

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)

眼球摘除联合眶内羟基磷灰石眼座植入术的护理

钟柳美 朱伟珍 雷聪云

(浙江省丽水市中心医院 丽水 323000)

关键词:眼球摘除;羟基磷灰石眼座植入术;护理

中图分类号:R 473.77

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)04- 0076-02

眼球摘除适用于严重的眼球破裂伤、眼内恶性肿瘤、化脓性眼内炎、绝对期青光眼等治疗无效失明,用其它方法不能缓解疼痛的患者。当单纯行眼球摘除术后可能出现多种并发症及畸形,如眼窝凹陷、下穹窿变浅、下眼睑松弛、结膜囊狭窄等。我院自 2001 年~2004 年 12 月对 25 例眼球摘除术患者行眶内羟基磷灰石眼座植入术,术后改善了患者畸形,并取得了满意效果。现将护理体会介绍如下:

1 临床资料

自 2001 年 1 月~2004 年 12 月,我们共实施眼球摘除联合眶内羟基磷灰石眼座植入术 25 例,其中男性 20 例,女性 5 例;最大年龄为 62 岁,最小年龄为 18 岁,平均为 38.5 岁。

2 护理

2.1 心理护理 眼球摘除对患者的身心刺激较为严重,因此心理护理尤为重要。羟基磷灰石植入眶内达到整形的目的,但患者仍有怕出血、怕疼痛、怕手术失败等各种复杂心理。对于出现上述复杂心理的患者,我们要热情、耐心、细致地向患者解释,消除紧张及各种忧虑,使患者对手术充满信心,有安全感和信赖感,使之以最佳的状态接受手术治疗。

2.2 术前准备 术前常规检查、尿常规、出凝血时间、肝肾功能等。术前抗生素眼药水(托百士或氧氟沙星)点术眼,每日 4 次。术日剪睫毛,冲泪道,清洗结膜囊。嘱患者做好个人卫生,有血压高的患者,先行降血压治疗后再行手术,以免术中出血多,导致术后结膜水肿。有上呼吸道感染的患者先全身使用抗生素后再行手术治疗,以免影响术后伤口愈合。全麻患者术前禁食 8h,局麻患者应少进食,以免术中引起呕吐,影响手术。

2.3 术后护理

2.3.1 抗炎、止血、预防感染 (1)术后加压包扎 48h,防止出血。(2)密切观察局部敷料有无渗血、松脱,勿使绷带松动。(3)卧床休息,注意保暖,协助生活护理,满足生活所需。(4)积极预防呼吸道感染,避免咳嗽。因为咳嗽振动伤口缝线会使小血管出血,影响伤口愈合。(5)患者主诉术眼疼痛时,及时报告医师,按医嘱使用止痛剂,疼痛剧烈时,可用止痛泵持续维持。(6)全身使用抗生素及激素,局部使用消炎眼药水,每天 4 次。(7)尽量为患者创造良好的休息环境,促进睡眠,如睡眠不佳者,可适当使用安眠药物。

2.3.2 饮食护理 术后初期,吃少渣易消化食物,保持大便通畅。恢复期,合理搭配蛋白质、脂肪、维生素的摄入,增加机体抵抗能力,促进伤口愈合。忌食辛、辣、酸等刺激性食物。

2.3.3 并发症的防治 结膜渗出、水肿为眼球摘除联合眶内羟基磷灰石植入术后的主要反应。由于手术操作对结膜的刺激以及术后加压包扎止血不佳,绷带松动而引起。严重者结膜水肿可脱出睑裂外,影响血液循环,延缓伤口愈合。要注意观察早发现,及早使用 30%~50%MgSO₄ 溶液湿敷患眼,每次 20min,每日 3 次。

3 体会

本组病例无 1 例术后感染,无 1 例羟基磷灰石脱出;结膜水肿出现 3 例,由于护理人员及早发现,对症处理后得到有效控制,使术后义眼饱满,活动良好。总之,术前、术后护理配合得当尤为重要,眼球摘除后眶内羟基磷灰石植入是目前眼科整形行之有效的方法。

(收稿日期: 2005-02-28)

增加粗纤维食物和水分。

2.3 高热的护理 应区分是感染性高热还是中枢性高热,若为感染性高热应用足量有效的抗生素,若为中枢性高热,药物降温效果差,应采用物理降温,头戴冰帽以降低脑细胞代谢保护脑组织。高热持续不降者给予冰毯降温。

2.4 病情观察 详细记录抽搐发作的次数、持续时间、间隔时间及发作时状态。密切观察意识、瞳孔及生命体征变化,警惕脑水肿及脑疝的发生。

2.5 观察药物反应 静脉推注安定时应缓慢,以免引起呼吸

抑制,注射过程中严密观察呼吸有无变浅、变慢或节律不整等情况。静脉滴注 20%甘露醇 125mL,.0.55h 内滴完,并防止药物外渗。

2.6 心理护理与指导 癫痫病人由于病情反复发作,心情较悲观、抑制或自卑,他们渴望有效的治疗,希望从痛苦中解脱出来。护理人员应及时掌握其心理状态,善于发现病人的心理要求,做到个体化护理,主动关心病人,清除其悲观、抑郁心理,增强其战胜疾病的信心。

(收稿日期: 2005-01-19)