

【临床护理】

## 慢性硬膜下血肿钻孔引流术后颅内积气的护理

蒋淑蓉, 朱海晓, 尤朝霞  
(宁海第一医院 神经外科, 浙江 宁海 315600)

**【摘 要】**报道 2002 年 1 月-2005 年 12 月 47 例慢性硬膜下血肿患者, 采取钻孔引流术后, 33 例出现少量颅内积气, 14 例出现中量颅内积气, 通过体位护理, 术后患者头部保持低枕位; 适当过度输液; 根据引流量调整引流管高度, 以便气体排出等, 收到较好的效果, 术后 4 周内积气完全吸收, 无并发症发生。

**【关键词】**慢性硬膜下血肿; 钻孔引流术; 颅内积气; 护理

**【中图分类号】**R473.6 **【文献标识码】**B **【文章编号】**1008-9969(2007)01-0067-01

慢性硬膜下血肿(CSDH)系头部受伤后3周以上开始出现症状,位于硬脑膜与蛛网膜之间,具有包膜的血肿。钻孔引流术被认为是操作简单、疗效可靠的治疗方法。清除血肿后由于脑组织复位困难,术后有形成颅内积气的可能。笔者对CSDH行钻孔引流术的患者,术后追踪复查头颅CT,观察分析术后颅内积气的发生与吸收规律,现将观察资料总结如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 2002年1月-2005年12月在我院神经外科CT确诊为CSDH患者47例,其中男性35例,女性12例,年龄52~86岁,平均64.9岁,有明确外伤史32例,外伤距手术时间为3周~6个月,平均2.4个月。39例单侧血肿患者于额部、顶结节或血肿最厚处钻孔引流,8例双侧血肿患者两侧各钻1孔。引流管前端剪侧孔3~5个,陈旧性血液引出后,用生理盐水反复冲洗血肿腔至引流液淡红色或清亮后,引流管外接密闭引流装置。

**1.2 积气分类标准** 颅内积气由同一医师估算气量。患者均以眶耳线为基准,扫描10层。颅内积气的分类为:少量,积气空间小于颅内容积的5%;中量,积气空间为颅内容积的5%~10%;大量,积气空间大于颅内容积的10%<sup>[1]</sup>。

**1.3 结果** 所有患者术后72h以内CT均显示有颅内积气,33例为少量积气,术后12~14d复查,提示颅内积气完全吸收;14例为中量积气,术后第2周复查时为少量积气,术后第4周复查显示积气完全吸收。本组无大量积气、颅内感染及脑疝发生。

### 2 护理

**2.1 体位及输液** 术后患者头部保持低枕位,额部

或手术侧向上,维持3~5d。对体质允许者,可适当过度输液,每日按医嘱从静脉补充大量低渗盐水(可达3500ml),以利引流及脑膨起复张闭合血肿腔<sup>[2]</sup>。有关文献报道,也可经腰穿注入生理盐水,减少强力性气颅的发生<sup>[3]</sup>。

**2.2 引流管的护理** 术后24h,若引流液在100ml以内,引流袋低于头部10~15cm;若超过100ml,则调整引流袋于头部同高的位置,即距床面高10~15cm;若头颅CT复查头颅内积气较多,可调整引流袋至大脑中点上10~15cm处(高位引流),以便于气体排出。引流期间严禁将引流袋高高提起,防止引流液倒流,尽量避免牵拉引流管而损伤血肿内膜或蛛网膜;血肿引流置管时间为3~5d,置管期间存在着颅内感染及穿刺点皮肤感染的危险性,每日更换引流袋1次,更换前后消毒引流管接头,敷料定时更换,若有液体渗出应及时处理并保持切口敷料干燥。冲洗血肿腔时严格无菌操作,本组无感染发生,经头颅CT追踪复查脑膨起复位良好,无明显血肿残留或新的血肿形成。引流液由酱油色变成淡黄色,每日引流量<10ml,视为拔管指征,拔管时先消毒,拔管后严密缝合切口,防止脑脊液漏及颅内感染发生。

**2.3 病情观察** 严密观察患者意识、瞳孔及肢体活动情况,测血压、脉搏、呼吸1次/30min,注意有无恶心、呕吐发生。术后症状未减轻或好转后又加重,头颅CT复查,如大量积气,考虑强力性气颅,应及时钻孔放出气体,以免脑疝发生。

### 【参 考 文 献】

- [1] 梁 健,王 潞,姬绍先.慢性硬膜下血肿钻孔引流术后颅内积气的观察[J].中华医学杂志,2004,28(2):103.
- [2] 董丽华.慢性硬膜下血肿钻孔引流术后复发的原因及护理[J].护理与康复,2006,5(2):114-116.
- [3] 吴钢群,陈 杰.慢性硬膜下血肿钻孔引流术后张力性气颅的防治[J].浙江创伤外科,2002,7(3):202-203.

【本文编辑:方玉桂】

【收稿日期】2006-08-23

【作者简介】蒋淑蓉(1969-),女,浙江宁海人,本科学历,主管护师。