

无框立体定向引导下高血压脑出血血肿清除术后并发症的观察及护理

程国杰¹,王宁¹,赵晓辉²

(1 北京大学国际医院,北京,102206;2 北京军区总医院,北京,100700)

[摘要] **目的** 总结无框立体定向引导下高血压脑出血颅内血肿清除术后的并发症观察及护理经验。**方法** 对 75 例无框立体定向引导下颅内血肿清除术治疗高血压脑出血患者的并发症观察及相应护理措施进行分析。**结果** 本组患者发生并发症 7 例,其中中枢衰竭 3 例,术后血肿腔再出血 1 例,消化道出血 2 例,急性心肌梗死 1 例。**结论** 做好细致的并发症观察,充分的术前准备,做好脑疝、术后再出血及术后消化道出血和急性心肌梗死等并发症的预防是降低无框立体定向引导下颅内血肿清除术并发症发生率的重要保证。

[关键字] 血肿清除术;高血压脑出血;护理;并发症

[中图分类号] R473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2015)01-0045-02 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2015.01.013

Observation and nursing of complications from hypertensive cerebral hemorrhage treated by frameless stereotactic intracerebral hematoma dissection

Cheng Guojie, Wang Ning, Zhao Xiaohui//Modern Clinical Nursing, -2015, 14(01):45.

[Abstract] **Objective** To investigate the nursing of complications from hypertensive cerebral hemorrhage treated by frameless stereotactic intracerebral hematoma dissection. **Methods** Seventy-five patients with hypertensive cerebral hemorrhage were admitted for frameless stereotactic intracerebral hematoma dissection. The complications of death and the predictive nursing interventions were analyzed. **Result** Seven patients died of complications, and 3 of them died of central failure, 1 case died of postoperative hematoma cavity re-bleeding, 2 cases died of gastrointestinal bleeding and 1 case died of acute myocardial infarction. **Conclusion** Detailed analysis of the complications of death, adequate preoperative preparation, good nursing intervention in herniation and postoperative complications such as re-bleeding, gastrointestinal bleeding and pneumonia were important points for reducing mortality from frameless stereotactic intracerebral hematoma dissection.

[Key words] frameless stereotactic technique; hypertensive cerebral hemorrhage; nursing; complications

高血压脑出血的致残率和病死率较高,及时清除脑部血肿是救治大多数高血压脑出血患者的关键。无框立体定向技术,因其操作简单、微创等优势,已逐步成为神经外科血肿清除术的常用方法^[1]。据国内报道^[2],无框立体定向技术下颅内血肿清除术治疗高血压脑出血的并发症死亡率为 10.9%。本院 2011 年 2 月~2014 年 2 月实施无框立体定向引导下颅内血肿清除术治疗高血压脑出血的患者 75 例,发生并发症 7 例,现将并发症的观察及护理体会报道如下。

[收稿日期] 2014-09-11

[作者简介] 程国杰(1982-),女,河北唐山人,本科,主管护师,主要从事神经外科护理工作。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2011 年 2 月~2014 年 2 月在本院开展无框立体定向引导下颅内血肿清除术治疗高血压脑出血的患者 75 例,男 51 例,女 24 例,年龄 31~88 岁,年龄中位数 62.0 岁。既往病史:高血压 39 例,脑梗死 15 例,冠心病 12 例,糖尿病 13 例,偏瘫 45 例,脑疝 10 例。实验室检查:颈项强直 27 例,病理反射阳性 24 例。体征:高热 17 例,呼吸不规则 18 例,格拉斯哥昏迷指数(GCS, Glasgow coma scale)3~8 分 58 例(77.3%),8~12 分 17 例(22.7%)。

1.2 方法

对 75 例高血压脑血肿清除术患者中的 7 例因并发症死亡的临床资料进行回顾性分析和总结。

2 结果

本组 75 例患者中,发生并发症死亡 7 例,其中中枢衰竭致死 3 例,血肿腔再出血致死 1 例,消化道出血致死 2 例,急性心肌梗死致死 1 例。其余 38 例出院或转入康复医院,30 例继续接受治疗。

