引起,范围较大,但不会超过颅缝,张力较高,有波动感。

(2) 头皮裂伤。头皮裂伤多由锐器打击所致,创缘整齐、平直,多数仅限于头皮,颅骨完整。钝器所致头皮裂伤多不规则,创缘不齐。因头皮血管丰富,出血较多,故头皮裂伤可引起失血性休克。

(3) 头皮撕脱伤。头皮撕脱伤是最严重的头皮损伤,多由发辫受机械力牵拉,使头皮自帽状腱膜下层或连同骨膜一起被撕脱所致,伤后失血过多,可导致休克。

2. 临床表现

(1) 头皮血肿。皮下血肿范围局限,压痛明显;帽状腱膜下血肿范围大,可延及整个头部,有明显波动感;骨膜下血肿多局限于某一颅骨范围内,张力较高。

(2) 头皮裂伤。根据暴力器械的不同,患者头皮损伤的程度也不尽相同。患者出血量大,可伴发休克。

(3) 头皮撕脱伤。患者头皮缺失,颅骨外露,出血量大,常发生休克。

3. 治疗要点

(1) 头皮血肿。皮下血肿一般无须处理,可自行吸收;帽状腱膜下的小血肿可自行吸收,大血肿可在无菌操作下穿刺抽吸后加压包扎;骨膜下血肿早期冷敷,减少渗出,禁忌加压包扎,以免血液经骨缝进入颅内引发硬膜外血肿。

(2) 头皮裂伤。在伤后 24 h 内,患者若无明显感染迹象,则应尽早施行清创缝合。医护人员要注意检查患者的伤口深处有无骨折或碎骨片,如果发现有脑脊液或脑组织外溢,则须按开放性脑损伤处理。

(3) 头皮撕脱伤。若皮瓣尚未脱落且血运良好,可予以一期缝合;若皮瓣完全脱落,可根据情况清创植皮。

4. 护理措施

(1) 心理护理。护士应给予患者安慰和支持,鼓励患者树立信心,使其明确应对疾病的方法,保持平和的心态;消除患者的紧张情绪,必要时给予镇静剂和镇痛剂。

(2) 护士应密切监测患者生命体征的变化;观察患者是否存在复合伤,有无颅内压增高表现。

(3) 护士应观察患者的创面有无渗血,有无皮瓣坏死和感染,保持敷料整洁和干燥;根据情况遵医嘱合理使用抗生素。

5. 出院指导

(1) 护士应嘱患者注意休息,避免过度劳累。

(2) 护士应嘱患者加强营养, 进食高蛋白、高热量、高维生素食物, 限制烟、酒及进食辛辣等刺激性食物, 增强机体抵抗力。

(3) 护士应嘱患者出院后伤口有发炎、发红、渗液, 不明原因的发热时要及时就诊。

14.1.2 颅骨骨折

颅骨骨折是指颅骨受暴力作用而引起的颅骨结构的改变。颅骨骨折按骨折部位分为颅盖骨折和颅底骨折, 按骨折形态分为线性骨折和凹陷性骨折, 按骨折是否与外界相通分为开放性骨折和闭合性骨折。

1. 病因及病理

颅骨骨折患者多有外伤史, 由头颅遭受直接暴力或间接暴力所致。直接暴力所致损伤包括加速性损伤、减速性损伤和挤压性损伤, 这三种损伤都是由暴力直接作用于头部引起的, 可导致颅骨严重变形; 间接暴力是指通过力的传导至颅底而引发的损伤。颅骨遭受外力是否发生骨折取决于外力的大小、作用方向及接触面积等。

2. 临床表现

(1) 颅盖骨折。颅盖骨折主要分为线性骨折和凹陷性骨折。线性骨折表现为局部压痛、肿胀, 多伴有头皮损伤; 凹陷性骨折会产生骨折碎片, 骨折碎片向颅腔内塌陷而压迫脑组织时患者可出现相应的神经系统定位病症。

(2) 颅底骨折。颅底骨折多为线性骨折, 常由间接暴力作用于颅底所致。按骨折部位, 颅底骨折可分为颅前窝骨折、颅中窝骨折和颅后窝骨折, 常引起软组织出血、脑脊液漏和脑神经损伤(见下表)。

颅底骨折的临床表现

骨折部位	软组织出血	脑脊液漏	脑神经损伤
颅前窝	眶周出血(熊猫眼征)、球结膜下出血(兔眼征)	鼻漏	嗅神经、视神经
颅中窝	颞部淤血肿胀	鼻漏、耳漏	面神经、听神经
颅后窝	乳突部及枕骨下部淤血	无	偶见第Ⅸ~Ⅻ对脑神经损伤

