

国内名院、名科、知名专家
临床护理思维与实践系列丛书

神经外科临床护理 思维与实践

主 编 王彩云 贾金秀
副主编 王庆珍 张秀云 崔 建



人民卫生出版社

国内名院、名科、知名专家
临床护理思维与实践系列丛书

神经外科 临床护理

思维与实践

主 编 王彩云 贾金秀

副主编 王庆珍 张秀云 崔 建

编 者 (按姓氏笔画排序)

马舰航 王子替 王庆珍 王春玲 王彩云 左春慧
吕玉梅 朱秀英 李 靖 杨秀云 辛金玲 宋晓东
张 羽 张 颖 张秀云 张颖丽 范艳竹 金 颖
赵 蕊 郝 莉 姚 菲 贺 欣 袁巧玲 贾金秀
顾 婧 柴秋英 桂金敏 陶燕平 黄 娜 崔 建
梁建妹 蔡卫新

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

神经外科临床护理思维与实践/王彩云, 贾金秀主编. —北京: 人民卫生出版社, 2013

(国内名院、名科、知名专家临床护理实践与思维系列丛书)

ISBN 978-7-117-17711-5

I. ①神… II. ①王… ②贾… III. ①神经外科学-护理学 IV. ①R473.6

中国版本图书馆CIP数据核字 (2013) 第176996号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

神经外科临床护理思维与实践

主 编: 王彩云 贾金秀

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 23

字 数: 425 千字

版 次: 2013 年 12 月第 1 版 2013 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-17711-5/R · 17712

定 价: 52.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

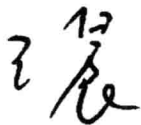
序

随着现代临床医疗的迅猛发展,为护理工作带来了前所未有的考验。对护理工作专业化的理念和内涵都提出了全新的要求,只有不断更新知识和扩展知识内涵,方可顺应时代的变化与发展。自20世纪70年代第一代头颅CT问世至今,神经影像学、生物化学、神经病学、工程技术、信息学和计算机科学等各方面发展与通力协作,使神经外科手术日益精细,使既往疑难疾病得到了有效的治疗,但仍有许多病情变化有待临床护理中早期发现而使患者获救。

神经外科护理是患者整体治疗和康复的重要组成部分,同时具有鲜明的护理特色,一名合格的神经外科护士需要具有迅速判断意识和评估基本神经系统反应本领,熟练地掌握各类急救及护理技术、正确地使用各类监护和急救仪器、有效地预防手术后并发症等能力,方可保证患者生命安全。

《神经外科临床护理思维与实践》由北京天坛医院从事神经外科的护理骨干撰写而成。她们积淀了在颅脑损伤、脊髓疾病、幕上肿瘤、幕下肿瘤、颅底及脑干疾病、功能性疾病以及小儿神经外科等不同领域的宝贵护理经验,通过文字形式向业内人士广泛推广。该书撰写以“面向护理群体、适于临床实践”为出发点,从临床实例和专科技能两方面入手融入护士工作思路,展开患者围手术期的全面护理过程,同时绘制了简要清晰的护理操作流程,相信会对神经外科临床护士给予指导和帮助意义。

首都医科大学附属北京天坛医院院长



前言

国际神经外科从初创至今历经百年,随着一代一代神经外科人不断地探索与信息科学、生命科学、材料科学和医学工程学的发展,神经外科疑难疾病正在被逐个攻破,手术日益精细与微创,使神经外科患者的生存率和生活质量得到了大幅度提高。神经外科护理工作是患者治疗过程中不可或缺的一部分,迅猛发展的医疗,带动着护理专业的全面提升,形成了具有专业特色的临床护理方法。本书意在通过护理人员的临床实践经验与理论知识相结合,向从事神经外科护理的同道介绍实战经验以及专科护理技能,达到经验、知识共享,提高神经外科专科护理水平的目的。

