

重度创伤性休克病人的麻醉处理体会

陈小兰

(浙江省湖州市中医院 湖州 313000)

关键词 :创伤性休克 ;抢救 ;麻醉 ;体会

中图分类号 R 541.6⁴

文献标识码 B

文献编号 : 1671-4040(2005)02- 0067-01

严重脏器损伤和重度创伤性休克的成功救治,是当今创伤医学和重症医学研究的重点攻关内容之一^[1]。本文介绍 10 例因车祸及外伤致脏器损伤重度休克病人的救治和麻醉处理体会。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料 本组脏器损伤和合并创伤性休克 10 例,男性 8 例,女性 2 例;年龄 30~55 岁;车祸伤 5 例,钝物击伤 5 例;所有病例呈出血性休克;钝物致脾破裂 5 例,车祸致左股骨开放性骨折 3 例,血气胸合并左肱骨开放性骨折 2 例。

1.2 方法与治疗 所有病例呈严重失血性休克就诊,并要求紧急手术,患者入手术室时,神志恍惚,面色苍白,全身湿冷,呈严重休克状态,血压均低于 80/40mmHg,心率 144~145 次/min,呼吸急促 27 次/min,立即深静置管,测中心静脉压,指导输液,同时开放多条静脉通路,快速输液,输血。扩容抗休克的同时,再静注咪唑安定 3mg 或氯胺酮 100mg,芬太尼 0.1mg,万可松 6~8mg,麻醉诱导下快速行气管内插管,接多功能麻醉机行控制呼吸,术中先吸低浓度异氟醚吸入麻醉,用异丙酚 200mg,万可松 4mg 共 20mL 微泵 6mL/h 速度维持。同时监测 ECG,异氟醚浓度,HR,呼气末 CO₂ 浓度,血气分析,有创测血压,留置导尿,监测尿量,手术开治滴入先锋雷素 V 2g 和 0.5%灭滴灵 100mL 或头孢噻肟钠针 0.2g 和 0.5%灭滴灵 100mL,静滴。手术期间有效快速输液输血,纠酸和应用激素等抗休克综合处理后,后期血压基本稳定 90~100/50~70mmHg,心率在 120~140 次/min。术毕等患者神志清醒,肌力和多种反射恢复,吸尽口咽,气管内分泌物拔管或带管送 ICU 病房,继续进行抢救性支持治疗。

2 结果

10 例病人经术后进一步积极支持治疗后全部康复,住院 1~2 个月期间无 1 例并发症、严重感染急性呼吸功能障碍、肾功能障碍和多脏器功能障碍。

3 讨论

3.1 麻醉前准备 此类重症病人因多脏器复合性伤、肢体开放性骨折、内脏破裂、出血量大,就诊时已表现为中、重度失

血性休克状态。因此,病史采集、伤情和出血量估计都十分困难。此手术时间刻不容缓,麻醉科医师一接到此类紧急手术通知,在极有限的时间内积极做好抢救和麻醉前各项准备工作,包括做好血型交叉、配足血量,及留取血样做血气分析、电解质等生化检查。麻醉前准备重点包括麻醉和抢救性药物、液体配制,以及麻醉和监护时所需的各种仪器和设备的准备和调试。重伤休克病人术前处于饱食状态,需严防误吸,呼吸道急性梗阻意外发生,对危重及反应差的病人,可直接在喉头表面麻醉下施行气管内插管,但必须严防呕吐误吸,一旦发生应迅速改为头低位偏于一侧的体位,吸引或抹去咽喉明显呕吐分泌物,并随即插管供氧。

3.2 麻醉监测 除常规心率、血压和呼吸、ECG、SPO₂、PETCO₂ 和尿量,因休克病人并发症主要为呼吸窘迫和急性肾功能衰竭,因外周循环衰竭或濒临衰竭,手指脉搏的波动已极为微弱,因此 SPO₂ 监测价值有限,此时应主要依靠血气分析结果,有助于早期诊断低氧血症和呼吸困难程度,指导有效肺泡通气和换气功能以利于及时纠正低氧血症,并设法进行桡动脉穿刺以直接测定动脉压,中心静脉置管测 CVP,这对有效抗休克和体液复苏具有不可估量的价值。