3. 辅助检查

(1) X线检查。X线检查可以了解骨折碎片陷入的深度和骨折形态。颅盖骨折主要依靠X线检查进行诊断。

(2) CT检查。CT检查可确定有无骨折及判断是否合并脑损伤, 适用于颅底骨折。

4. 治疗要点

(1) 单纯线性骨折。单纯线性骨折无须特殊处理, 但应警惕是否合并脑损伤, 积极对症治疗。

(2) 凹陷性骨折。骨折凹陷深度超过 1 cm 且骨折碎片刺入脑内并出现脑组织受压者应立即手术治疗。

(3) 颅底骨折。颅底骨折合并脑脊液漏时, 须预防颅内感染。绝大多数漏口会在伤后 1~2 周自行愈合。如超过 1 个月仍未停止漏液, 则可考虑行手术修补漏口。

5. 护理措施

(1) 心理护理。护士应给予患者安慰、理解, 鼓励患者调整心态, 积极配合治疗。

(2)密切观察。护士应密切观察患者意识、瞳孔、生命体征的变化,有无颅内压增高症状和肢体活动障碍等情况,早发现、早处理。

(3)脑脊液外漏的护理。

①预防感染。护士应遵医嘱合理使用抗生素和注射破伤风抗毒素。

②体位。护士应嘱患者取半卧位(床头抬高 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$),头偏向患侧,防止外漏的脑脊液反流,维持特定体位至停止漏液3~5天,利用重力作用使脑组织移至颅底硬脑膜裂缝处,促使局部粘连而封闭漏口。

③保持局部清洁。护士应每日为患者清洁、消毒外耳道、鼻腔或口腔2次,注意棉球不可过湿,以免液体反流入颅。

④对脑脊液鼻漏者,严禁从鼻腔吸痰、放置胃管,禁止耳鼻滴药、冲洗和堵塞,禁止应用鼻导管吸氧。

⑤护士应嘱患者勿抠耳、挖鼻;避免用力咳嗽、打喷嚏、擤鼻涕及屏气排便,以免导致气颅或脑脊液逆流;禁忌腰椎穿刺。

6. 出院指导

护士应指导患者取正确的体位和预防颅内感染;告知颅骨缺损患者保护头颅的方法,半年后应做颅骨形成术。

14.1.3 脑损伤

脑损伤是指脑膜、脑组织、脑血管及脑神经的损伤,是颅脑损伤中最重要的损伤。

1. 病因及病理

(1)根据伤后脑组织是否与外界相通,脑损伤可分为开放性脑损伤和闭合性脑损伤。开放性脑损伤多由锐器或火器直接造成,伴有头皮裂伤、颅骨骨折和硬脑膜破裂,有脑脊液漏;闭合性脑损伤由钝器或间接暴力所致,硬脑膜仍保持完整,无脑脊液漏。

(2)根据发生机制和病理改变,脑损伤可分为原发性脑损伤和继发性脑损伤。原发性脑损伤是指暴力作用于头部时立即发生的脑损伤,主要包括脑震荡、脑挫裂伤;继发性脑损伤是指在受伤一段时间后出现的脑损伤,主要有脑水肿和颅内血肿。

2. 临床表现

(1)脑震荡。脑震荡是最轻的脑损伤,是指伤后即刻出现的短暂意识障碍和近事遗忘,并无器质性损害。患者表现为受伤后立即出现短暂的意识障碍,持续数分钟,一般不超过30 min。患者可伴有面色苍白、出冷汗、血压下降、呼吸浅慢等表现。患者清醒后大多不能回忆受伤当时乃至伤前一段时间内的情况,称为逆行性遗忘。患者常有头痛、头晕、恶心、呕吐、记忆力减退等症状,可持续数日、数周不等。神经系统检查无阳性体征,CT检查颅内无异常发现。

