

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

透颅骨、硬脑膜后,去除限位器,拔出针芯,插入圆钝头塑料针芯,针体缓慢进入血肿边缘。然后,拔出塑料针芯,针体侧管连接塑料管,针体后端拧紧盖帽,经过接管进行抽吸。缓慢抽出血肿的 20%血液后,安装血肿粉碎器。用冷盐水 50mL 加肝素 100mg 冲洗。脑室引流只用冷盐水。一般情况下用 20~40mL 盐水冲洗后,把尿激酶 1 万 U 注入血肿腔或脑室内,夹管 4h 后放开引流,每日 2~3 次,直至清除血肿 80%以上者拔针。

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。

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。

2.3.5 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)

42 例癫痫持续状态病人的护理体会

王凤艳 宫云珍

(山东省乳山市人民医院神经内科 乳山 264500)

关键词: 癫痫持续状态; 护理体会

中图分类号: R473.74

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)04-0075-02

癫痫持续状态是指如 1 次大发作后病人不清醒, 且间隔未久又复发抽搐, 如此反复发作者, 是神经内科的急重症之一, 应及时进行抢救并加强护理。现将我科 1999~2004 年收治的 42 例癫痫持续状态的病人的护理体会介绍如下:

1 临床资料

本组 42 例癫痫持续状态患者, 男 25 例, 女 17 例; 年龄 7~75 岁, 平均 38.5 岁; 病史 3h~2 年; 其中原发性癫痫 13 例, 继发性癫痫 29 例; 患者均为强直-阵挛发作。

2 护理要点

2.1 保持呼吸道通畅 发作时即刻松开患者的衣领, 头偏向

一侧, 给予氧气吸入, 及时吸出口腔分泌物和痰液, 舌后坠者应托起下颌或使用口咽通气管, 必要时给予气管插管或气管切开。

2.2 加强安全防护及基础护理 将病人置于安静的小房间里, 室内光线不宜过强, 抽搐发作时将缠有纱布的压舌板或开口器放在上下臼齿之间预防舌唇咬伤。有假牙者应取出。病床要安放床档, 以防坠床跌伤。各种治疗和护理操作尽量集中进行, 动作轻柔敏捷。按时翻身拍背, 每 2 小时 1 次, 每天口腔护理 2 次, 以防霉菌或细菌感染。做好二便护理, 尿失禁者应留置尿管, 并保持会阴部清洁, 保持大便通畅, 饮食中

2.3 备皮 术前给患者剃全头, 病侧朝上取侧卧位, 头部与床面平行。用 2% 碘酊、75% 酒精消毒后, 以无菌治疗巾包裹, 做好术前准备。

3 术中护理措施

术中要严密观察患者的生命体征, 如: 意识状态、体温、脉搏、血压、呼吸、瞳孔大小、肢体活动情况、语言反应能力, 以便和术后相比较。患者若出现烦躁不安时, 应遵照医嘱给镇静剂, 必要时加床档或约束带, 专人固定头部。

4 术后护理

4.1 穿刺引流管的观察及护理 患者引流袋放置的高度应于头位在同一水平线或低于头颅位置, 以利于血肿腔内的残留积血不断流出, 保持引流管畅通。若发现引流不畅时, 可用无菌注射器抽生理盐水 10~20mL, 注入引流管进行冲洗。同时, 注意保护预防引流管扭曲、折断、脱落。详细记录引流液的量、颜色。术后引流液一般多为暗红色陈旧性积血, 若引流管内有新鲜血引出, 应考虑有无再出血情况, 及时通知医生处理。手术穿刺点处, 保持清洁, 每日用碘伏棉球消毒, 更换无菌纱布。同时, 注意观察局部伤口处有无渗血及渗液。

4.2 防止感染 引流袋、引流管要严格按无菌操作技术处理。引流伤口处的纱布要保持清洁干燥, 一旦污染及时更换。改变患者头位或搬动时要夹住引流管, 避免将引流管或引流袋内的引流液倒流入颅内, 应起颅内感染。室内应每日空气消毒, 保持空气新鲜。术后患者绝对卧床 24h 后, 应每 2 小时翻身 1 次, 保持皮肤清洁, 床铺平整、干燥, 防止褥疮的发生。患者若出现高热, 给冰帽冷敷, 或将冷袋置全身大血管处, 或用 50% 酒精擦澡, 防止高热抽搐。

4.3 昏迷患者的护理及消化道出血的预防 对昏迷患者应加强基础护理和生活护理。取侧卧位, 保持呼吸道通畅, 必要

时行气管切开, 机械呼吸要保证通气。每 2 小时翻身拍背 1 次, 及时吸痰, 吸痰时动作要轻柔, 负压不宜过大, 吸痰管应旋转, 上下提插, 以便利于吸净周围的痰液。鼻饲病人, 胃内注入食物不易过急, 给少量温凉弱碱性流质食物, 如牛奶、豆浆、米汤及各种蔬菜汁等。注意口腔护理, 有异常发现应及时处理, 口腔有溃疡者给予甲紫涂抹。气管切开病人, 应专人护理, 密切观察病情变化, 同时注意套管外口盖双层无菌生理盐水纱布, 以湿化滤过空气。内套管每日更换 2 次, 经洗刷消毒后备用。每 15 分钟向气管内滴 2~5mL 湿化液, 并注意翻身拍背, 及时吸痰, 吸出呼吸道分泌物。伴有消化道出血患者, 护理人员应注意观察患者大便的颜色、性质及量。如出现柏油样大便或有异常便血, 应及时送验, 并通知医生处理。

4.4 加强肢体功能锻炼 术后给患者每日 4h 活动 1 次肢体。如患者能自行活动, 鼓励让其行屈伸肢体活动。对昏迷患者, 给与被动屈伸肢体活动。同时用双手按摩四肢、肌肉, 预防关节及肌肉萎缩。

5 讨论

微创术是由首都医科大学北京朝阳医院神经外科教授贾宝祥发明, 应用 YL-I 型一次性颅内血肿粉碎穿刺针及生化、酶技术, 将血肿液化经针腔排出颅内, 而达到清除血肿的目的。它与外科开颅手术相比, 具有操作简单、创伤小、省时、费用少等优点。微创术早期治疗, 可迅速解除血肿和继发脑水肿对周围脑组织的压迫, 保护有效的神经功能, 提高患者的生存质量。我院收治高血压性脑出血患者 30 例, 通过微创手术治疗, 在临床中实行全面的整体化护理, 大大提高了手术成功率, 取得了较好的临床效益。

(收稿日期: 2004-11-22)