3.3 麻醉实施和管理 此类病人因创伤严重,重度休克,对麻醉和手术耐受力,及各生命脏器如心肝肾的贮备力明显降低。麻醉方法的选择要求麻醉诱导占时短、循环干扰小、又可主动管理呼吸和提高动脉氧合,同时又能抑制有害应激反应和消除病人的精神紧张和不安。因此,全身复合麻醉是最佳的选择。但必须强调的是全身麻醉期间应避免或慎用有明显循环抑制作用的麻醉药,交感神经阻滞药和血管扩张药。根据病情可优先组合咪唑安定、氯胺酮、依托咪酯、芬太尼、氨氟醚等麻醉药,肌松剂选用万可松或司可林。

3.4 体液复苏 此类病人因是复合性伤,常有严重的开放性骨折及内脏破裂,大量的出血渗血及循环血容量第三间隙转移的不显性失水量大^[2]。因此,对其出血量估计、麻醉期间的抢救和体液复苏带来极大的困难,笔者认为此类病人的体液复苏必须注意以下几点:(1)病人在送到手(下转第 74 页)

(上接第 27 页)道感染较为理想的药物。该药在使用过程中未发现严重的不良反应,且疗效可靠,费用低,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 吴瑞萍,胡亚美.诸福棠实用儿科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,1996.11~32
[2] 沐永俊,程睿,向丽波.穿琥宁治疗小儿上呼吸道感染 68 例[J].中国医刊,1999,34(9): 52

[3] 白汉玉,孙金革.呼吸道感染抗生素的合理应用[J].中国临床医生,2004,32(10): 24~25
[4] 程建宏,田永滨.病毒唑在急性呼吸道感染中的疗效评估[J].华北煤炭医学院学报,2002,4(1): 53
[5] 赵玲玲,高跟坡,冯中平,等.穿琥宁注射液治疗小儿急性上呼吸道感染 100 例[J].中国中医药信息杂志,2004,11(3): 240
[6] 赵影,耿江,刘力凯.穿琥宁注射粉剂治疗上呼吸道感染 50 例临床观察[J].牡丹江医学院学报,2001,22(3): 17

(收稿日期: 2004 -11 -18)

老年性高血压与低血压的临床护理

庞梅 付玲

(山东省鱼台县妇幼保健院 鱼台 272300)

关键词 :高血压 ;低血压 ;老年人 ;护理

中图分类号 R 473.5

文献标识码 B

文献编号 : 1671-4040(2005)02- 0074-01

随着人民生活水平的日益提高,老年心血管病的发病率越来越高。在日常的护理工作中,我们对老年性心血管的发病特点及日常的护理作出如下总结:

1 老年人高血压

1.1 注意血压的波动性 老年人的压力感受器敏感性减退,反应变慢,使心率的变异性降低,无论 SBP、DBP,还是脉压的波动性,均比年轻患者大,尤其是 SBP。因此,对老年人应该注意血压的多次测量。

1.2 注意体位性低血压 体位性低血压即收缩压立位比卧位下降超过 20mmHg,故应在患者平卧 10min 时或变为立位 1min 和 5min 时测血压。立位时血压降低在高血压病人更为明显,尤其在老年高血压病人及在降压治疗过程中其发生率可达 1/3,并常伴有头晕症状,可发生突然摔倒,而出现不良后果。据观察,有的患者收缩压,卧、立位差 90 mmHg,舒张压差 40mmHg。这种情况对于降压药物的选择和确定目标血压有指导意义。为避免体位性低血压的发生,不要使用能加重体位性低血压的药物如哌唑嗪、苄心定、甲基多巴等。尤应避免这些药物与利尿剂合用,还应避免在短时间的大幅度降低。

1.3 注意假性高血压 间接测压可高估血压值。老年人硬化的动脉难以被水银柱或血压计的气囊所阻断,故可得出较实际高的血压读数,据报道,老年人直接与间接血压读数可差 30mmHg 以上。如果发现老年人血压的读数很高,又无靶器官受累,应怀疑为假性高血压。采用简易 osler 试验可辅估诊断,即测量时给气囊充气,使压力超出收缩压 20mmHg,如这时明显地触碰到僵硬的桡动脉为阳性,肯定诊断须做动脉内