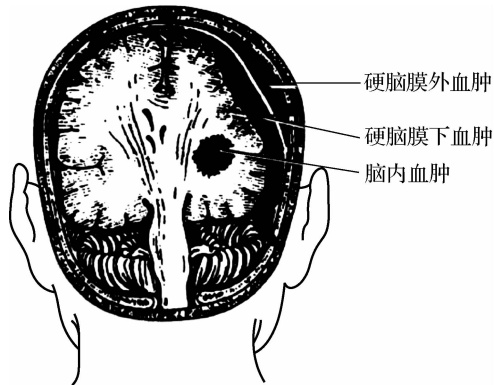
(2)脑挫裂伤。脑挫裂伤是指外力造成的原发性脑器质性损伤,包括脑挫伤和脑裂伤,二者常同时存在。因损伤部位、范围、程度不同,患者的临床表现也各不相同。轻者仅有轻微症状,重者可出现深昏迷甚至死亡。

①意识障碍。患者受伤后立即昏迷,持续时间超过30 min,也可长达数小时、数日甚至长期昏迷。意识障碍是脑挫裂伤最突出的临床表现。

②头痛、恶心、呕吐。头痛、恶心、呕吐是脑挫裂伤最常见的症状,可能与蛛网膜下腔出血、颅内压增高和脑血管运动功能障碍有关。

③局灶症状与体征。患者受伤后立即出现与受伤部位相应的神经功能障碍或体征,如失语、偏瘫、肢体抽搐等。

④生命体征紊乱。轻度和中度损伤后,患者的生命体征多无明显改变;重者因出血和水肿可导致颅内压增高,表现为血压升高、呼吸减慢、心率减慢等。



颅内血肿的分类

(3)颅内血肿。颅内血肿是颅脑损伤中最常见、最严重的继发病变,如不及时处理,患者可因颅内压进行性增高而发生脑疝,导致死亡。颅内血肿按血肿的来源与部位可分为硬脑膜外血肿、硬脑膜下血肿和脑内血肿(见左图)。按症状出现的时间,颅内血肿可分为急性血肿(3天内出现症状)、亚急性血肿(3天以后至3周以内出现症状)和慢性血肿(超过3周出现症状)。

①硬脑膜外血肿。血肿积聚在颅骨和硬脑膜之间,多发生在颞部、额顶部和颞顶部,由脑膜中动脉破裂所致。其有以下特点:

- 意识障碍。患者受伤后立即出现短暂的意识丧失,数分钟后清醒(中间清醒期),不久又再次昏迷(昏迷—清醒—昏迷)。少数患者无原发性昏迷,原发性损伤较重者在伤后可持续昏迷。

- 颅内压增高和脑疝。患者在昏迷前或中间清醒期常伴有头痛、呕吐等颅内压增高症状,出血量大时可引发脑疝。早期动眼神经受压,患侧瞳孔先缩小后散大,瞳孔对光反射消失,随后对侧瞳孔散大。

- 神经系统定位体征。同血肿压迫功能区或发生脑疝时出现的相应症状。

②硬脑膜下血肿。硬脑膜下血肿位于硬脑膜与蛛网膜之间,多由大脑皮质血管损伤所致。其临床特点分别为伤后出现昏迷且进行性加重;颅内压增高症状明显及生命体征改变;症状重,进展快,一侧瞳孔散大后不久,对侧瞳孔也散大。

③脑内血肿。脑内血肿发生于脑实质内,少见,与硬脑膜下血肿同时存在。脑内血肿以意识障碍进行性加重为主要表现,患者可出现偏瘫、失语等局部症状。

3. 辅助检查

CT检查是目前最常用、最有价值的检查脑损伤的方法,能显示出脑挫裂伤的部位和程度。硬脑膜外血肿CT检查结果示颅骨与硬脑膜之间有双凸镜形高密度影,硬脑膜下血肿CT检查结果示脑表面新月形高密度影。了解患者有无颅骨骨折可选用X线检查。MRI检查在诊断小灶出血方面优于CT检查。

4. 治疗要点

(1)脑震荡。脑震荡无须特殊处理,患者卧床休息5~7天即可,预后良好。

(2)脑挫裂伤。患者的床头应抬高 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$,以利于静脉回流。昏迷患者则应采取侧卧位,防止误吸呕吐物。护士应保持患者呼吸道通畅,给予患者吸氧,必要时行气管切开术或应用呼吸机辅助呼吸。护士应加强对患者的营养支持,减少并发症,积极对症治疗,防治脑水肿。护士应根据患者的病情变化随时准备手术治疗。