本书由常年工作在临床一线的神经外科护士参与编写,她们在各自的专业领域工作十几年,具有丰富的实战经验、扎实的专业知识和娴熟的专科技能,相信会对从事神经外科护理的人员有一定的指导和帮助。本书本着贴近临床、专业实用、群体受益的原则而进行编写。全书共分为病例篇和专业技能篇两部分。病例篇涉及颅脑损伤、颅内肿瘤、脊柱和脊髓疾病、脑血管疾病、功能性疾病以及儿童常见的神经外科疾病。每一种疾病以具体危重病例为单元,患者入院、手术前、手术后、出院前时间顺序为思维主线,涵盖了在全程护理过程中所面临的病情观察、并发症护理、安全防护、护患沟通、心理护理与健康教育等方面的护理问题和难点,阐述专业护理的方式方法。专业技能篇介绍了神经外科护理观察与监护技术、基本护理技术、护理配合技术以及神经功能康复技术,本篇主要以流程图的形式展现护理技能操作的程序,便于理解与掌握。

本书在编写过程中承蒙神经外科专家给予纠正和指导,在此致以感谢。鉴于本书为临床护理人员在繁忙的工作之余而编写,难免有不足和可商榷之处,希望广大读者批评和指正。

编者

2013年6月

第一篇 病例篇

第一章 颅脑损伤	2
病例1 颅底骨折并发硬膜外血肿	2
病例2 急性硬膜下血肿并发硬膜下积液	8
病例3 慢性硬膜下血肿伴高血压	15
病例4 左额颞脑挫裂伤伴脑内血肿	21
病例5 脑干出血破入第四脑室患者的亚低温治疗	27
病例6 颅骨缺损修补术后并发癫痫	34
第二章 颅内肿瘤	42
病例7 左额矢状窦旁脑膜瘤	42
病例8 第四脑室——室管膜瘤	50
病例9 小脑星形细胞瘤	59
病例10 左颞胶质母细胞瘤	66
病例11 中枢神经细胞瘤并发脑室内感染	73
病例12 单鼻孔入路垂体腺瘤切除术	80
病例13 颅咽管瘤并发水电解质紊乱	89
病例14 松果体细胞瘤	96
病例15 左桥小脑角神经鞘瘤	103
病例16 右桥小脑角表皮样囊肿	111
病例17 斜坡脊索瘤	117
病例18 颅眶沟通肿瘤——右眶、鞍旁移行性脑膜瘤	125
病例19 脑干星形细胞瘤	133
病例20 鞍区生殖细胞瘤化疗继发药物不良反应	144
第三章 脊柱和脊髓疾病	152
病例21 脊柱脊髓闭合性损伤	152

病例22	椎管内海绵状血管瘤	160
病例23	寰枕畸形	170
第四章	脑血管疾病	181
病例24	脑底异常血管网症(烟雾病)	181
病例25	颅内动脉瘤术后并发脑血管痉挛	187
病例26	脑动静脉畸形术后并发颅内出血	194
病例27	左顶海绵状血管瘤	201
病例28	动脉粥样硬化性颈内动脉狭窄	208
第五章	功能性疾病	215
病例29	右侧三叉神经痛	215
病例30	双侧颞叶皮层电极植入治疗癫痫疾病	222
病例31	脑深部电刺激术治疗帕金森氏病	229
病例32	脑深部电刺激术治疗肌张力障碍	238
第六章	儿童常见神经外科疾病	244
病例33	先天性脑积水	244
病例34	脊柱裂、脊膜膨出	251
病例35	下丘脑错构瘤术后并发低钠血症	256
病例36	髓母细胞瘤	263
 第二篇 专科护理技术 		
第一章	观察与监护技术	274
第一节	意识障碍的评定	274
第二节	语言障碍的评定	278
第三节	运动障碍的评定	281
第四节	感觉障碍的评定	285
第五节	吞咽功能的评定	289
第六节	智能障碍的评定	291
第七节	瞳孔的观察	295
第八节	有创颅内压监测	297
第九节	视频脑电监测	300

第十节 脑电双频指数 (BIS) 监测	301
第十一节 脑室引流的护理	303
第二章 基本护理技术	305
第一节 体位转换技术	305
第二节 有效排痰技术	308
第三节 床上换单技术	311
第四节 移动滑板和过床易的使用技术	312
第五节 昏迷患者的口腔清洁技术	314
第六节 昏迷患者床上擦浴技术	316
第七节 躁动患者的保护性约束技术	318
第八节 抗血栓梯度压力带的使用技术	320
第三章 护理配合技术	322
第一节 颅脑伤口换药	322
第二节 腰椎穿刺	324
第三节 脑室穿刺	327
第四节 经皮气管切开	330
第五节 中心静脉置管	333
第六节 高压氧治疗	336
第四章 神经功能康复技术	339
第一节 功能位的摆放	339
第二节 神经系统疾病功能康复	348

