

DOI:10.19738/j.cnki.psy.2018.09.095

1例颅底骨折伴鼻部大出血病人的急救护理

商金秋

(太仓市第一人民医院, 江苏 太仓 215400)

[摘要] 一例颅底骨折伴鼻部大出血病人的急救护理体会。护理要点包括保持呼吸道通畅、快速有效止血、脑疝的护理、积极防治休克、安全转运。使患者快速、安全得到手术治疗, 赢得生存机会。

[关键词] 颅底骨折; 鼻部大出血; 护理

[中图分类号] R274.1 **[文献标识码]** A

颅底骨折引起鼻腔大出血临床上较为少见, 占需要治疗鼻出血患者的2%左右, 但极为凶险, 死亡率>50%。临床上, 颅底骨折伴鼻腔大出血的病死率高达40%。止血不及时, 患者易出现窒息及失血性休克, 严重危及患者生命安全。现就本院于2018年06月02日成功抢救的一例颅底骨折伴鼻部大出血病人的急救护理体会介绍如下。

1 资料

患者陈某某, 男性, 81岁, 因“车祸致意识不清一小时”于2018年06月02日10:35入院, 既往体健, 入院时患者神志昏迷, GCS评分4分, 双瞳孔等大等圆5.0mm, 光反应消失, T: 35.1℃, BP: 169/132 mmHg, HR: 127次/分, SPO₂:76%, BG: 8.5 mmol/L, 立即予心电监护, 开通两路静脉通路, 采血, 甘露醇125 ml静脉滴注, 速乐涓静脉注射。因大量鲜红色血液从口鼻部涌出, 出血量大, 会厌暴露困难, 气管插管置管困难, 立即请麻醉科、五官科急会诊, 予导尿管气囊压迫鼻咽部止血引流, 同时行气管插管, 插管内吸氧, 导尿。11:04护送CT示左额颞顶部硬膜下血肿, 小脑挫伤伴脑内血肿, 颅底骨折, 右侧第3-5肋骨骨折, 肺挫伤, 11:20脑外科急会诊预备皮, 配血, 完成术前准备, 11:30患者神志昏迷, GCS评分5分, 左瞳: 5.0 mm, 光反应消失, 右瞳: 3.5 mm, 光反应消失, BP: 158/75 mmHg, HR:76次/分, SPO₂:90%安全转运至手术室行急诊手术。术后返ICU病房, 住院5日后患者自动出院。

2 急救护理

2.1 保持呼吸道通畅 颅底骨折致鼻腔大出血时易在口、咽部形成血凝块, 引起窒息, 窒息如不能尽快解除, 死亡率极高。因此, 保持呼吸道通畅尤为重要。该患者面色苍白, 呼吸浅促, 口鼻腔大量血液涌出, 立即予平卧, 颈部制动, 双下颌上提法开放气道, 吸引器吸引, 吸出约300 mL红色液体, 鼻腔球囊填塞同时予气管插管7.5#, 24 cm, 气囊压27 cmH₂O。气管插管内吸氧5 L/min, 简易呼吸气囊床边备用。10:58患者呼吸道通畅, 指脉氧逐渐升至88%。

2.2 快速有效止血

由于患者颅底出血量大, 呼吸道梗阻解除后如不能及时有效止血仍会引起失血性休克甚至死亡。因此, 在大出血时鼻腔填塞止血是重要的止血措施之一。鼻腔填塞止血主要是压迫颅底到鼻腔的血管, 起到压迫止血的作用; 同时凝固的血液形成血性栓子, 栓子不断向上扩大, 最后到达出血血管部位, 使出血停止。该患者入院后予速乐涓止血治疗, 使用16 F双腔硅胶导尿管经鼻腔置入咽部, 注入20 mL空气后回拉, 固定于后鼻部, 5分钟后患者鼻咽部出血明显减少, 20分钟导尿管引流出约10 mL血性液体。

2.3 脑疝的护理

脑疝是脑血管病最危险的信号, 因此急救护理干预尤为重要, 护理人员应密切关注患者意识、生命体征(呼吸、脉搏、血压、体温)、恶心呕吐及瞳孔的变化^[1]。该患者入院

时已存在昏迷, GCS评分3分, 气管查过后, 气道梗阻接触, 患者GCS评分为4分。入院时双侧瞳孔5.0 mm, 光反应消失, 立即予心电监护, 血压平稳情况下予甘露醇125 ml快速静滴, 降低颅内压。转运前患者左瞳5.0 mm, 光反应消失, 右瞳3.5 mm, 光反应消失。未出现喷射性呕吐, 呼吸深慢不规则, 脉搏减慢, 血压升高情况。在观察病情的同时, 积极做好术前准备, 抢救室总滞留时间为55分钟, 为患者手术争取时间。

2.4 积极防治休克

颅底骨折致口鼻腔大出血, 可在伤后短时间内造成患者失血性休克。压迫止血虽重要, 但在止血的同时, 要进行抗休克治疗。急诊抢救时, 血压一般维持在90-110/60-70 mmHg, 这样既能保证有效循环灌注, 又不会因血压过高而加重出血。该患者气管插管后, 面色苍白, 未引流出小便, BP: 132/105 mmHg, HR: 143次/分, 休克指数为1.08, 已有休克, 两路22G留置针静脉快速输入NS500 mL, 羟乙基淀粉500 mL, 备少浆血3U。至患者转运至手术室时BP: 158/75 mmHg, HR:76次/分, 引流出30 mL深黄色小便。

2.5 安全转运

脑出血患者发病突然、病情危重、发展迅速且病死率高。在转运过程中存在很大的风险因素, 如转运不当, 易导致各种并发症, 加重病情, 甚至引发医患纠纷。该患者转运前与家属沟通, 告知转运的必要性、迫切性及风险性。取得同意及签字后携转运监护仪、转运箱(简易呼吸气囊放置病人头侧)、转运交接单, 一医一护一工共同转运。转运到手术室与手术室护士进行病情、管道、治疗、皮肤交接。确认无误后签字并带回转运交接单。

3 讨论

颅底骨折在临床上比较常见, 伴鼻腔大出血的发生则极大地增加止血难度及对患者生命安全的威胁, 易发生休克甚至窒息。临床上颅底骨折伴鼻腔大出血的病死率高达40%。未放置导尿管气囊前, 大量鲜血涌出, 不能及时吸引, 给气管插管带来一定难度, 患者发生窒息的概率增加, 生命安全受到威胁。发生颅底骨折伴鼻腔大出血时最好的止血方法是DSA介入治疗, 但该患者已经出现了脑疝症状, 无手术条件, 在紧急情况下进行鼻腔导尿管气囊填塞是切实可行的。但导尿管气囊的气囊压无法监测, 只能凭医生经验充气, 若压力过大, 会对鼻咽部黏膜造成损伤。如何在纠正休克的同时, 使血压控制在目标值, 防止颅压增加, 实际操作仍有一定难度。

4 小结

颅底骨折伴鼻腔大出血的急救与护理重点是保持呼吸道通畅、快速有效止血、脑疝的护理、积极防治休克、安全转运。此类患者应先救命再治病, 为手术赢得时间, 提高抢救成功率。

参考文献

[1] 邵惠清. 急救护理干预在颅脑损伤并发脑疝中的应用效果[J]. 护理与临床杂志, 2018, 22(5).