(3)颅内血肿。颅内血肿一旦确诊即需积极手术治疗。

5. 护理措施

(1)急救护理。外伤是引起颅脑损伤的常见原因,而迅速、有效的急救护理可大大降低患者的死亡率。

①保持呼吸道畅通。颅脑损伤患者会出现不同程度的意识障碍,丧失正常咳嗽反射和吞咽功能,导致呼吸道分泌物不能有效排出,引起误吸;舌后坠可引起呼吸道阻塞。对此,护士应使患者取侧卧位,快速清除其口腔、咽部的分泌物,对昏迷患者必要时可行气管切开术。

②防治休克。患者有休克征象时,护士应查明有无复合其他损伤,迅速补充血容量,准备手术。

③妥善处理伤口。护士应尽早遵医嘱为患者应用抗生素和破伤风抗毒素。对开放性颅脑损伤患者,应剃除其全部头发,用消毒纱布保护外露的脑组织,并准备手术。

④做好护理记录。护士应准确记录患者的受伤经过、急救处理经过及生命体征、意识、瞳孔、肢体活动等等的情况。

(2)病情观察。动态的病情观察不仅可以判断病情轻重,还是区别原发性脑损伤与继发性脑损伤的重要手段。

①意识状态。意识障碍的程度是反映脑损伤程度及判断原发性脑损伤和继发性脑损伤的重要依据。因此,护士应观察患者的意识状态。

②瞳孔。护士应密切观察患者两侧瞳孔的大小、形态,瞳孔对光反射及眼球的活动情况。正常的两侧瞳孔等大、等圆,直径为3~4 mm,直接和间接瞳孔对光反射灵敏。伤后一侧瞳孔散大,对侧肢体瘫痪,提示脑受压或发生脑疝;双侧瞳孔散大、瞳孔对光反应消失、眼球固定,多为临终状态;眼球震颤为小脑或脑干损伤。某些药物也可影响瞳孔的变化,如吗啡可使瞳孔缩小、阿托品可使瞳孔散大。

③生命体征。为避免患者受到刺激后发生躁动而影响生命体征数值的准确性,护士应先测患者的呼吸频率,然后测脉搏,最后测血压。若患者出现“两慢一高”表现,则提示颅内压增高;伤后数日体温升高常提示存在感染。

④神经系统体征。护士应观察患者的神经系统体征。伤后出现一侧上、下肢运动障碍,提示对侧大脑皮质运动区损伤。

(3)一般护理。

①体位。护士应使患者取斜坡卧位(床头抬高 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$),以利于颅内静脉回流,减轻脑水肿。

②加强营养。对昏迷患者,护士应尽早采用肠外营养,待其意识状态好转后改为肠内营养;定期评估患者的营养状况,及时调整营养供应方案。

③发热。发热会使脑的耗氧量增加,加重脑肿胀,可使颅内压增高。护士可给予患者物理降温,必要时应用冬眠疗法。

④躁动。对躁动的患者,护士应查明原因并及时解除,切勿草率给予镇静剂,以免掩盖病情。

⑤昏迷。护士应定时为昏迷患者翻身、拍背、清理呼吸道分泌物,预防压疮及坠积性肺炎。

(4)心理护理。颅脑损伤一旦发生,患者及其家属常会对疾病恢复存在焦虑心理。对此,护士要给予患者及其家属适当的解释和安慰,减轻其心理压力,鼓励其树立战胜疾病的信心,保持乐观、积极的态度。

(5)降低颅内压。护士可遵医嘱用20%甘露醇、呋塞米、激素等控制脑水肿和降低颅内压,

必要时采取手术引流减压或清除血肿。

6. 出院指导

针对脑外伤遗留的语言、运动和智力障碍问题,护士要根据患者的具体情况为其制订康复计划,指导患者借助工具进行功能训练,尽可能地恢复其生活自理能力和社会适应能力。护士应加强对人群的安全意识宣教,防止发生意外。

14.2 脑血管疾病及颅内肿瘤患者的护理

脑血管疾病及颅内肿瘤是临床常见颅脑疾病,严重情况下可危及患者生命。

14.2.1 脑血管疾病

脑血管疾病是颅内血液循环障碍造成脑组织损伤的一组疾病的总称。脑血管疾病的发病率和病死率都很高,严重威胁人类健康。脑血管疾病、恶性肿瘤和冠心病为导致人类死亡的三大疾病。部分脑血管疾病需进行外科手术治疗。

1. 颅内动脉瘤

颅内动脉瘤(intracranial aneurysm)是指颅内动脉壁的囊性膨出,非常容易破裂出血,在蛛网膜下腔出血的病因中位居首位。在脑血管意外中,颅内动脉瘤的发病率仅次于脑血栓和高血压脑出血,位居第三。颅内动脉瘤好发于40~60岁的中老年人,青少年少见。

