

# 护理管理与 临床护理实践（下）

侯志萍等◎编著



# 护理管理与临床护理实践

(下)

侯志萍等◎编著

图书在版编目 ( C I P ) 数据

护理管理与临床护理实践 / 侯志萍等编著. — 长春:  
吉林科学技术出版社, 2017. 6  
ISBN 978-7-5578-2710-6

I. ①护… II. ①侯… III. ①护理学—管理学 IV.  
①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第161818号

## 护理管理与临床护理实践

HULI GUANLI YU LINCHUANG HULI SHIJIAN

---

编 著 侯志萍等  
出 版 人 李 梁  
责任编辑 刘建民 韩志刚  
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司  
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司  
开 本 889mm×1194mm 1/16  
字 数 540千字  
印 张 37.5  
印 数 1—1000册  
版 次 2017年6月第1版  
印 次 2018年3月第1版第2次印刷

---

出 版 吉林科学技术出版社  
发 行 吉林科学技术出版社  
地 址 长春市人民大街4646号  
邮 编 130021  
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628  
85652585 85635176  
储运部电话 0431-86059116  
编辑部电话 0431-86037565  
网 址 [www.jlstp.net](http://www.jlstp.net)  
印 刷 永清县晔盛亚胶印有限公司

---

书 号 ISBN 978-7-5578-2710-6  
定 价 150.00元(全二册)

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多,联系未果,如作者看到此声明,请尽快来电或来函与编辑部联系,以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

# C 目录 Contents

|                      |      |
|----------------------|------|
| 第一章 绪 论              | (1)  |
| 第一节 护理学的形成和发展        | (1)  |
| 第二节 护理学的内容和范畴        | (2)  |
| 第三节 中国护理事业的发展        | (4)  |
| 第二章 现代护理理论           | (6)  |
| 第一节 系统化整体理论          | (6)  |
| 第二节 人类基本需要层次论        | (8)  |
| 第三节 应激与适应理论          | (12) |
| 第三章 护理管理             | (17) |
| 第一节 整体护理             | (17) |
| 第二节 门诊护理管理           | (18) |
| 第三节 护理防护管理           | (23) |
| 第四章 临床基本护理技术         | (32) |
| 第一节 铺床技术             | (32) |
| 第二节 患者的体位和变换         | (36) |
| 第三节 患者的清洁卫生及护理       | (41) |
| 第四节 隔离原则及技术          | (45) |
| 第五节 鼻 饲              | (48) |
| 第六节 导尿术              | (50) |
| 第七节 灌肠术              | (52) |
| 第五章 手术室护理概论          | (55) |
| 第一节 手术室护理工作的内容、范围和特点 | (55) |
| 第二节 手术室护士素质和能力要求     | (60) |
| 第六章 手术室工作的操作流程       | (63) |
| 第一节 安排手术与人员          | (63) |
| 第二节 转运和交换            | (64) |
| 第三节 核对手术患者           | (65) |

|      |                          |       |
|------|--------------------------|-------|
| 第四节  | 摆放手术体位 .....             | (67)  |
| 第五节  | 协助实施麻醉与术中监测 .....        | (71)  |
| 第六节  | 手术前准备 .....              | (73)  |
| 第七节  | 手术中护理配合 .....            | (85)  |
| 第八节  | 手术后处置 .....              | (90)  |
| 第七章  | 手术室感染 .....              | (95)  |
| 第一节  | 手术感染控制与预防 .....          | (95)  |
| 第二节  | 手术室常用消毒灭菌方法 .....        | (101) |
| 第八章  | 透析室护理 .....              | (108) |
| 第一节  | 血液透析治疗概论 .....           | (108) |
| 第二节  | 血液透析治疗相关知识及护理 .....      | (110) |
| 第三节  | 血液滤过和血液透析滤过治疗技术及护理 ..... | (115) |
| 第四节  | 血液透析患者心理护理及饮食护理 .....    | (117) |
| 第五节  | 血液透析室护理风险管理 .....        | (119) |
| 第九章  | 心内科疾病护理 .....            | (129) |
| 第一节  | 原发性高血压 .....             | (129) |
| 第二节  | 心绞痛 .....                | (136) |
| 第三节  | 急性心肌梗死 .....             | (147) |
| 第四节  | 心源性猝死 .....              | (158) |
| 第五节  | 心肌炎 .....                | (162) |
| 第六节  | 心源性休克 .....              | (165) |
| 第十章  | 呼吸内科疾病护理 .....           | (170) |
| 第一节  | 支气管扩张 .....              | (170) |
| 第二节  | 支气管哮喘 .....              | (173) |
| 第三节  | 慢性阻塞性肺疾病 .....           | (175) |
| 第四节  | 急性呼吸道感染 .....            | (180) |
| 第五节  | 慢性支气管炎 .....             | (183) |
| 第六节  | 肺 炎 .....                | (186) |
| 第七节  | 肺脓肿 .....                | (191) |
| 第八节  | 呼吸衰竭 .....               | (193) |
| 第九节  | 慢性肺源性心脏病 .....           | (196) |
| 第十一章 | 消化内科疾病护理 .....           | (202) |
| 第一节  | 慢性胃炎 .....               | (202) |
| 第二节  | 反流性食管炎 .....             | (204) |
| 第三节  | 溃疡性结肠炎 .....             | (207) |
| 第四节  | 急性阑尾炎 .....              | (208) |