第一章 颅脑损伤

病例1 颅底骨折并发硬膜外血肿

患者,男性,28岁,于入院前8小时自楼梯上摔下致伤头部,伤后神志清楚,主诉头痛,左侧外耳道及血性液体流出,急诊CT检查示:“左侧岩骨骨折”,为进一步治疗收入院。患者入院第2天主诉头痛加剧,且烦躁不安,复查CT为“颅底骨折并发左颞枕硬膜外血肿”,于当日2pm在全麻下行“左颞开颅硬膜外血肿清除术”。

入院阶段的护理

一、患者诊疗情况

患者入院时神志清楚, GLS评分12分。体温37℃,心率92次/分,呼吸22次/分,血压124/77mmHg,双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏,病理征阴性,四肢肌力正常。左侧外耳道持续流出血性液体,并主诉头痛,左耳耳鸣,且听力较右耳差,鼻腔未见血性液体流出。

二、护理思维路径

(一)评估护理问题

潜在并发症: 颅内压增高、有感染的危险、沟通障碍。

(二)护理实施方案

[潜在并发症: 颅内压增高]

思维提示

- 岩骨是颞骨最内面的部分,形状犹如金字塔。由颅上方和内面来看,金字塔的底是岩骨靠外与鳞骨、鼓骨、乳突连接的部分。
- 硬膜外血肿多见于额颞部与枕颞部,此处的硬脑膜与颅骨附着较松,易于分离,且颞部含有脑膜中动、静脉。
- 单纯颅底骨折病情上相对较轻,治疗上也无需特别处理。但迟发性硬膜外血肿的出现,则增加了患者的危险,观察或处理不及时,会出现较严重的后果。

1. 护理目标 严密监测生命体征早期发现病情变化。

2. 护理措施

(1) 密切观察意识、瞳孔、生命体征的变化,动态评估患者的 GLS 评分,疾病变化早期可能会出现意识变化晚期则可能会出现血压升高,心率减慢呼吸循环衰竭的表现。

(2) 注意肢体运动情况,患者并发硬膜外血肿可伴有锥体束征,表现为对侧肢体肌力减退、偏瘫、病理征阳性。

(3) 观察患者是否出现头痛和呕吐症状,如出现剧烈头痛、喷射性呕吐等颅内高压症状,及时报告医生。

[有感染的危险]

思维提示

• 因岩骨位于颅中、后窝交界处,岩骨的中窝部分或后窝部分骨折,只要伤及中耳腔,皆可出现血性脑脊液进入鼓室,若耳鼓膜有破裂时溢液经外耳道流出,形成耳漏。

• 鼓膜完整时脑脊液可经耳咽管流向咽部,甚至由鼻后孔反流到鼻腔再自鼻孔溢出,形成鼻漏。

1. 护理目标 促进脑脊液耳漏尽早愈合,并在此期间预防颅内感染的发生。

2. 护理措施

(1) 将患者床头抬高30°,给予半卧位,枕上垫无菌小巾,有污染时及时更换。嘱患者绝对卧床,至脑脊液耳漏停止后3~5日,防止脑脊液逆流导致颅内感染的发生。

(2) 保证患者所处的病室环境清洁,尽量将患者安排在患者较少的病室。

(3) 保持病室空气的清洁,减少探视及陪护人员。病室早晚开窗通风,保持室内空气流通、清新。

(4) 每日2次以生理盐水棉签清洁外耳道,在护理操作前护士一定要规范进行个人手部卫生处理,操作过程中避免棉签蘸有过多的生理盐水,防止棉签过湿导致液体逆流颅内。

(5) 禁止对耳道进行堵塞、冲洗和滴药。同时做好患者的排便处理,预防便秘,防止患者因用力咳嗽、打喷嚏、擤鼻涕、用力排便造成颅内压突然升降导致气颅加重脑脊液漏。

(6) 脑脊液耳漏期间禁忌做腰椎穿刺,防止脑脊液逆行发生感染。

(7) 遵医嘱正确应用抗生素,有效预防颅内感染的发生。

[沟通障碍]