(1)病因及病理。颅内动脉瘤的发病原因尚不十分清楚。动脉壁先天缺陷学说认为颅内动脉壁先天性平滑肌层缺乏可导致动脉瘤形成;动脉壁后天性退变学说则认为颅内动脉弹力板被破坏,渐渐膨出而形成囊性动脉瘤。动脉瘤形成后,组织学检查发现动脉瘤壁仅存一层内膜,缺乏中层平滑肌组织,弹性纤维断裂或消失。根据所在位置,颅内动脉瘤可分为颈内动脉系统动脉瘤和椎-基底动脉系统动脉瘤,前者约占颅内动脉瘤的90%。

(2)临床表现。

①动脉瘤破裂出血。中、小型动脉瘤未破裂出血时患者可无任何症状。用力排尿、排便、咳嗽及情绪激动等诱因可诱发动脉瘤破裂,也有部分患者无任何诱因而突然发病。动脉瘤一旦破裂出血,患者即出现严重的蛛网膜下腔出血症状,表现为剧烈头痛、呕吐、大汗淋漓、脑膜刺激征,甚至出现意识障碍,如未及时治疗可导致死亡。

②局灶症状。患者的局灶症状取决于动脉瘤的部位、毗邻解剖结构和大小。患者可出现病侧眼睑下垂、瞳孔散大,内收及上、下视不能,直接、间接瞳孔对光反应消失等动眼神经麻痹症状。局灶症状可在蛛网膜下腔出血之前出现,应予以高度重视。

(3)辅助检查。

①CT和MRI检查。CT检查确诊蛛网膜下腔出血的阳性率极高,而且安全、迅速、可靠,常作为首选检查方法,但需注意出血1周后CT检查不易诊断,此时MRI检查优于CT检查。

②脑血管造影。脑血管造影是确诊颅内动脉瘤必要的检查方法,对判明动脉瘤的位置、形态、内径、数目,有无血管痉挛,确定手术方案都十分重要。

③腰椎穿刺。腰椎穿刺可抽出血性脑脊液,但因其可能诱发动脉瘤破裂出血,故CT确诊患者不再做此项检查。

(4)治疗要点。因为采取保守治疗的患者死于动脉瘤再出血的概率极高(70%),所以手术

治疗是颅内动脉瘤最有效的治疗方法。开颅动脉瘤夹闭术是首选手术方式。

(5) 护理措施。

① 一般护理。护士应指导患者绝对卧床休息,多摄入富含纤维素的食物,防止发生便秘。

② 密切观察。护士应密切观察患者的生命体征、意识状态、瞳孔变化等,及时发现可能出现的颅内压增高症状并给予相应处理。

③ 术前练习。护士应在术前指导患者进行颈动脉压迫试验和练习,以促进侧支循环的建立。经颈动脉压迫试验患者无头晕、黑蒙表现时方可实施手术。

④ 术前用药。护士应根据患者的病情指导其用药,如遵医嘱正确使用钙离子拮抗剂等。

⑤ 术后护理。护士应保持患者的呼吸道通畅,密切观察其生命体征、意识、瞳孔、肢体活动、引流液等的变化,遵医嘱使用抗生素和抗癫痫药物,加强饮食管理等;注意患者有无脑血管痉挛、脑梗死、穿刺点局部血肿等并发症。

(6) 健康教育。护士应指导患者注意休息、避免情绪激动和剧烈运动;合理饮食,保持大便通畅;遵医嘱服用降压药;定期进行脑血管造影复查;一旦出现头痛、呕吐、意识障碍等症状,要及时就诊。

14.2.2 颅内动静脉畸形

颅内动静脉畸形(arteriovenous malformations, AVM)是一团发育异常且体积可随人体发育而生长的病态脑血管。畸形血管团由一支或数支弯曲扩张的动脉供血和静脉引流形成,小的直径不及1 cm,大的直径可达10 cm。畸形血管团内有脑组织,其周围脑组织因缺血而萎缩。

1. 临床表现

(1) 出血。出血为颅内动静脉畸形的常见或首发症状,畸形血管破裂可导致脑内、脑室内或蛛网膜下腔出血。患者可出现意识障碍、头痛、呕吐等症状,但少量出血时临床症状可不明显。

(2) 抽搐。抽搐可单独出现,也可伴随出血或其他症状发生。抽搐与脑缺血、病变周围进行性胶质增生,以及出血后的含铁血黄素刺激大脑皮质有关。抽搐长期顽固性发作可致患者智力减退。