|             |                      |              |
|-------------|----------------------|--------------|
| 第五节         | 上消化道大出血·····         | (211)        |
| 第六节         | 肠梗阻·····             | (217)        |
| 第七节         | 消化性溃疡·····           | (219)        |
| 第八节         | 胆囊结石·····            | (223)        |
| 第九节         | 肝硬化·····             | (226)        |
| 第十节         | 胆管感染·····            | (230)        |
| <b>第十二章</b> | <b>胸心外科疾病护理·····</b> | <b>(233)</b> |
| 第一节         | 气 胸·····             | (233)        |
| 第二节         | 血 胸·····             | (235)        |
| 第三节         | 脓 胸·····             | (237)        |
| 第四节         | 食管癌·····             | (238)        |
| 第五节         | 胸部损伤·····            | (243)        |
| 第六节         | 乳腺疾病·····            | (245)        |
| 第七节         | 心血管手术的围手术期护理·····    | (251)        |
| 第八节         | 心脏外科术后并发症的预防及护理····· | (257)        |
| <b>第十三章</b> | <b>普外科疾病护理·····</b>  | <b>(263)</b> |
| 第一节         | 急性化脓性腹膜炎·····        | (263)        |
| 第二节         | 腹部损伤·····            | (266)        |
| 第三节         | 腹外疝·····             | (270)        |
| 第四节         | 肠梗阻·····             | (274)        |
| 第五节         | 胃 癌·····             | (279)        |
| 第六节         | 胰腺癌·····             | (283)        |
| 第七节         | 肝 癌·····             | (287)        |
| 第八节         | 胆管肿瘤·····            | (292)        |
| 第九节         | 肝脓肿·····             | (296)        |
| 第十节         | 急性阑尾炎·····           | (299)        |
| 第十一节        | 脾破裂·····             | (303)        |
| 第十二节        | 肝囊肿·····             | (305)        |
| 第十三节        | 小肠破裂·····            | (306)        |
| 第十四节        | 腹股沟疝·····            | (309)        |
| 第十五节        | 胃十二指肠损伤·····         | (312)        |
| <b>第十四章</b> | <b>神经外科疾病护理·····</b> | <b>(315)</b> |
| 第一节         | 颅脑损伤·····            | (315)        |
| 第二节         | 颅内肿瘤·····            | (318)        |
| 第三节         | 椎管内肿瘤·····           | (324)        |
| 第四节         | 脊髓损伤·····            | (327)        |

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| 第五节    癲    病.....            | (332) |
| 第十五章  泌尿外科疾病护理.....           | (341) |
| 第一节    泌尿系统损伤.....            | (341) |
| 第二节    泌尿系统肿瘤.....            | (350) |
| 第十六章  骨科疾病护理.....             | (356) |
| 第一节    骨折概论.....              | (356) |
| 第二节    骨科常用护理技术.....          | (362) |
| 第三节    常见骨折.....              | (368) |
| 第四节    关节脱位患者的护理.....         | (377) |
| 第五节    骨与关节感染患者的护理.....       | (381) |
| 第六节    腰椎管狭窄症.....            | (389) |
| 第十七章  妇产科疾病护理.....            | (391) |
| 第一节    外阴炎.....               | (391) |
| 第二节    阴道炎.....               | (392) |
| 第三节    宫颈炎.....               | (395) |
| 第四节    盆腔炎.....               | (396) |
| 第五节    围绝经期综合征.....           | (398) |
| 第六节    女性生殖器肿瘤.....           | (399) |
| 第七节    子宫内膜异位症.....           | (404) |
| 第八节    子宫脱垂.....              | (406) |
| 第九节    不孕症.....               | (408) |
| 第十节    异位妊娠.....              | (410) |
| 第十一节  早期妊娠孕妇的护理.....          | (414) |
| 第十二节  中晚期妊娠孕妇的护理.....         | (416) |
| 第十三节  腹腔镜下广泛全子宫切除术护理.....     | (423) |
| 第十四节  剖宫产手术的护理配合.....         | (431) |
| 第十五节  阴道无张力尿道中段悬吊带术的护理配合..... | (433) |
| 第十八章  儿科疾病护理.....             | (436) |
| 第一节    儿童脑积水.....             | (436) |
| 第二节    小儿急性上呼吸道感染.....        | (438) |
| 第三节    小儿心律失常.....            | (443) |
| 第四节    小儿肺炎.....              | (450) |
| 第五节    小儿胸外科疾病的护理.....        | (454) |
| 第六节    小儿泌尿外科疾病的护理.....       | (457) |
| 第七节    小儿骨科疾病的护理.....         | (461) |
| 第八节    小儿腹部外科疾病的护理.....       | (471) |

|                   |                       |              |
|-------------------|-----------------------|--------------|
| 第九节               | 先天性巨结肠同源病手术护理配合·····  | (477)        |
| 第十节               | 新生儿气管插管的护理配合·····     | (479)        |
| 第十一节              | 小儿围手术期护理常规·····       | (481)        |
| <b>第十九章</b>       | <b>眼科疾病护理·····</b>    | <b>(485)</b> |
| 第一节               | 眼球的解剖生理·····          | (485)        |
| 第二节               | 眼科护理概述·····           | (492)        |
| 第三节               | 视神经炎·····             | (498)        |
| 第四节               | 视交叉病变·····            | (501)        |
| 第五节               | 视盘水肿·····             | (503)        |
| 第六节               | 视路病变·····             | (506)        |
| 第七节               | 视神经萎缩·····            | (509)        |
| <b>第二十章</b>       | <b>耳鼻咽喉科疾病护理·····</b> | <b>(512)</b> |
| 第一节               | 耳鼻咽喉科的护理概述·····       | (512)        |
| 第二节               | 耳鼻咽喉科手术的护理·····       | (527)        |
| 第三节               | 鼻息肉的护理·····           | (531)        |
| 第四节               | 鼻外伤的护理·····           | (532)        |
| 第五节               | 鼻腔炎性疾病的护理·····        | (536)        |
| <b>第二十一章</b>      | <b>口腔科疾病护理·····</b>   | <b>(541)</b> |
| <b>第二十二章</b>      | <b>急诊护理·····</b>      | <b>(550)</b> |
| 第一节               | 急诊概述·····             | (550)        |
| 第二节               | 急诊分诊·····             | (556)        |
| 第三节               | 急诊患者心理护理·····         | (564)        |
| 第四节               | 常用的急救技术·····          | (569)        |
| 第五节               | 危重患者的护理·····          | (578)        |
| <b>参考文献</b> ····· | <b>参考文献·····</b>      | <b>(581)</b> |