思维提示

- 岩骨位于颅中、后窝交界处,颅中窝骨折可致听神经损伤。听力由两部分构成,一部分神经传导,另一部分是骨传导。
- 骨传导受损时会损失很多频率音域的声音,特别是高频($>1.5\text{k赫兹}$)受损,严重影响发音听力交流,造成神经性耳聋。

1. 护理目标 与患者进行有效的沟通交流。

2. 护理措施

(1) 评估患者听神经受损程度,倾听患者主诉,注重检查患者有无耳鸣、耳痛、听力下降等症状。

(2) 患者主诉左耳耳鸣,听力较右耳差。在护理过程中耐心告知,与患者交流时尽量将音量放大。结合耳鼻喉科医生会诊结果,给予有针对性的药物治疗,或遵医嘱给予神经营养药物。

手术前期的护理

一、患者的诊疗情况

患者入院第二天主诉头痛加剧,且烦躁不安,复查CT为“颅底骨折并发左颞枕硬膜外血肿”,于当日2pm在全麻下行“左颞开颅硬膜外血肿清除术”。

二、手术前护理准备

(一) 常规准备

护士接到医生准备手术的通知后,立即指导患者禁食水为患者剃头。遵照医嘱完成抗生素皮试、配血等常规术前准备工作。针对该患者手术后的需要,准备麻醉床、多参数监护仪、闭式引流系统支架等设备。

(二) 专业准备

1. 了解治疗方式 患者于全麻下行“左颞开颅硬膜外血肿清除术”,并于术后留有硬膜外引流管。

2. 预知手术后并发症:继发颅内血肿、颅内感染。

手术后阶段的护理

一、患者的诊疗情况

患者在全麻下行“左颞开颅硬膜外血肿清除术”，于18:50手术后回至病房，监测患者意识全麻未醒，体温36℃，脉搏89次/分，呼吸18次/分，血压119/78mmHg，双侧瞳孔等大等圆，左：右为2.5mm：2.5mm，对光反射灵敏，留置硬膜外引流管。术后第1日患者体温高热，最高至39℃，血常规检验查白细胞 $12.7 \times 10^9/L$ ，脑室液检验未见异常，3日后患者体温降至36~37℃。硬膜外引流3日后拔除，共引流血性液体300ml。患者入院1周后耳漏自愈。入院10日后经降颅压、抗感染等对症治疗逐步康复。

二、护理思维路径

(一) 评估护理问题

潜在并发症：继发颅内血肿、潜在并发症：颅内感染、有非计划性拔管的危险。

(二) 护理实施方案

[潜在并发症：继发颅内血肿]

思维提示

- 术后仍可能继发新的颅内出血。
- 患者骨折部位位于颞部，出血来源很有可能是翼点附近骨沟内的脑膜中动脉。

1. 护理目标 密切观察生命体征，早期发现病情变化。

2. 护理措施

(1) 严密监测患者生命体征，如出现意识障碍，血压升高，心率增快，瞳孔散大等体征变化，以及引流液由暗红色转变为鲜红色，量增多，应该考虑有再出血的可能，需立即报告医师，结合临床表现，复查头颅CT检查。需要开颅手术者，应积极配合术前准备。

(2) 保持病室安静，减少人员探视，避免影响患者休息，防止患者情绪激动。

(3) 避免引起患者剧烈咳嗽、用力排便等增加颅内压的因素。

(4) 严格掌控拔管指征，术后引流液多为暗红色，量逐日减少，一般术后48小时医生考虑拔管，个别患者要根据其引流量和患者的具体情况选择拔管

时间,如患者引流量多或有颅内压高的症状,可延迟拔管时间。

(5) 试闭管期间,观察患者有无颅内压增高症状,例如头疼、恶心、呕吐等,次日行CT检查无异常后,医生可拔除硬膜外引流管。

[潜在并发症: 颅内感染]