(3) 头痛。患者表现为间断性或迁移性单侧局部头痛,也可为全头痛。头痛可能与供血动脉、引流静脉的扩张,脑积水和颅内压增高有关。

(4) 神经功能缺损。神经功能缺损表现为运动、感觉、视野及语言功能障碍。个别患者可有头颅杂音或三叉神经痛。

(5) 心力衰竭和脑积水。儿童大脑动静脉畸形时可发生心力衰竭和脑积水。

2. 辅助检查

(1) CT 和 MRI 检查。在急性出血期,CT 检查可以确定出血的部位及程度,可供筛查患者使用;MRI 检查可为选择手术入路提供依据。

(2) 脑血管造影。脑血管造影是确诊颅内动静脉畸形的必须手段。全脑血管造影并连续拍片可了解畸形血管团的大小、范围、供血动脉、引流静脉及血流速度。

(3) 脑电图检查。患侧大脑半球病变区及其周围可出现慢波或棘波。

3. 治疗要点

手术切除是颅内动静脉畸形最根本的治疗方法,只要病变位于手术可切除部位,则均应采

取手术切除。深部组织不宜进行手术时可行放射治疗。

4. 护理措施

(1) 一般护理。护士应指导患者绝对卧床休息,多摄入富含纤维素的食物,防止发生便秘。

(2) 密切观察。护士应观察患者的生命体征、意识状态、颅内压增高征象等。

(3) 术前用药。护士应根据患者的病情指导其用药,如抗癫痫药物、抗生素、镇静剂等。

(4) 术后护理。护士应使患者保持合理的体位、维持其呼吸功能、保证病室环境安静、监控并发症等。

14.2.3 脑卒中

脑卒中(cerebral apoplexy)又称脑血管意外,是各种原因引起的脑血管疾病急性发作造成的脑供应动脉狭窄或闭塞及非外伤性的脑实质性出血。脑卒中可分为缺血性脑卒中和出血性脑卒中,临床以缺血性脑卒中更为多见。

1. 病因

(1) 缺血性脑卒中。缺血性脑卒中多发生于 40 岁以上的人群,占全部患者的 60%~70%。引起缺血性脑卒中的主要原因是在动脉粥样硬化基础上发生的脑血管痉挛或血栓形成导致脑的供应动脉狭窄或闭塞。此外,动脉炎、肿瘤压迫颈动脉、颈动脉外伤也可引起缺血性脑卒中。

(2) 出血性脑卒中。出血性脑卒中在 50 岁以上的伴有高血压动脉硬化的男性患者多见,是导致高血压患者死亡的主要原因。剧烈活动、情绪激动是出血性脑卒中发生的诱因。

2. 临床表现

脑卒中可表现为一过性或永久性脑功能障碍的症状及体征。

(1) 缺血性脑卒中。

① 短暂性脑缺血发作。患者的症状持续时间短,可反复发作,甚至一天发作数次或数十次,颈内动脉的缺血表现为突然肢体运动和感觉障碍、失语、单眼短暂失明等,少有意识障碍。椎动脉缺血表现为眩晕、耳鸣、听力障碍、复视、步态不稳和吞咽困难等。脑内无明显梗死灶,可自行缓解,不留后遗症。

② 可逆性缺血性神经功能障碍。患者的表现与短暂性脑缺血发作基本相同,但神经功能障碍持续时间较长,往往超过 24 h,有的患者可达数天或数十天,最后逐渐完全恢复。患者脑部可有小的梗死灶,大部分为可逆性病变。

③ 完全性脑卒中。患者的症状严重,病情不断恶化,常有意识障碍,脑部可出现明显的梗死灶,神经功能障碍长期不能恢复。

(2) 出血性脑卒中。患者突然出现意识障碍和偏瘫,严重者可出现昏迷,甚至生命体征紊乱和去大脑强直。

3. 辅助检查

(1) CT 检查。CT 检查是急性脑出血的首选检查方法,能显示脑缺血和脑出血的部位与范围。

(2) 脑血管造影。脑血管造影能显示不同部位的脑动脉狭窄、闭塞或扭曲,但对脑出血的诊断价值不及 CT 检查。

4. 治疗要点

(1) 缺血性脑卒中。可先行非手术治疗,治疗措施包括卧床休息、消除脑水肿、扩血管、抗

凝、扩容等；脑动脉完全闭塞时，需进行颈动脉内膜切除术、颅外-颅内动脉吻合术等手术治疗。

(2) 出血性脑卒中。急性期患者应绝对卧床休息，配合止血、脱水、降低血压及颅压等治疗；病情持续加重者应手术治疗，手术方式有开颅血肿清除术、锥颅穿刺血肿抽吸加尿激酶溶解引流术等。

