

微创硬通道血肿引流术治疗脑出血的观察与护理

宋建华 康丽

(山东省乐陵市中医院 乐陵 253600)

关键词:脑出血;微创硬通道血肿引流术;尿激酶;护理

中图分类号:R 473.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)04- 0073-02

我院自 2001 年 1 月~2004 年 6 月共施行微创硬通道血肿引流术治疗脑出血 124 例效果较好。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组病例共 124 例中男 80 例,女 44 例;平均 61 岁;神志不清 88 例,清醒 36 例;偏瘫 98 例,失语 40 例,脑疝 20 例;从发病到穿刺 2~24h。CT 示出血部位:基底节区 78 例,豆状核 10 例,硬膜下血肿 3 例,颞叶 15 例,脑室 18 例。

1.2 穿刺方法 经 CT 定位后,头部备皮,以出血部位中心的穿刺点,同时避开重要血管及功能区,用直角尺定好头皮穿刺点,以龙胆紫棉签标记,消毒皮肤。在无菌技术操作下,用特制骨钻垂直颅骨钻孔,穿破硬脑膜,在特制的针芯引导下插入引流管到出血部位,用 20mL 针管抽吸,使出血尽量吸出,然后用生理盐水冲洗套管,每次以适当的力量推注生理盐水 2~3mL,估计出入量被抽出 2/3 时注入尿激酶,保留 4~6h,每 12 小时 1 次。保留引流管到 CT 扫描颅内血肿消失,试夹管 24h 无颅内压增高现象,即可拔除引流管,一般 3~5d。

1.3 治疗结果 术后 3d 复查 CT,血肿清除率大于 90%者 96 例,80%~90%者 22 例,50%~80%者 6 例。住院期间存活 122 例,死亡 2 例。半年随访,社会生活能力正常者 48 例,有自理能力者 32 例,部分生活自理者 40 例,卧床者 2 例。

2 结果

随访 6~24 个月,康复效果良好 35 例,占 92%;有效 3 例,占 8%;总有效率达 100%。3 例截瘫患者留置尿管,分别于伤后 3~5 个月拔除尿管,自行排尿。9 例行内固定、椎间植骨融合术患者,先后于 15~18 个月回院拆除植入物,其中 1 例女病人复查时发现植入物断裂,幸好骨折愈合,无不良后果。

3 讨论

家庭康复护理是整体护理的一部分,是临床护理的延续。合格的护士不仅应对住院、门诊的患者负责,还应为出院后的患者负责;不仅是协助完成医疗任务,还要为患者恢复功能负责^[1]。对胸腰椎骨折患者出院回家康复介入护理干预,是目前能让患者继续进行有效、可行的治疗康复,减少并发症,降低致残率,提高生活质量的一种行之有效的方法。而患者的遵医行为,是保证达到预期康复目标的关键。使患者及家属首先从理论上了解康复措施重要价值及治疗依从性的重要作用,从而自觉遵照干预计划,坚持事事响应的康复措施^[2]。尤其要把坚持卧床和功能锻炼、预防肺炎、褥疮、尿路感染、便秘、关节僵硬、肌肉萎缩等并发症作为干预重点,

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 微创硬通道血肿引流术,是近年来开展的一项治疗脑出血的新技术,需要颅骨打孔,患者及家属存在疑虑,需给予心理护理,该技术的成熟程度和效果比较手术的必要性反复向病人解释清楚,打消病人及家属的疑虑,取得家属及病人的配合。

2.1.2 术前准备 术前皮肤准备,剃头,完善实验室检查,查出凝血时间,备无菌包、冲洗液、消毒用品、固定架、床边监护等。

2.2 术中配合 颅骨穿刺点要准确,迅速,熟练,需固定患者头部,避免偏离出血点,术中给予安定 10mg 静推,穿刺颅骨板后,迅速导入引流管,配合抽吸,冲洗完毕后接引流袋,穿刺针盖纱布,胶布固定。

2.3 术后护理

2.3.1 一般护理 病室内每日“84”液喷洒,通风换气,给予蛋白、低脂肪、高维生素易消化饮食,昏迷及无吞咽功能者施行手术后 24h 后鼻饲,保持适当体位,避免引流管受压。抬高床头 10~15 度,勤翻身多按摩,预防肺部感染及褥疮形成,保持大便通畅,以防颅内压增高引起对侧脑出血。

2.3.2 密切观察生命体征及瞳孔的变化 由于颅内血肿占

并提出一些预见性的安全防范问题,同时经常了解实施及康复进展情况。

通过护患沟通,增强病人的信心,病人也能有更多的机会与亲朋好友交流,通过电视、书报、收音机等与外界沟通,保持积极的心态面对疾病,促进心理功能、社会功能的恢复,回归社会。学会与人交流、倾听、观察、咨询等各种新的技能,使护理干预更科学、更有效、更适宜,更易被事实者所接受,提高患者的信赖度和依从性,以提高康复效果,从而起到良性互动作用。

参考文献

- [1] 王风景.社区服务与护士素质[J].护士进修杂志,2001,16(9): 690~691
- [2] 王建仁.胸腰椎压缩性骨折的家庭康复指导[J].中国中医急症,2004,13(4): 263~264
- [3] 张桂华,孙美华,邵顺秀,等.人工全髋关节置换术后家庭康复护理[J].中国矫形外科杂志,2004,12(10): 1 513
- [4] 鲍文卿,孙晓军,王美玲,等.应用 PDCA 对社区精神与分裂症患者实施家庭干预的研究[J].中国实用护理杂志,2005,21(3): 10~12

