

2012年外科护理：颅脑损伤的护理措施 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/4/2021_2022_2012_E5_B9_B4_E5_A4_96_c21_4012.htm

颅脑损伤的护理措施：常规护理，精心护理。重度颅脑损伤的患者昏迷时间长，病情变化快，并发症多，治疗困难，护理复杂，死亡率高，除应及时诊断和抢救治疗外，还应精心合理的加强临床护理，这不仅是抢救患者生命的关键，也是对巩固手术治疗效果和促进病人康复、减少致残率的重要环节。

1、常规护理 严密观察病情 生命体征的观察 体温、脉搏、呼吸、血压的变化，是反应病情变化的重要指标之一，如出现血压下降、呼吸深慢、脉搏缓慢，多提示脑疝的早期表现。意识状态 意识的改变与脑损伤的轻重密切相关，是观察脑外伤的主要表现之一，在护理上通过对格拉斯评分来判断意识障碍的程度，为早期诊断治疗提供依据。瞳孔变化 检查瞳孔的变化，可观察到是否有脑疝的形成。如瞳孔进行性散大，光反射消失，并伴有严重意识障碍和生命体征变化，常是颅内血肿或脑水肿引起脑疝的表现。

2、精心护理 体位 对颅脑损伤或手术的患者，给予床头抬高15～30度头偏向一侧，有利于静脉回流减轻脑水肿，降低颅内压，增加肺部通气量，并可减少胃内容物反流呼吸道。吸痰 因脑损伤而出现昏迷的病人，由于舌肌松弛、舌根后坠，咳嗽反射消失，下气道分泌物积滞，极易出现窒息和坠积性肺炎等并发症。因此在护理上应尤为注意，除应及时吸收痰液外，还应在病情稳定允许的情况下，协助病人翻身叩背，以利于痰液排出，保持呼吸道通畅，减少和预防并发症的发生。褥疮的护理 要定时为病人翻身，在尾骶部和其它骨

突出部位垫气圈和泡沫垫，经常按摩受压部位。对于尿失禁或出汗多的患者，要经常更换床单、衣服，保持平整、干燥。

消化道的护理 昏迷三天以上的患者应给予鼻饲。由于病人长期不能进食、消化和吸收功能大大增加。所以应给予高蛋白、高热量、高维生素、低脂肪、易消化的流汁食物，食物应每4小时由胃管注入，注入食物的温度不可过高或过低，过高可引起食道和胃粘膜烫伤，过低则引起消化不良性腹泻。

口腔及眼的护理 对长期昏迷、鼻饲患者，每天用2~3%硼酸过口腔护理，保持口腔清洁、湿润，使病员舒适，预防口腔感染等并发症。眼睑不能闭合的病员，角膜可因干燥而易发溃疡，同时伴有结膜炎，应除红霉素眼油膏或盖凡士林纱布以保护角膜。

高热护理 由于脑外伤累及到体温调节中枢发生中枢性高热，加重脑水肿，还可加速脑脊液的分泌，使颅内压增加，体温如果高于40℃，会使体内各种酶类的活性下降，造成脑代谢降低甚至停止，降温可使脑细胞耗氧量减少，降低机体代谢，有利于脑细胞的恢复，主要靠冬眠药物加物理降温，同时给予皮质激素治疗，而感染所致的发热，一般来的较迟，主要靠抗生素治疗，辅以物理降温。

输液护理 在脑损伤急性期，生命体征不平稳，需要输液治疗，通过输液，进行抗炎、止血、脱水的治疗。输液速度不易过快，否则易引起肺水肿、脑水肿。高渗脱水剂要快速滴入20%甘露醇250ml，要求半小时内输入，否则就失去脱水意义，治疗中记录24小时液体出入量。

神经功能恢复的护理 昏迷或长期卧床病员，由于活动少，容易发生肌腱、韧带退化和肌肉萎缩，关节日久不动也会僵硬而失去正常功能，所以护理病员时应注意保持肢体的功能位置，给病人按摩、帮助病人做肢体

的被动运动，促进肢体的血液循环，增加肌肉张力，防止关节挛缩，帮助恢复功能，也可预防下肢深部静脉血栓的形成。 特别推荐：[2011年护士资格证成绩查询时间](#)
[2011年护士资格证分数线](#) [2012年执业护士考试介绍](#) 更多信息请访问：[护士考试辅导无忧通关班](#)
[护士论坛](#) [护士在线题库](#) 相关推荐：
[2012年外科护理：脑挫裂伤术后的护理](#) [2012年外科护理：颅脑疾病手术前护理](#) 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com