思维提示

- 患者术后留置硬膜外引流管,使颅内与外界相通,有造成颅内感染的可能。

- 手术暴露时间长,以及硬膜外引流管的置入都是造成颅内感染的诱发因素。

1. 护理目标 降低发生感染的因素,发现异常及时通知医生。

2. 护理措施

(1) 体位的维护: 让患者卧床,头枕水枕,将床头抬高 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$,引流管固定低于头部伤口创面 $20\sim 30\text{cm}$,避免引流液逆流。

(2) 环境维护: 保持病室清洁,每日通风2次; 限制探视家属为每次2人,探视时间在1小时左右。枕上铺无菌小巾,4小时更换1次,污染后随时更换。保持头部创口或穿刺点敷料干燥,如发现敷料潮湿,应立即查明原因。

(3) 硬膜外引流管的管理: 操作过程中严格遵守无菌操作原则,避免医源性感染。保持整个引流装置及管道的清洁和无菌,各接头处连接紧密无松动。定时观察引流管是否通畅,引流管不可受压、扭曲、成角、折叠。如发现堵塞(患者咳嗽或挤压引流管未见引流液波动)及时处理。

(4) 高热的护理: 首先保持病室温度适宜,通风良好,患者在退热过程中往往大量出汗,应及时擦干汗液,更换衣被,保持皮肤的清洁,但要防止着凉,避免对流风。加强口腔护理,每日早晚应进行口腔护理,饮食前、后均应漱口,观察舌苔、舌质,保证口腔卫生。口唇干燥者可涂以液状石蜡或稀甘油,保持室内空气新鲜,加强通风,调整被盖,限制活动等。高热患者每4小时监测1次体温并记录,观察其热型及临床表现,观察呼吸、血压的变化及一些伴随症状。在患者大量出汗或退热时,应注意有无虚脱现象。患者进食营养丰富即高热量、高蛋白、高维生素、低脂肪、易消化的清淡流质、半流质饮食并少量多餐。鼓励患者多饮水,必要时按医嘱静脉补充液体。

[有非计划性拔管的危险]

思维提示

- 患者留置硬膜外引流管,情绪上较为烦躁。
- 护士防范非计划性拔管意外事件的发生。

1. 护理目标 在患者硬膜外引流期间,不发生非计划性拔管的意外事件。
2. 护理措施
 - (1)告知患者硬膜外引流的重要性,使其从根本上提高对引流管的重视。
 - (2)妥善固定引流装置,留出较长引流管供患者在床上进行翻身活动。
 - (3)患者术后情绪烦躁,动作幅度大,给予患者耐心指导并寻求家属配合,对患者情绪进行安抚,并给予适当保护性约束。
 - (4)护士加强巡视,及时记录引流情况,并观察约束部位皮肤现状。

出院前的护理

一、患者诊疗情况

患者术后第10天,体温36.8℃,心率78次/分,呼吸20次/分,血压120/64mmHg,神志清楚,语言流利,四肢活动好,复查CT示无明显异常,医嘱出院,并出院带口服抗癫痫药物。

二、护理思维路径

(一)评估护理问题

患者在疾病观察、服药及康复方面知识缺乏。

(二)健康教育实施方案

思维提示

- 患者颞叶损伤易导致癫痫,且手术过程中脑瘢痕的产生可产生癫痫灶。患者术后要服用抗癫痫药物。
- 患者在疾病观察、服药及康复的知识缺乏,需要护士进行讲解,使患者及家属了解观察伤口愈合情况,有效控制癫痫,防范药物副作用的方法,以使患者尽快恢复到健康状态。

[疾病观察知识]

1. 宣教目标 患者及家属能够及时发现病情变化,及时就医。

2. 宣教内容

(1) 保持伤口清洁干燥,出院后1个月可洗头,避免抓挠伤口,防止伤口感染。当自觉伤口红肿,或有液体流出时应警惕伤口可能发生了感染,需及时就医。

(2) 如突然出现头痛、头晕、恶心、呕吐等应及时到医院就诊。

(3) 脑脊液漏愈合初期,避免用力咳嗽,排便防止瘘道的二次形成。

[服药知识]

1. 宣教目标 患者及家属能够正确服用抗癫痫药物,并了解药物的不良反应。

2. 宣教内容

(1) 患者住院期间一直服用抗癫痫药物奥卡西平0.3g Bid,出院后需继续服用3个月,嘱患者要按时按量给予服用药物,并告知患者随意停药,换药、减量都有可能诱发癫痫。