3 讨论

3.1 高血压脑出血血肿清除术并发症发生原因分析

3.1.1 血肿和脑疝 脑出血后血肿较大,所引起的占位效应使脑组织受压、缺血、水肿或坏死,引起颅内压增高形成脑疝;颅腔内容物的容积与颅内压之间存在一种指数曲线关系,在颅内容积代偿范围内,容积增加,颅内压力并不增加,当达到临界点时,轻度颅内容积增加,也足以使患者颅内压急剧上升,甚至发生脑疝,是术后血肿扩大、病情急剧恶化的主要原因^[3]。脑疝和血肿引起的脑组织血流、代谢障碍,导致中枢神经系统障碍,常表现为意识障碍,心率血压下降,从而导致中枢衰竭。本组 3 例患者年龄>70 岁,意识障碍严重,发生中枢衰竭死亡。

3.1.2 血肿腔内再出血 术后血肿腔内再出血是术后最严重的并发症之一,据报道发生率为 4%~16%^[4]。发生后处理较困难,预后不良。发生再出血的原因有:术中损伤,手术距离发病时间短,高血压控制不好,血肿排空速度太快以致原破裂的动脉失去血块依托再次发生破裂。本组 1 例患者出现脑疝且血肿量>100 mL,血肿腔内再出血而死亡。

3.1.3 消化道出血 消化道出血是脑出血患者死亡的重要原因^[5]。脑出血患者合并消化道出血的主要原因是脑出血使丘脑及丘脑下部直接受刺激,使胃酸分泌增加,胃终末血管痉挛及黏膜缺血,出现糜烂、溃疡而出血。本组 2 例因消化道出血致死的患者长期服用阿司匹林,易诱发溃疡和胃出血。

3.1.4 急性心肌梗死 急性心肌梗死是脑出血少见、危重的并发症,是脑心综合征的一种表现。临床上所指的脑心综合征是急性脑血管损伤引发的

心脏损伤,多表现为心肌梗死、心律失常。其发生原因主要有脑部结构受损引起的植物神经功能紊乱,儿茶酚胺增加引起管状动脉血管痉挛等^[6]。另外,部分脑出血患者本身合并冠状动脉粥样硬化或狭窄,出血后医源性停用血小板类药物也是诱发急性心肌梗死的重要原因。本组 1 例因心肌梗死后出现室性心动过速抢救无效死亡。

3.2 护理

3.2.1 做好术前评估 术前做好 GCS 评分,包括睁眼反应、语言反应、肢体活动。根据护理级别进行护理干预,给予心电监护,持续吸氧,严密观察意识瞳孔和肢体活动,观察有无恶心呕吐等颅内压增高的症状,及时通知医师处理。

3.2.2 预防脑疝 脑出血患者一旦出现脑疝,病情恶化常不可逆,因此,及时地发现颅内压增高并予以积极处理,是延缓并阻断脑出血患者病情恶化的关键。对患者的意识和瞳孔做出准确的判断,瞳孔不等大或双侧瞳孔散大提示意识进行性下降,急查头颅 CT,做相应处理,并做好抢救的准备。因手术后一般无脑室引流管,要密切观察患者头部敷料包扎是否完好,是否有渗液,及时作出相应处理。

3.2.3 预防术后腔内再出血 术中轻柔操作、术后控制血压等对预防术后腔内再出血十分重要。术后可选用乌拉地尔注射液或硝普钠静脉调整剂量泵入控制血压,应用心电监护严密监测血压的动态变化。保持大便通畅,防止大便干燥,排便时腹压增高造成再次出血。防止躁动,使用约束带、给予镇静药或冬眠合剂,使患者保持安静状态,防止血压升高,再次出血。

3.2.4 预防术后消化道出血 术后积极的护理及干预能降低消化道出血的发生率及其危险性。观察大便、胃液的颜色、性质和量;大便为柏油样便,监测便潜血;带有胃管的患者,鼻饲之前要回抽胃液,胃液为咖啡色提示可能出现消化道出血,抽取胃液并及时送检。遵医嘱应用埃索美拉唑、半托拉唑等抑制胃酸,立止血、酚磺乙胺等止血类药物。出血期间予禁食,出血停止后逐步恢复饮食^[7]。消化道出血后予禁食、止血药、冰盐水加去甲肾上腺素胃内灌注、维持水电解质平衡等处理可达到止血的目的。

3.2.5 预防急性心肌梗死 术后给予持续心电监护,注意早搏以及 ST-T 段的改变,及时发现心脏