# 第十四章 神经外科疾病护理

## 第一节 颅脑损伤

### 一、头皮损伤

#### 1. 头皮血肿

包括皮下血肿、帽状腱膜下血肿、骨膜下血肿，皮下血肿体积小、张力高、压痛明显；帽状腱膜下血肿出血较易扩散，严重者血肿边界可与帽状腱膜附着缘一致，覆盖整个穹隆部，似戴一顶有波动的帽子；骨膜下血肿多局限于某一颅骨范围内，以骨缝为界。较小的头皮血肿，可自行吸收，无需特殊处理；若血肿较大，可分次穿刺抽吸后加压包扎处理。

#### 2. 头皮裂伤

出血较多，可引起失血性休克。头皮裂伤较浅时，因断裂血管受头皮纤维隔的牵拉，断端不能收缩，出血量反较帽状腱膜全层裂伤者多。现场急救可局部压迫止血，争取 24 小时内清创缝合。常规应用抗感染药和破伤风抗毒素。

#### 3. 头皮撕脱伤

是一种严重的头皮损伤，多因发辫受机械力牵拉，使大块头皮自帽状腱膜下层或连同骨膜一并撕脱。剧烈疼痛及大量出血可导致失血性或疼痛性休克。可给予加压包扎止血、防治休克；尽可能在伤后 6~8 小时内清创做头皮瓣复位再植或自体皮移植。对于骨膜已撕脱不能再植者，需清洁创面，在颅骨外板上多处钻孔，深达板障，待骨孔内肉芽组织生成后再行植皮。

### 二、颅骨骨折

#### 1. 临床表现

(1) 颅盖骨折：线性骨折时，局部压痛、肿胀。常伴发局部骨膜下血肿；凹陷性骨折时局部可扪及局限性下陷区，若骨折片损伤脑重要功能区浅面，还可出现偏瘫、失语、癫痫等神经系统定位病征。

(2) 颅底骨折：常为线性骨折。颅底部的硬脑膜与颅骨贴附紧密，故颅底骨折时易撕裂硬脑膜，产生脑脊液外漏而成为开放性骨折。颅底骨折常因出现脑脊液漏而确诊。依骨折的部位不同可分为颅前窝、颅中窝和颅后窝骨折，临床表现各异(表 14-1)。

表 14-1 颅底骨折的临床表现

| 骨折部位 | 脑脊液漏  | 瘀斑部位            | 可能累及的脑神经 |
|------|-------|-----------------|----------|
| 颅前窝  | 鼻漏    | 眶周、球结膜下(“熊猫眼”征) | 嗅神经、视神经  |
| 颅中窝  | 鼻漏和耳漏 | 乳突区(Battle 征)   | 面神经、听神经  |
| 颅后窝  | 无     | 乳突部、咽后壁         | 少见       |

#### 2. 处理原则

(1) 颅盖骨折：单纯线性骨折无需特殊处理，关键处理因骨折引起的脑损伤或颅内出血。凹陷性骨折出现下述情况者，需手术治疗：①合并脑损伤或大面积骨折片陷入颅腔，导致颅内压升高，CT 检查示中线结构移位，有脑疝可能；②骨折片压迫脑重要部位引起神经功能障碍；③非功能区部位的小面积凹陷骨折，

无颅内压增高,但深度超过 1 cm 者可考虑择期手术;④开放性粉碎性凹陷骨折。

(2)颅底骨折:主要针对由骨折引起的并发症和后遗症进行治疗。出现脑脊液漏时即属开放性损伤,应使用破伤风抗毒素及抗感染药预防感染,大部分脑脊液漏在伤后 1~2 周自愈。若 4 周以上仍未停止,可行手术修补硬脑膜。若骨折片压迫视神经,应尽早手术减压。

### 3. 脑脊液漏患者的护理

#### (1)预防颅内感染,促进漏口早日闭合。

嘱患者采取半坐卧位头偏向患侧,维持特定体位至停止漏液后 3~5 日,借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。

保持局部清洁:每日两次清洁、消毒外耳道、鼻腔或口腔,注意棉球不可过湿,以免液体逆流入颅。劝告患者勿挖鼻、抠耳。注意不可堵塞鼻腔。

避免颅内压骤升:嘱患者勿用力屏气排便、咳嗽、擤鼻涕或打喷嚏等,以免颅内压骤然升降导致气颅或脑脊液逆流。

对于脑脊液鼻漏者,不可经鼻腔进行护理操作:严禁从鼻腔吸痰或放置鼻胃管,禁止耳、鼻滴药、冲洗和堵塞,禁忌作腰穿。注意有无颅内感染迹象。

遵医嘱应用抗感染药及破伤风抗毒素或破伤风类毒素。

#### (2)病情观察,及时发现和处理并发症。

明确有无脑脊液外漏:鉴别脑脊液与血液及脑脊液与鼻腔分泌物,可将血性液滴于白色滤纸上,若血迹外周有月晕样淡红色浸渍圈,则为脑脊液漏,或行 RBC 计数并与周围血的 RBC 比较,以明确诊断;另可根据脑脊液中含糖而鼻腔分泌物中不含糖的原理,用尿糖试纸测定或葡萄糖定量检测是否以鉴别是否存在脑脊液漏;有时颅底骨折虽伤及颞骨岩部,且骨膜及脑膜均已破裂但鼓膜尚完整时,脑脊液可经耳咽管流至咽部进而被患者咽下,故应观察并询问患者是否经常有腥味液体流至咽部。

准确估计脑脊液外漏量:在前鼻腔或外耳道口松松地放置干棉球,随湿随换,记录 24 小时浸湿的棉球数,以估计脑脊液外漏量。

注意有无颅内继发性损伤:颅骨骨折患者可合并脑组织、血管损伤,患者出现癫痫、颅内出血、继发性脑水肿、颅内压增高等。脑脊液外漏可推迟颅内压增高症状的出现,一旦出现颅内压增高的症状,救治更为困难。因此,应严密观察患者的意识、生命体征、瞳孔及肢体活动等情况,以及时发现颅内压增高及脑疝的早期迹象。