(收稿日期: 2005-03-08)

微创术治疗高血压性脑出血的护理体会

隋春玲 赵华民 胡伟利

(山东省济宁市中区人民医院 济宁 272105)

关键词:微创术;脑出血;护理体会

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)04- 0074-02

我院自 2001 年 3 月~2004 年 5 月,收治脑出血患者 30 例,有效率为 80.7%,死亡率为 13.3%。现将我们在临床护理当中的手术方法、术前准备、术中及术后护理总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 30 例脑出血患者,其中男 20 例,女 10 例;年龄 38~78 岁,平均 56 岁;该组患者均有高血压病史。微创术前昏迷者 25 例,意识模糊者 5 例,其中发生脑疝者 6 例。30 例患者颅内 CT 报告结果均为脑出血。出血部位:以基底节为主的 24 例,以丘脑出血为主的 1 例,以脑叶为主的 5 例。出血量:50~70mL 者 22 例,71~90mL 者 4 例,大于 91mL 者 4 例。

1.2 手术方法 根据脑颅 CT 片确定穿刺部位,患者取仰卧位或侧卧位,常规消毒。用 2%利多卡因作皮内、皮下、肌肉、骨膜下浸润麻醉。选择长度合适的 YL-I 型一次性颅内血肿粉碎穿刺针。距针尖 2.0~2.5cm 处安装限位器,以免钻颅时由于高速旋转的钻头,引发脑组织损伤。将穿刺针的尾部转轴,夹持在电钻夹具头上,通过穿刺点,根据定位方法,画出最大层面线。穿刺点指向靶点的方向线。钻颅时始终让穿刺针严格对准此两线进针,并注意旋转方向为顺时针旋转。钻

位易引起瞳孔变化,应密切观察瞳孔的形态、大小、对光反射等,准确记录,并给予床边监护,连续测脉搏、呼吸、血压、血氧饱和度,发现异常及时处理。

2.3.3 引流管的护理 (1)术后根据病情,合理固定引流袋的高度,不与脑室相通的,一般采取低于穿刺部位 15cm;如与脑室相通,应高于穿刺部位 15~20cm 固定,每 12 小时 1 次向血肿腔注入尿激酶 10000U+ 生理盐水 4mL,关闭 4~6h 后放开引流,置管一般不超过 5d。(2)保持引流管通畅。注意引流管是否弯曲、扭曲和流出液的波动和流出,对烦躁病人注意防止牵拉误拔出引流管;搬动患者,变化体位应由 2 人完成;进行 CT 检查或更换引流袋时,应关闭引流管,避免引起气脑。严密观察引流液的颜色及量,若颜色红,引流量多,可考虑有新鲜出血,应立即报告医生,复查 CT 确诊。(3)拔管:经 CT 确定血肿很少或完全清除,方可拔管,一般 3~5d;时间过长,易引起感染,应全面掌握病情来判断。(4)严格无菌操作。每日更换穿刺针口纱布及常规消毒创口,如纱布被侵湿,应及时更换,每时更换引流袋,并防止引流液逆行引起感染。

2.3.4 颅内压的监测 当颅内压大于 2.3kPa 时,应及时处理,给予 20%甘露醇 125mL 快速静滴,以防导致颅内压降低,脑血流量减少,因缺血、缺氧而造成中枢神经系统功能障

碍,甚至发生脑疝危及生命。当颅内压小于 0.9kPa 时,可出现头痛、恶心、眩晕等症状,故每日 2~3 次用测压管测定引流液的压力,根据测得数值,调整 20%甘露醇的用量,一般测 2~3d。

2 术前准备

2.1 手术用物的准备 床旁灯,治疗灯,微创针线包(内置治疗碗、碗盘各 1 个,洞巾 1 块,纱布数块,剪刀 1 把,镊子 2 把),YL-I 型穿刺针,血肿粉碎器、灭菌乳胶手套 2 付,枪式电钻,2%利多卡因,冷盐水,肝素,直角尺,甲紫溶液等,准备齐全。

2.2 术前护理 对清醒患者,应向其说明手术目的,消除紧张情绪,积极配合手术治疗。昏迷患者应偏向一侧,防止窒息或误吸。尿潴留患者应在无菌技术操作下留置尿管。伴有颅内压增高患者,应遵医嘱给降低颅内压药物治疗。痰多粘稠者,应及时吸痰,保持呼吸道通畅。

2.3.5 体温的变化 严格区分中枢热、吸收热、脱水热以及继发性颅内感染,感染一般出现在术后 3~5d,体温逐渐升高,伴呼吸、心率增快,白细胞总数或中性粒细胞增高。而且应该排除呼吸道、泌尿系感染的情况,一旦确诊,遵医嘱给予抗菌药。

3 讨论

微创硬通道血肿引流术是治疗脑出血较为理想的方法,做好术后护理也为关键。术后观察瞳孔、颅内压是术后护理的重点,脑出血引起颅内压增高,并发脑疝时,瞳孔散大,故需连续监测颅内压、瞳孔的变化。引流管的护理也是重要环节,在进行引流管的护理时,应严格无菌操作,并且记引流液的颜色、量,每日更换引流管,监测体温的变化以防感染,以在进行护理过程中取得较好的效果。

参考文献

[1]成慧琴,王环宇.微创颅内压血肿清除术潜在并发症的预见性护理 31 例[J].中国实用护理学杂志,2004,20(3): 11

(收稿日期: 2005-03-14)