(2) 服药期间可能出现皮疹、胃肠道反应等药物不良反应,如有发生请及时到医院调整用药。

(3) 在服药期间定期到医院检查血药浓度及肝肾功能。

[康复知识]

1. 宣教目标 患者及家属了解康复知识。促进患者早日康复。

2. 宣教内容

(1) 饮食以高蛋白、高热量、高维生素为宜,忌辛辣刺激性食物,多吃蔬菜、水果,防止便秘,必要时应用开塞露肛入。

(2) 出院后以休息为主,一般为1~3个月,期间避免重体力劳动及情绪激动,减少读书、看电视、上网等脑力活动。

(王子蕾)

病例2 急性硬膜下血肿并发硬膜下积液

患者,男性,48岁,于入院前1天摔倒致伤头部,伤后神态清楚主诉头痛,恶心、呕吐数次为胃内容物具体量不详,3小时后神志逐渐转为蒙眬,来我院急诊CT检查示:“右额颞顶急性硬膜下血肿”,即在急诊全麻下行“右额颞开颅硬膜下血肿清除术”。

入院阶段的护理

一、患者诊疗情况

患者入院时神志蒙眬,躁动不安,体温37.2℃,心率108次/分,呼吸26次/分,血压128/77mmHg,双侧瞳孔,左:右为3mm:2mm,对光反射左侧迟钝,右侧灵敏,四肢肌力正常,Barbinski征阳性,GLS评分9分。

二、护理思维路径

(一)评估护理问题

潜在并发症:脑疝、有外伤的危险。

(二)护理实施方案

[潜在并发症:脑疝]

思维提示

- 急性硬膜下血肿,多是脑挫裂伤,脑皮质层动脉出血或桥静脉撕裂所致,尤其重型硬膜下血肿,颅内压急剧升高,易造成小脑幕切迹疝。
- 患者正处于出血的急性期,护理工作应以观察病情变化,警惕脑疝形成为重点。

1. 护理目标 严密监测患者生命体征意识,瞳孔的变化,做好脑疝发生时的术前准备。

2. 护理措施

(1)严密监测意识、瞳孔及生命体征变化,观察患者躁动情况以及是否发生呕吐,颅内压增高症状早期表现为收缩压增高,脉压差增大,脉搏及呼吸变慢。

(2)遵医嘱立即给予脱水药物20%甘露醇250ml静脉输入。

(3)保持病房安静限制探视人数。

(4)为防止患者脑疝危及生命,床旁备好抢救物品及脑室穿刺包,同时做好急诊术前准备。

(5)因患者躁动不要盲目给予镇静药物,以免掩盖病情。

[有外伤的危险]

思维提示

- 脑外伤后脑组织受损、神经调节紊乱的患者,绝大多数行为自控能力丧失容易出现烦躁,继之躁动不安。
- 患者发生躁动易导致跌倒、坠床等意外事件发生。

1. 护理目标 实施有效的保护措施,预防意外事件的发生。

2. 护理措施

(1) 密切观察患者生命体征的变化。患者出现呼吸、脉搏减慢,血压升高是颅内压增高的典型表现,应及时报告医生,采取适当的处理。

(2) 患者入院后进行急诊手术前上好床档,嘱陪同家属守在患者身旁看护。

(3) 患者躁动症状严重,致使正常输液、备血、剃头等术前准备难以进行,护士向患者家属充分说明目的性和必要性,取得其同意,并签署知情同意书后,给予其保护性约束。

(4) 实施约束前取下患者身上可能会损伤皮肤的饰品,避免对患者粗暴拉扯,做好约束带与皮肤间的保护。

(5) 在进行术前准备时注意尊重患者隐私,减少身体暴露部位。对约束的原因、时间、部位等情况及时、准确记录。

(6) 在患者进入手术室前注意进行护理观察,防止坠床、皮肤破损等意外事件的发生。

手术前期的护理

一、患者的诊疗情况

患者入院后,术前准备工作完成,即刻在全麻下行“右额颞开颅硬膜下血肿清除术”。

二、手术前护理思维

(一) 常规准备

立即给予患者禁食水、备皮、配血,并铺好麻醉床,准备监护仪及闭式引流支架。