注意颅内低压综合征:若脑脊液外漏多,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。头痛在立位时加重,卧位时缓解。若出现颅压过低表现时可补充大量水分以缓解症状。

## 三、脑损伤

### 1. 脑震荡

(1)临床表现:在伤后立即出现短暂的意识障碍,持续数秒或数分钟,一般不超过 30 分钟。同时可出现皮肤苍白、出汗、血压下降、心动徐缓、呼吸微弱、肌张力减低、各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,称为逆行性遗忘。常伴有头痛、头昏、恶心、呕吐等症状。神经系统检查无阳性体征。

(2)处理原则:一般卧床休息 1~2 周,可完全恢复。可适当给予镇痛、镇静对症处理。

### 2. 脑挫裂伤

#### (1)临床表现。

意识障碍:是脑挫裂伤最突出的临床表现。一般伤后立即出现昏迷,其程度和持续时间与损伤程度、范围直接相关。多数患者超过半小时,严重者可长期持续昏迷。

局灶症状和体征:依损伤的部位和程度而不同,若伤及脑皮质功能区,可在受伤当时立即出现与伤灶

区功能相应的神经功能障碍或体征,如语言中枢损伤出现失语,运动区损伤出现锥体束征、肢体抽搐、偏瘫等。若仅伤及额、颞叶前端等“哑区”,可无神经系统缺损的表现。

头痛、呕吐:与颅内压增高、自主神经功能紊乱或外伤性蛛网膜下隙出血有关。后者还可出现脑膜刺激征,脑脊液检查有红细胞。

颅内压增高与脑疝因继发颅内血肿或脑水肿所致。可使早期的意识障碍或偏瘫程度加重,或意识障碍好转后又加重。

#### (2)处理原则。

非手术治疗:①休息,床头抬高 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$ ,宜取侧卧位;②保持呼吸道通畅,必要时作气管切开或气管内插管辅助呼吸;③营养支持,维持水、电解质、酸碱平衡;④应用抗感染药预防感染;⑤对症处理,如镇静、止痛、抗癫痫等;⑥严密观察病情变化;⑦防治脑水肿;⑧促进脑功能恢复。

手术治疗:重度脑挫裂伤经上述治疗无效,颅内压增高明显甚至出现脑疝迹象时,应作脑减压术或局部病灶清除术。

### 3. 颅内血肿

#### (1)临床表现。

硬脑膜外血肿:①意识障碍,可以是原发性脑损伤直接所致,也可由血肿导致颅内压增高、脑疝引起,后者常发生于伤后数小时至1~2日。典型的意识障碍是在原发性意识障碍之后,经过中间清醒期,再度出现意识障碍,并渐次加重。如果原发性脑损伤较严重或血肿形成较迅速,也可能不出现中间清醒期。少数患者可无原发性昏迷,而在血肿形成后出现昏迷。②颅内压增高及脑疝表现。

硬脑膜下血肿:①急性和亚急性硬脑膜下血肿:症状类似硬脑膜外血肿,脑实质损伤较重,原发性昏迷时间长,中间清醒期不明显,颅内压增高与脑疝的其他征象多在1~3日内进行性加重;②慢性硬脑膜下血肿:由于致伤外力小,出血缓慢,患者可有慢性颅内压增高表现,如头痛、恶心、呕吐和视乳头水肿等,并有间歇性神经定位体征,有时可有智力下降、记忆力减退和精神失常。

脑内血肿:以进行性加重的意识障碍为主,若血肿累及重要脑功能区,可出现偏瘫、失语、癫痫等症状。

#### (2)处理原则。

一经确诊,通常手术清除血肿。

### 4. 护理

#### (1)保持呼吸道通畅。

体位:深昏迷患者取侧卧位或侧俯卧位,以利于口腔内分泌物排出。

及时清除呼吸道分泌物及其他血污,呕吐时将头转向一侧以免误吸。

开放气道:深昏迷患者应抬起下颌或放置口咽通气管道,以免舌根后坠阻碍呼吸。短期不能清醒者,宜行气管插管或气管切开,必要时使用呼吸机辅助呼吸。

加强气管插管、气管切开患者的护理:保持室内适宜的温度和湿度,湿化气道,避免呼吸道分泌物黏稠、不易排出。

预防感染:使用抗感染药防治呼吸道感染。

#### (2)预防废用综合征。

压疮:保持皮肤清洁干燥,定时翻身,尤应注意骶尾部、足跟、耳廓等骨隆突部位,亦不可忽视敷料包裹部位。消瘦者伤后初期及高热者常需每小时翻身,长期昏迷、一般情况较好者可每3~4小时翻身一次。

泌尿系感染:昏迷患者常有排尿功能紊乱,短暂尿潴留后继以溺床,长期留置导尿管是引起泌尿系感染的主要原因。必须导尿时,应严格执行无菌操作。留置尿管过程中,加强会阴部护理,夹闭导尿管并定时放尿以训练膀胱贮尿功能;尿管留置时间不宜超过3~5日,需长期导尿者,宜行耻骨上膀胱造瘘术,以减少泌尿系感染。

肺部感染:加强呼吸道护理,定期翻身拍背,保持呼吸道通畅,防止呕吐物误吸引起窒息和呼吸道感染。

暴露性角膜炎:眼睑闭合不全者,给予眼药膏保护;无需随时观察瞳孔时,可用纱布遮盖上眼睑,甚至行眼睑缝合术。

关节挛缩、肌萎缩:保持肢体于功能位,防止足下垂。每日作四肢关节被动活动及肌肉按摩 2~3 次,防止肢体挛缩和畸形。

### (3) 病情观察。

意识:意识障碍是脑损伤患者最常见的变化之一。意识障碍的程度可协助辨别脑损伤的轻重;意识障碍出现的迟早和有无继续加重,可作为区别原发性和继发性脑损伤的重要依据。观察患者意识状态,不仅应了解有无意识障碍,还应注意意识障碍程度及变化。