5. 护理措施

(1) 术前护理。护士应遵医嘱控制患者的血压，减轻脑水肿，降低颅内压，促进脑功能恢复。

(2) 术后护理。护士应鼓励患者进食，防止发生误吸，注意卫生清洁。护士可通过降低颅内压、腰椎穿刺(颅内压增高患者禁用)、应用止痛剂等方式为患者减轻头痛。护士应注意术后脑脊液漏、颅内压增高、颅内出血、感染、高热、癫痫等并发症的观察及护理。

6. 健康教育

护士应指导患者在出院后加强语言能力、肢体运动能力、记忆力等方面的康复锻炼，最大限度地恢复生活自理能力及社会适应能力。护士应指导患者避免再次出血的诱发因素，控制血压，发现异常时及时就诊。

14.2.4 颅内肿瘤

颅内肿瘤(intracranial tumor)是神经外科最常见的疾病之一，可分为原发性肿瘤和继发性肿瘤两类。原发性肿瘤可发生于脑组织、脑膜、脑神经、垂体、血管及残余胚胎组织等；继发性肿瘤包括转移瘤和侵入瘤等。颅内肿瘤可发生于任何年龄，以20~50岁最多见，男性发病略多于女性。

1. 病因分类

颅内肿瘤的发病原因目前尚不完全清楚。其诱发因素包括遗传因素、物理和化学因素及生物因素等。颅内肿瘤可分为以下几类：

(1) 神经胶质瘤。神经胶质瘤来源于神经上皮，是最常见的颅内恶性肿瘤，占颅内肿瘤的40%~50%。神经胶质瘤包括星形细胞瘤、少突胶质细胞瘤、室管膜肿瘤、脉络丛肿瘤、松果体肿瘤、神经节细胞肿瘤、胶质母细胞瘤、髓母细胞瘤等。其中，星形细胞瘤最常见，多形性胶质母细胞瘤的恶性程度最高。

(2) 脑膜瘤。脑膜瘤多为良性，占颅内肿瘤的20%，包括各类脑膜瘤、脑膜肉瘤。

(3) 垂体腺瘤。垂体腺瘤来源于腺垂体，为良性肿瘤。

(4) 听神经瘤。听神经瘤为良性肿瘤，占颅内肿瘤的10%。

(5) 颅咽管瘤。颅咽管瘤为良性肿瘤，约占颅内肿瘤的5%。

(6) 转移性肿瘤。转移性肿瘤是指身体其他部位的恶性肿瘤转移到颅内者。

2. 临床表现

颅内肿瘤的临床表现主要包括颅内压增高及局灶性症状和体征。

(1) 颅内压增高。患者主要表现为头痛、呕吐和视盘水肿，即颅内压增高的“三主征”，超过90%的患者均有此表现，且呈进行性加重的趋势。患者还可出现视力减退、复视、头晕、淡漠、意识障碍、大小便失禁、脉搏徐缓及血压升高等征象。

(2) 局灶性症状和体征。颅内肿瘤可引起局部神经功能紊乱。患者可表现为癫痫、疼痛、肌肉抽搐、偏瘫、失语、感觉障碍等。最早出现的局灶性症状具有定位意义，可提示脑组织首先受到肿瘤损害的部位。不同部位的颅内肿瘤具有各自的特异性症状和体征。

3. 辅助检查

(1) X线检查。X线检查可发现颅骨变形或结构改变。

(2) CT和MRI检查。CT和MRI检查是诊断颅内肿瘤的首选方法,可显示肿瘤的部位、大小及周围组织的情况。

(3) 脑电图及内分泌激素检测。脑电图及内分泌激素检测有助于诊断大脑半球凸面病变和鞍区肿瘤。

4. 治疗要点

(1) 降低颅内压。降低颅内压在颅内肿瘤的治疗中有十分重要的作用。临床上降低颅内压的方法主要有脱水治疗、脑脊液引流及为防止颅内压增高采取的综合治疗措施。

(2) 手术治疗。手术治疗是治疗颅内肿瘤最直接、最有效的方法。手术方法包括肿瘤切除术、内减压术、外减压术、脑脊液分流术等。

(3) 放射治疗。对不宜手术的颅内肿瘤患者,临床可采用放射治疗,以延迟肿瘤复发或抑制肿瘤生长,延长患者的生命。放射治疗分为内照射法和外照射法。

(4) 化学治疗。化学治疗(简称化疗)在颅内肿瘤的综合治疗中已成为重要的方法之一。化疗后患者可出现颅内压升高、肿瘤坏死出血和骨髓造血功能抑制等不良反应,故在化疗时应辅以降颅内压药物、定期检查血象变化并做好手术准备。

