

## 五、护理诊断

1. 疼痛 与颅内压增高有关
2. 组织灌注量改变 与颅内压增高有关
3. 营养失调: 低于机体需要量 与呕吐、不能进食和脱水治疗有关
4. 焦虑/恐惧 与颅脑诊断、手术预后不佳有关
5. 潜在并发症: 脑疝窒息。

## 六、护理措施



### (一) 一般护理

1. 体位与休息: 抬高床头 15-30° 的斜坡位, 以利于头部静脉回流, 减轻脑水肿, 降低颅内压。昏迷患者侧卧位, 以免呕吐物误吸。
2. 给氧 持续或间断给氧, 促使脑血管收缩, 减少血流量, 降低颅内压。
3. 饮食与补液: 神志清醒者, 给予餐; 不能进食者, 成人每日输液量控制在 1500-2000ml, 其中生理盐水不超过 500ml, 24h 尿量不少于 600ml。输液速度不宜过快。
4. 维持正常体温: 以物理降温为主, 药物为辅, 必要时使用冬眠疗法。一般体温达到 38°C 可应用头部物理降温, 达到 38.5°C 应全身降温。
5. 加强基础护理: 口腔、会阴、臀部、眼部的护理

### (二) 密切观察病情变化

## Glasgow Coma Scale, GCS

睁眼反应		言语反应		运动反应	
正常睁眼	4	回答正确	5	遵命运动	6
呼唤睁眼	3	回答错误	4	定位动作	5
刺痛睁眼	2	含糊不清	3	肢体回缩	4
无反应	1	唯有声叹	2	肢体屈曲	2
		无反应	1	无反应	1

最高分 15 分  
8 分以下为昏迷  
最低 3 分