生命体征:监测时,先测呼吸,再测脉搏,最后测血压。伤后早期,由于组织创伤反应,可出现中等程度发热;若累及间脑或脑干,可导致体温调节紊乱,出现体温不升或中枢性高热;伤后即发生高热,多系视丘下部或脑干损伤;伤后数日体温升高,常提示有感染性并发症。注意呼吸节律和深度、脉搏快慢和强弱以及血压和脉压变化。若伤后血压上升,脉搏缓慢有力,呼吸深慢,提示颅内压升高,应警惕颅内血肿或脑疝发生;枕骨大孔疝患者可突然发生呼吸停止;闭合性脑损伤呈现休克征象时,应检查有无内脏出血,如迟发性脾破裂、应激性溃疡出血等。

神经系统病征:有定位意义。原发性脑损伤引起的局灶症状,在受伤当时立即出现,且不再继续加重;继发性脑损伤引起的则在伤后逐渐出现。神经系统病征包括多种,其中以眼征及锥体束征最为重要。

①瞳孔变化:可因动眼神经、视神经以及脑干部位的损伤引起。观察两侧睑裂大小是否相等,有无上睑下垂,注意对比两侧瞳孔的形状、大小及对光反应。伤后一侧瞳孔进行性散大,对侧肢体瘫痪、意识障碍,提示脑受压或脑疝;双侧瞳孔散大、对光反应消失、眼球固定伴深昏迷或去大脑强直,多为原发性脑干损伤或临终表现;双侧瞳孔大小形状多变、对光反应消失,伴眼球分离或异位,多为中脑损伤;有无反射对光反射可以鉴别视神经损伤与动眼神经损伤。观察瞳孔时应注意某些药物、剧痛、惊吓等也会影响瞳孔变化,如吗啡、氯丙嗪可使瞳孔缩小,阿托品、麻黄碱可使瞳孔散大。眼球不能外展且有复视者,多为外展神经受损;双眼同向凝视提示额中回后损伤;眼球震颤常见于小脑或脑干损伤。②锥体束征:伤后立即出现的一侧上下肢运动障碍且相对稳定,多系对侧大脑皮层运动区损伤所致。伤后一段时间才出现一侧肢体运动障碍且进行性加重,多为幕上血肿引起的小脑幕切迹疝使中脑受压、锥体束受损所致。

其他: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或脑疝先兆。注意 CT 和 MRI 扫描结果及颅内压监测情况。

### (4) 并发症的观察与处理。

蛛网膜下隙出血:因脑裂伤所致。患者可有头痛、发热、颈强直表现。可遵医嘱给予解热镇痛药物对症处理。病情稳定、排除颅内血肿以及颅内压增高、脑疝后,为解除头痛可以协助医生行腰椎穿刺,放出血性脑脊液。

外伤性癫痫:任何部位的脑损伤均可能导致癫痫,可采用苯妥英钠预防发作。发作时使用地西泮制止抽搐。

消化道出血:可因应激性溃疡所致或大量使用皮质激素引起。除遵医嘱补充血容量、停用激素外,还应使用止血药物以及减少胃酸分泌的药物。

(李玉霄)

## 第二节 颅内肿瘤

### 一、病因分析

肿瘤发生的原因目前尚未完全清楚,随着分子生物学、细胞生物学和遗传学研究的不断深入,人们对

肿瘤发生、发展机制和转归的认识有了长足进步。目前认为诱发肿瘤发生的因素有遗传因素、物理因素、化学因素等。

### (一) 遗传因素

在人类只有少数几种神经系统肿瘤与遗传有关。神经纤维瘤病、血管网状细胞瘤和视网膜母细胞瘤等有明显的家族发病倾向。这些肿瘤常在一个家族中的几代人出现。胚胎原始细胞在颅内残留和异位生长也是颅内肿瘤形成的一个重要原因,如颅咽管瘤、脊索瘤、表皮样囊肿及畸胎瘤。颅咽管瘤发生于颅内胚胎颅咽管残余的上皮组织,脊索瘤来自脊索组织残余,上皮样囊肿和皮样囊肿来自皮肤组织,而畸胎瘤则来自多种胚胎组织的残余。

### (二) 物理因素

目前已肯定电离辐射能增加肿瘤的发病率,肿瘤的发生是人和动物接受射线作用后最严重的远期病理变化。

### (三) 化学因素

动物实验证实,多环芳香烃类化合物和亚硝酸类化合物均可诱发中枢神经系统肿瘤。约有95%以上的化学致癌物进入体内必须经过代谢活化或生物转化才能起到致癌作用,这种致癌物为间接致癌物。大部分化学致癌物为间接致癌物,如多环芳香烃类化合物中的甲基胆蒽、二苯蒽和二苯芘都能诱发脑瘤;亚硝胺类化合物是很强的致癌物,几乎能引发各类脏器与组织的肿瘤,亚硝胺类化合物是不需要激活的直接致癌物,亚硝胺类的不同化合物能使特有的器官产生一定类型的肿瘤,特别是对中枢神经系统。

## 二、临床观察

颅内肿瘤90%以上可出现颅内压增高症状,症状的发展通常呈慢性进行性加重,少数有中间缓解期,当肿瘤囊性变或瘤内出血时可表现为急性颅内压增高,严重者或晚期肿瘤者常有脑疝形成。这常是导致患者死亡的直接原因。

### (一) 颅内压增高与肿瘤的关系

#### 1. 肿瘤部位与颅内压增高的关系

中线部位脑室系统肿瘤的颅内压增高症状出现较早,而且程度比较严重,尤其当肿瘤部位邻近室间孔和正中孔等生理狭窄区时,颅内压增高症状出现更早。另外,上述部位的肿瘤还可能在脑室系统生理狭窄区造成活瓣性梗阻,从而引起阵发性急性颅内压增高,临床表现为发作性剧烈头痛或眩晕、喷射状呕吐。发作常与头位有关,因而有的患者被迫使头部维持一种不自然的姿势,即强迫头位。