(5) 其他治疗。其他治疗包括基因治疗、免疫治疗、中医中药治疗等。

5. 护理措施

(1) 术前护理。

① 一般护理。护士应帮助患者取合适的体位,以头高足低位为宜,加强其生活护理和营养支持。

② 术前准备。护士应协助患者做好各项术前检查,准确实施降颅压措施,做好手术区域的皮肤准备,留置导尿管。

③ 心理护理。护士应给予患者心理支持,减轻其心理负担。

(2) 术后护理。

① 一般护理。护士应加强患者的口腔护理,使其保持口腔清洁。护士应使全麻未清醒的患者取侧卧位,使意识清楚、血压平稳的患者取头高足低位,使幕上开颅术后患者取健侧卧位。体积较大的肿瘤切除后,24 h内手术区应保持高位,护士在搬动患者或帮助患者翻身时应防止头部过度扭曲或震动。护士可给予术后患者流食,之后从半流食逐步过渡到普食,对吞咽困难、饮水呛咳者应采用鼻饲供给营养,待其吞咽功能恢复后指导其进行进食练习。

② 病情观察。护士应主要观察患者的生命体征、意识状态、瞳孔变化、肢体运动情况、颅内压增高征象等;观察切口的敷料,观察有无脑脊液漏出,保持敷料干燥。一旦发现异常情况,护士应立即通知医生处理。

③ 并发症护理。颅脑手术后最危险的并发症是颅内出血,多在术后1~2天发生,常表现为颅内压增高或脑疝征象。一旦发现患者发生颅内出血,护士应立即遵医嘱给予其甘露醇、地塞米松降低颅内压。切口感染常发生于术后3~5天,患者表现为切口红肿、疼痛、肿胀、皮下积液;肺部感染常发生于术后1周左右;中枢性高热可在术后12~24 h发生,患者的体温可在40℃以上,常需采用冬眠疗法。尿崩症主要发生于鞍上手术后,患者出现多尿、多饮、口渴等表现,每日尿量可在4 000 mL以上,尿比重低于1.005,可应用神经垂体素进行治疗,尿量增多期

间应注意补钾。

6. 健康教育

护士应为患者及其家属讲解颅内肿瘤知识、讲述治疗方案等,增强其战胜疾病的信心;为患者及其家属讲解放疗、化疗可能出现的不良反应,提高患者的心理承受能力,定期指导其检查血常规和肝功能;指导癫痫患者坚持用药;指导患者进行肢体活动、语言能力和记忆力等方面的功能锻炼;教会患者家属正确护理瘫痪患者的方法。



思考与练习

1. 选择题

- (1) 颅脑外伤患者在伤后出现昏迷—清醒—昏迷,提示有()。
- A. 脑震荡 B. 脑挫裂伤 C. 颅内血肿
D. 硬脑膜下血肿 E. 硬脑膜外血肿
- (2) 下列选项属于脑震荡表现的是()。
- A. 有中间清醒期 B. 不出现意识障碍 C. 一过性意识障碍
D. 进行性意识障碍 E. 意识障碍的持续时间超过 30 min
- (3) 头部损伤后出现球结膜下出血、脑脊液鼻漏,应考虑()。
- A. 鼻骨骨折 B. 颅前窝骨折 C. 颅中窝骨折
D. 颅后窝骨折 E. 脑挫裂伤
- (4) 治疗较大的帽状腱膜下血肿的方法是()。
- A. 待其自行吸收 B. 用止血药,加压包扎 C. 穿刺抽血,防止感染
D. 切开引流,防止感染 E. 穿刺抽血后加压包扎
- (5) 最常见的颅内肿瘤是()。
- A. 脑膜瘤 B. 垂体腺瘤 C. 神经鞘瘤
D. 神经胶质瘤 E. 血管瘤

2. 简答题

简述护理脑脊液外漏患者的方法。