

急性内开放性颅脑损伤

定义： 头颅损伤后脑组织与外界相通称为开放性脑损伤。按致伤原因分为非火器性或火器性开放性脑损伤，皆伴有头皮损伤、颅骨骨折、硬脑膜破裂和脑脊液漏。可发生失血性休克、颅内感染。

病因

1.非火器所致开放性脑损伤致伤物有两类：

①锐器：如刀、钉、锥、针等，易切过或穿透头皮、颅骨和脑膜进入脑组织，伤道较整齐光滑，脑挫裂伤和血肿局限于着力点部位，对周围影响小。②钝器：如木棍石块等击中头部，除着力点的开放性脑损伤外，尚有因惯性所致的对冲性脑挫裂伤和血肿存在。

2.火器所致的开放性脑的致伤物以枪弹和弹片多见。

临床表现

1. 头部伤口

伤口往往掺杂大量异物如头发、泥沙、碎骨片等，有脑脊液和脑组织从伤口溢出，或脑组织由硬脑膜和颅骨缺损处向外膨出。

2. 脑损伤症状

病人出现意识障碍，生命体征改变。伤及皮质功能区或其临近部位时，局灶症状和体征明显，如瘫痪、感觉障碍、失语、偏盲等。

临床表现

3. 颅内压增高与脑疝

开放性脑损伤在一定程度上缓和了颅内压增高。但大部分合并存在凹陷性骨折，骨折片相嵌重叠仍会出现明显颅内压增高甚至脑疝。

4. 失血性休克

伤口大量出血者，可出现休克征象。

术前护理

1.止血及补充血容量

创伤部位出血过多易造成失血性休克，应迅速控制出血，补充血容量。

2.保持呼吸道通畅

及时清除口鼻腔分泌物，必要时开放气道

3.病情观察

严密观察病人意识状态、生命体征、瞳孔、神经系统病症等，结合临床表现评估颅内血肿或脑水肿的进展情况。

术前护理

4. 防治脑水肿及降低颅内压:

- ①卧床: 如无明显休克, 头部应抬高 $15\sim 30^\circ$, 以利静脉回流及减轻头部水肿。
- ②严格控制出入量: 通常给予每天 $1500\sim 2000\text{ml}$, 以等渗葡萄糖盐水和半张(0.5%)盐水为主, 不可过多。但在炎夏、呕吐频繁或合并尿崩症等情况时, 要酌情增加入量, 达到出入量基本平衡, 以免过分脱水导致不良后果。另外, 每天入量应在24h内均匀输入, 切忌短时快速输入。

术前护理

③脱水利尿治疗：目前最常用药物有渗透性脱水药和利尿药两类。

A.渗透性脱水药有：甘露醇、甘油制剂、浓缩血浆、人体血清白蛋白等。

B.利尿药有：利尿酸钠、速尿、双氢克尿噻、氨苯喋啶、乙酰唑胺等。

术后护理

1. 术后送ICU病房严密监护。
2. 保持呼吸道通畅。
3. 实施降低颅内压的措施。
4. 做好创口和引流管的护理，密切观察引流液的颜色、量、性状，注意有无颅内再出血和感染迹象。
5. 加强基础护理。注意加强营养，合理休息。

健康教育

1. 康复指导

加强营养，进食高热量、高蛋白、富含纤维素、维生素的饮食，发热时多饮水。神经功能缺损者应继续坚持功能锻炼，进行辅助治疗（高压氧，针灸，理疗，按摩）。避免挠抓伤口，可用75%乙醇或络合碘消毒伤口周围，待伤口痊愈后方可洗头。颅骨缺损者注意保护骨窗局部，外出戴防护帽，尽量少去公共场所。

健康教育

2.复诊指导

3~6个月门诊复查，如出现原有症状加重、头痛、呕吐、抽搐、不明原因发热、手术部位发红、积液、渗液等应及时就诊。一般术后半年可行颅骨修补。

脑挫裂伤

定义：暴力作用于头部，在冲击点和对冲部位均可引起脑挫裂伤。脑实质内的挫裂伤，则因为脑组织的变形和剪性切力所造成，见于脑白质和灰质之间，以挫伤和点状出血为主，如脑皮质和软脑膜仍保持完整，即为脑挫伤，如脑实质破损、断裂，软脑膜亦撕裂，即为脑挫裂伤。严重时均合并脑深部结构的损伤。

临床表现

脑挫裂伤的临床表现因致伤因素和损伤部位的不同而各异，悬殊甚大，轻者可没有原发性意识障碍，如单纯的闭合性凹陷性骨折、头颅挤压伤即有可能属此情况。而重者可致深度昏迷，严重功能损伤，甚至死亡。

临床表现

1.意识障碍

脑挫裂伤最突出的临床表现之一，伤后多立即昏迷，其程度和持续时间与损伤程度、范围直接相关。绝大多数超过半小时，持续数小时、数日不等，严重者长期昏迷。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/418121011014006072>