直接测压。这类患者对降压的耐受性差,可出现较严重的症状及并发症。

此外老年高血压还有如下特点:(1) 对治疗反应个体差异大,高血压并发卒中和心脏意外较多。(2) 以收缩期高血压最为多见,随着年龄的增长,老年人的主动脉发生硬化,成为近于无弹性的血管,心脏射血时,主动脉不能充分扩张,动脉系统内骤增的血容量得不到缓冲而导致收缩压升高。(3) 多是无症状性高血压,其终末器官损害并发症常见,且多无症状,如心肌缺血和脑缺血。所以,对高血压老年患者还应注意个体差异。

2 老年人低血压

老年人低血压与高血压一样,均具有重要的临床意义。主要有无症状性低血压、症状性低血压、体位性低血压 3 种类型。在护理时应注意以下几点:(1) 睡眠时采用头高脚低位,床板应与地面呈 20 度以上斜度,以便降低肾动脉压,利用肾素的脉释放和有效循环量的增加;(2) 夜尿使用床旁便器;(3) 体位转换不宜过快;(4) 宜在浴室铺胶垫,浴水不易过热,浴时不宜过长;(5) 进餐时,不宜过快、不宜过饱;(6) 避免高空或其它的危险作业;(7) 尽量避免长期卧床、长久站立和过度运动,少用灌肠通便法;(8) 病人一旦出现晕厥前驱症状,应就地躺倒,医护人员就地采取救护措施。

3 结语

老年性的高血压和低血压的出现情况不同,地区的不同,应采取不同的救护措施,提高生命生存的机率。做到早发现、早救护、早治疗,防止其它并发症的发生。

(收稿日期: 2004 -09 -23)

(上接第 67 页) 术前应及时配好血型血交叉,并备足血液制品;(2) 建立多条输液通路和深静脉置管、快速扩容,以维持最低有效循环灌注压,尽可能不用或少用任何缩血管活性药,否则会进一步加重微循环障碍;(3) 若血源未能及时到位,可输注大量平衡液,5%~10%低分子右旋糖酐、血定安,以维持有效的组织脏器灌注压;(4) 根据血压、心率、末梢循环和尿量,及时调整输液输血、心细胞悬液的量、速度和晶胶比,必要时适当用血管活性药物和强心利尿药,如测定 CVP 和动脉内压更有意义;(5) 合并有颅脑损伤的患者,其治疗原则即要纠正循环休克状况,又要降低颅内压,预防脑缺血。

3.5 早期治疗结合 降低围手术期并发症 众所周知,此类病人术后最严重的并发症为感染、急性肺损伤或急性呼吸窘迫综合征、急性肾功能衰竭、多脏器功能障碍等,死亡率极高。因此,笔者认为 不能满足于手术要求麻醉和维持生命体征的平稳,更要兼顾整个围手术期,积极做到术后并发症,术

前术中防。体会有:(1) 手术开始前使用足量广谱抗生素,以抵御微生物的入侵;(2) 早期足量使用糖皮质激素,有助于消炎、消肿、抗休克增强机体耐受力;(3) 根据各项监测及时纠正酸碱和水电解质紊乱,维持内环境稳定;(4) 彻底吸尽呼吸道分泌物,消除抑制呼吸的诸因素;(5) 保护肾功能,发现无尿应尽早使用利尿剂。保护功能的关键是尽快恢复循环血容量,满足肾灌注,缩短低血压期,而不靠使用大量利尿剂或多巴胺等药,否则将事倍功半,甚至加快肾功能障碍的发生。10 例病人的成功救治证实系列措施是有效可行的。

参考文献

[1]梁继河.创伤性失血性休克的复苏进展[J].中国危重病急救医学, 1999,7(7): 444-447

[2]巫培康.四肢辗轧离断伤合并创伤失血性休克的治疗[J].广东医学, 2000,21(12): 1 067

(收稿日期: 2004 - 12 -14)