#### 2. 肿瘤性质与颅内压增高的关系

脑实质恶性肿瘤的体积增长速度较快,周围脑组织水肿反应较严重,临床上常出现头痛、呕吐和精神萎靡等症状。眼底检查常有明显的视乳头水肿,并伴有眼底出血。

#### 3. 患病年龄与颅内压增高的关系

老年患者的颅内压增高症状出现较晚,主要因为老年性脑萎缩使颅内具有较充裕的空间代偿肿瘤体积的增长,以至在较长时间内没有颅内压增高的表现。此外,老年人动脉硬化、脑血流量减少以及脑血管通透性降低等因素,使得早期肿瘤周围的脑水肿反应较轻;即使已形成高颅压,也因为不易出现视乳头水肿以及老年人的头痛、呕吐等反应较迟钝,从而容易被忽略。婴幼儿时期颅缝尚未闭合,早期可以出现代偿性颅腔容积扩大,临床表现以脑积水征为主。

### (二) 常见的肿瘤症状评估

#### 1. 大脑半球肿瘤

位于大脑半球功能区附近的肿瘤可表现为神经系统定位体征,早期可出现局部刺激症状,如癫痫发作、幻嗅、幻听、幻视等,晚期或肿瘤位于功能区脑内则出现破坏症状,如感觉减退、肌力减弱、视野缺损等。大脑半球肿瘤常见的临床症状有以下几种。

(1) 精神症状:主要是人格改变和记忆力减退,最常见于额叶肿瘤,尤其是当肿瘤向双侧额叶侵犯时,



精神症状更为明显,此类患者多表现为反应迟钝,生活懒散,近记忆力减退甚至丧失,严重时丧失自制力及判断力,也可表现为脾气暴躁,易激动或欣快,很少出现幻觉和妄想。

(2)癫痫发作:包括全身性发作和局限性发作,抽搐可由一侧肢体开始,甚至局限于单个手指、足趾或一侧口角。癫痫发作以额叶肿瘤最多见。有的病例抽搐发作前可有感觉先兆,如颞叶肿瘤发作前常有幻觉、眩晕的先兆,顶叶肿瘤癫痫发作前可有肢体麻木等异常感觉。

(3)锥体束损害症状:因肿瘤的大小及对运动区损害程度的不同而异,表现为肿瘤对侧半身或单一肢体肌力弱或瘫痪,临床往往最早发现一侧腹壁反射减弱或消失,该侧腱反射亢进,肌张力增加,病理征阳性。

(4)感觉障碍:顶叶肿瘤所致的痛、温觉障碍多不明显,即使发现也在肢体的远端,且多数非常轻微。皮质感觉障碍表现为肿瘤对侧肢体的位置觉、两点分辨觉、图形觉等障碍。

(5)失语:失语分为运动性失语和感觉性失语,优势半球额下回受侵犯时患者保留理解语言的能力,但丧失语言表达的能力,称作运动性失语。当优势半球额上回后部受侵犯时,患者虽然保留语言表达的能力,但不能理解语言,称作感觉性失语。

## 2. 蝶鞍区肿瘤

颅内压增高在蝶鞍区肿瘤相对少见,这是因为蝶鞍区肿瘤较早出现视力、视野改变及内分泌改变,故易引起患者的注意,应及早就诊。

(1)视觉障碍:肿瘤向鞍上发展压迫视交叉可引起视力减退和视野缺损,视力减退多数先由一只眼开始,进行性加重,两眼视力可有较大的差异,最后可导致两眼相继失明。视野缺损的典型表现为双颞侧偏盲。

(2)内分泌功能改变:如性功能低下,男性表现为阳痿、性欲减退,女性表现为月经周期延长或闭经。生长激素分泌过盛,在发育成熟前可导致巨人症,发育成熟后表现为肢端肥大症。

## 3. 松果体区肿瘤

松果体区肿瘤多以颅压高为主要症状,这是由于肿瘤位于中脑导水管附近。早期即可引起脑脊液循环梗阻。颅压高常为首发症状,甚至是唯一的临床症状。

## 4. 颅后窝肿瘤症状

颅后窝肿瘤的局部症状可分为小脑半球、小脑蚓部、脑干和桥小脑角等四组症状。

(1)小脑半球症状:主要表现为患侧肢体共济失调,如指鼻试验和跟膝胫试验做不准,轮替试验幅度增大、缓慢、笨拙,步行时手足运动不协调,常向患侧倾倒。

(2)小脑蚓部症状:主要表现为躯干性和下肢远端共济失调,行走时两足分离过远,步态蹒跚或左右摇晃如醉汉。

(3)脑干症状:临床表现特征为出现交叉性麻痹,即病变节段同侧的核及核下性脑神经损害及节段下对侧的锥体束征。如中脑病变多表现为病变侧动眼神经麻痹,脑桥病变可表现为病变侧眼球外展及面肌麻痹、同侧面面部感觉障碍以及听觉障碍,延髓病变可出现病变侧舌肌麻痹、咽喉麻痹、舌后 1/3 味觉消失。

(4)桥小脑角症状:病变同侧中、后组脑神经症状及小脑症状。前者常见耳鸣、听力下降、眩晕、颜面麻木、面肌抽搐、声音嘶哑、进食饮水呛咳等,后者表现为病变同侧共济失调及水平眼震。

## (三)辅助检查

### 1. CT 扫描

CT 扫描能够分辨颅内不同组织对 X 线吸收值的细微差别,可使颅内的软组织结构如脑室与脑池系统、灰质与白质结构以及病变组织清晰显影,根据肿瘤组织形成的阴影与周围组织的密度对比,可以分为三种基本类型,即高密度病变、等密度病变和低密度病变。CT 诊断颅内肿瘤通常主要根据肿瘤病理组织形成的异常密度,以及肿瘤对脑室和脑池系统的压迫移位来判断。实质性肿瘤通常显示高密度病变,对有些肿瘤来说,更常见的情况是普通扫描时密度对比不显著或显示为等密度病变,静脉注射造影剂后病变密度才显著增高。

## 2. 磁共振成像(MRI)

MRI 对中枢神经系统是一种性能优良的成像手段,其对不同神经组织和结构的细微分辨能力远胜于 CT,具有良好的对比度,无射线辐射和同时进行多方向层面扫描等优点。MRI 通过分析不同组织的 H 质子密度、 $T_1$  和  $T_2$  弛豫时间,分辨不同的组织。

## 三、常见护理问题

### (一) 颅内压增高

#### 1. 头痛、恶心、呕吐

是颅内压增高的主要症状,头痛多位于前额及颞部,为持续性头痛并有阵发性加剧。头痛常常在早上更重,间歇期可以正常,呕吐多为喷射状,呕吐之后头痛也随之有所缓解。

#### 2. 视乳头水肿和视力减退

视乳头水肿和视力减退是颅内压增高的客观征象,严重时发生眼底出血,颅内压增高持续时间长,可引起视神经继发性萎缩、视力减退,甚至导致失明。

#### 3. 精神与意识障碍

颅内压增高可引起头晕、复视、一过性黑蒙、猝倒、意识模糊、精神不安或淡漠,可发生癫痫,重度颅内压增高时可出现昏迷。

#### 4. 中度与重度急性颅内压增高

常引起呼吸、脉搏、血压方面的改变,即出现 Cushing 综合征,即呼吸、脉搏减慢而血压升高。

### (二) 外伤

颅内肿瘤患者由于肿瘤的压迫会出现不同的局部症状,如偏瘫、癫痫、视力视野障碍、精神症状等。上述为发生外伤的高危因素。

### (三) 心理压力

除肿瘤压迫脑部引起的局部症状与颅内压上升所致的症状使患者感到焦虑、害怕之外,脑肿瘤的诊断将会给患者带来极大的压力,其情绪反应也如癌症患者,护理人员应协助患者面对疾病,以正确的态度面对并接受治疗。

## 四、护理目标与措施

### (一) 护理目标

- (1) 能及时发现患者的意识改变及颅压高的症状。
- (2) 护士能观察到患者的焦虑情绪。
- (3) 患者不发生外伤、压疮等意外。

### (二) 护理措施

#### 1. 减轻颅内压升高所致的头痛和意识障碍的程度

对因颅内压增高而引起头痛的患者,护士要协助患者摆好体位,将床头抬高  $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ,避免颈部扭曲,以利于颅腔静脉回流。同时要严密监测生命体征,意识的观察对颅压增高的患者尤为重要,观察意识的方法是护士亲自呼唤患者,通过患者的反应做出正确的判断。意识通常分为五级:清醒、嗜睡、朦胧、浅昏迷、深昏迷。因脑水肿也是引起颅内压增高的原因之一,故对脑水肿患者应限制水的入量,对不能进食的患者每天输液量应限制在  $1500 \sim 2000$  mL。因为缺氧可使脑水肿加重,所以对昏迷患者要保持呼吸道通畅,护士要加强有效吸痰,对痰液粘稠的患者要加强雾化吸入,以稀释痰液。对围手术期患者,静脉输入甘露醇是降低颅内压、减轻头痛的有效方法之一,护士必须严格遵医嘱在短时间内静脉快速滴注甘露醇,使其迅速进入血液循环,降低颅内压,减轻脑水肿。

#### 2. 维护患者的安全,预防外伤的发生

影响患者安全的高危因素有精神症状、癫痫、偏瘫、视力视野障碍,护士要对不同的高危因素采取相应

的措施。对有精神症状的患者护士要及时发现,对抑郁型患者要防止跳楼自杀,对躁狂型患者要适当约束,防止自伤和伤害他人。对癫痫患者要防止外伤,在病房洗澡、外出一定要有专人陪护。患者一旦发生癫痫要就地抢救,防止舌咬伤,有口吐白沫者要将头偏向一侧,防止窒息,同时要记录癫痫发作的时间和持续时间,观察癫痫发作的状态,并做客观的记录。对偏瘫、视力视野障碍的患者生活护理要到位,防止因行动不便发生外伤。

### 3. 给予患者及家属心理支持

患有脑瘤的患者在确诊和知情后便开始焦虑,一旦决定手术治疗又会出现恐惧,所以护士应设法使患者面对疾病,向患者进行相关知识的宣教,护士与患者之间应建立相互信任的关系。若患者围手术期有失语症、一侧肢体偏瘫、同侧偏盲或感觉缺失等局部症状时,需注意随时给予患者心理支持,在日常生活中减少患者的挫折感,经常鼓励患者,同时需给予家属解释与安慰,协同家属帮助患者接受治疗。

### 4. 维持身体清洁

维持身体清洁对预防并发症是很重要的,尤其是老年患者、危重患者、长期昏迷患者皮肤的血液循环很差,易产生压疮,护理上可用温水清洗。此外需保持床单位清洁、干燥与平整,对昏迷患者要做好口腔护理,每日两次。若有假牙应取出。

### 5. 供给适当的营养

脑瘤患者围手术期应采用均衡饮食,并且要摄取足够的肉类蛋白质,对能下地行动的患者应每周测量体重。对不能自行进食的患者,应采用鼻饲管鼻饲喂食。

### 6. 维持排泄管通畅

对留置导尿的患者要保持尿管通畅,每天更换尿袋,每天消毒尿道口,此外还要维持大便通畅,对昏迷和长期卧床的患者要定时服用缓泻剂,以预防便秘。

## 五、开颅手术的术前术后护理

### (一) 常见护理问题

#### 1. 颅内压升高

手术后若发生手术部位出血或脑水肿,即会产生颅内压升高症状。

#### 2. 呼吸道不通畅

(1) 有些患者在手术前即因意识不清、无法将痰咳出,而造成呼吸道阻塞现象。

(2) 由于手术全麻插管的关系其气管内分泌物增多,若患者无法咳出也会造成呼吸道阻塞现象。

#### 3. 烦躁不安

患者在手术后由于手术部位疼痛和尿潴留等情形,即会出现烦躁不安现象。

#### 4. 头皮或皮肤压疮

患者在手术后由于伤口疼痛不能自行翻身,造成局部皮肤长期受压,易形成压疮。

### (二) 护理目标

①维持呼吸道通畅。②预防颅内压升高。③保持安静,增进身心舒适。④预防感染,促进伤口愈合。

⑤维持出入量平衡。⑥预防手术后并发症。

### (三) 护理措施

#### 1. 手术前护理

(1) 完成一切术前检查,以评估心、肺、肾功能。

(2) 鼓励患者及家属面对手术。手术室护士应术前访视,向患者讲述手术程序及患者麻醉前应如何配合,以减轻患者在手术间等待期的恐惧心理;ICU 护士应做术前访视,并向患者讲述术后麻醉恢复及监护程序;病区护士应鼓励患者或家属说出所担忧的事或对手术所持的期望。

(3) 完成手术前准备。手术前 1 日,病房护士应完成患者的配血或自体输血及抗生素皮试的准备工作,已备术中用血、用药及术后用药。告知患者术前晚 12 点以后禁食水,以免麻醉中误吸。对术前因心理



紧张而导致睡眠不良的患者,要及时请示医生给予镇静剂。手术前1日患者要洗澡、剪指甲、更衣,术前晚剃头,护士要检查头皮是否有损伤或感染。

(4)手术日清晨的准备:患者再次剃头,并用肥皂水清洗干净,告知患者脱去内衣,换上清洁的病服并排空膀胱。护士要检测手术者的体温、脉搏、呼吸,对女患者要询问有无月经来潮,若有发热、月经来潮应及时通知医生。待手术室护士接患者前夕,病区护士要遵医嘱给术前用药。并准备好病历、CT、MRI片,手术室护士接患者时应和病区护士共同查对床号、姓名并护送患者进手术室。

(5)特殊手术准备:垂体瘤经蝶入路的患者,术前3d开始用氯麻滴鼻液滴鼻,多贝尔液漱口,手术前1日减去鼻毛。

## 2. 手术后护理

(1)生命体征的观察:患者术后进监护室,如没有监护条件,患者术后回病房后护士应立即测量血压、脉搏、呼吸、瞳孔,并向麻醉师了解术中的情况。麻醉未清醒前需每15~30min测一次生命体征,如发现瞳孔不等大、血压升高、脉搏、呼吸减慢,应及时通知医生,因可能会出现术后血肿或脑水肿。如为颅后窝开颅的患者要密切观察呼吸的变化,测量呼吸时间不少于1min。

(2)保持呼吸道通畅:①全麻未清醒前安排患者平卧,头偏向无伤口一侧,口中放置通气道并将肩部抬高头向后仰,以防止舌后坠。对有气管插管的患者护士要注意观察,如出现患者不耐管或咳嗽反射,应及时通知医生拔除气管插管。②护士要及时清除口腔及上呼吸道分泌物,并注意观察呼吸的幅度和频率,有无呼吸困难、发绀、痰鸣音等,如出现呼吸道分泌物堵塞、误吸呕吐物、喉痉挛、严重的舌后坠引起突发梗阻性呼吸暂停,应立即行气管插管或采用16号针头作环甲膜穿刺,再行气管切开、呼吸机辅助呼吸。

(3)循环系统的观察:对手术后患者要准确记录出入量,尤其是脑垂体和下视丘肿瘤术后,以及早发现有尿崩症。同时要注意观察患者的皮肤温度、颜色和湿度,根据血压、脉搏、尿量及末梢循环情况调节输液量及速度,对血压过高者应静脉用药以维持正常血压,避免因血压波动而造成术后出血。

(4)维持体温的稳定:因术中大量输液、输血,全麻术后患者多有体温不升,有的出现寒战,所以护士要注意为患者保暖,并按常规定时测量体温。对术后体温过高的患者应设法降低体温,可按医嘱给予退热药物或使用物理降温的方法。

(5)保持安静:手术后应减少不必要、没有意义的刺激,应采取集中护理和治疗。对躁动不安的患者应做好保护,以防发生意外。同时要找出患者不安的原因,因患者出现异常兴奋、躁动不安的临床表现往往提示有术后血肿、水肿等的发生,护士应及早发现并及时通知医生处理。对术后患者要限制探视。

(6)伤口敷料及引流的观察:护士要及时观察伤口敷料的渗血、渗液情况,如渗血、渗液多要及时通知医师检查伤口情况并给予处理。对术后各种引流管护士要妥善固定好,防止脱出,翻身时避免引流管牵拉、扭曲。脑室引流时引流管比头部高出15cm左右,硬膜外、皮下引流时与头部同样高,注意观察引流液的颜色、引流量,引流管内液面波动说明引流通畅,如发现引流不畅应及时通知医生。

(7)协助患者完成基本生理需要:①饮食方面:手术第二天患者能吞咽时可给予进食,开始为流质食物,根据患者的进食情况逐渐改为正常饮食。②减轻眼睛周围水肿引起的不适,可用冷敷或凡士林润滑眼睑,若患者眼睑无法闭合可用生理盐水纱布润湿之,以防角膜过度干燥、溃疡。③每1~2小时协助患者翻身,翻身时检查身体皮肤有无发红或破皮。在骨突处加以按摩,以促进血液循环。④提供合适的营养,避免因营养不良而造成肌肉缺乏弹性。

(8)预防手术后并发症:①癫痫,对手术前有癫痫、手术部位在中央回及颞叶附近者,术后应观察有无癫痫发作,应嘱患者按时服用抗癫痫药。②肺部并发症,对昏迷意识不清的患者平时在翻身时应进行背部叩击,意识清醒者则可鼓励患者深呼吸及有效咳嗽。

(9)给予患者及家属心理支持:不论患者或家属在整个病程当中都可能会表现出心理适应危机,甚至会干扰医护活动,如愤怒、不满等,所以在做任何医疗、护理活动之前都应耐心向他们说明,以免因患者家属这方面的知识不足而延误医疗。

(李玉霄)