

微创术治疗高血压脑出血破入脑室的护理

张芳英 陆小平 周小梅 陈冬兰

(江西省新干县人民医院 新干 331300)

摘要:目的:总结高血压脑出血破入脑室行微创、侧脑室引流的护理经验。方法:应用微创颅内穿刺针对颅内血肿行血肿清除,配合侧脑室穿刺,冲洗引流和护理监测。结果:本组 46 例中好转 41 例,死亡 4 例,植物人状态 1 例。结论:高血压脑出血破入脑室患者应注重围手术期护理,术后要密切观察患者的生命体征、神志和引流物的变化,控制术后再出血。

关键词:微创治疗;高血压脑出血;侧脑室引流;护理

中图分类号:R 473.75

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2006)05-0073-02

高血压脑出血是中老年常见病和多发病,具有高发病率、高死亡率、高复发率,破入脑室患者病情危重,传统内、外科治疗损伤大,预后差。近年来微创手术方法与技巧的应用,较好地改善了预后。我院自 2004 年 7 月至今对 46 例高血压脑出血破入脑室患者,采取微创及侧脑室穿刺引流术治疗,配合精心的护理,取得了良好的治疗效果。现将其护理经验总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 46 例,其中男 29 例,女 17 例;年龄 42~75 岁,平均年龄(59±3.2)岁;病程 5~72h。其中血肿量(多田氏公式)在 30~40mL10 例,41~60mL24 例,61~80mL9 例,大于 80mL3 例。根据 GCS 计分法:13~15 分 7 例,9~12 分 23 例,3~8 分 16 例。

1.2 治疗方法 颅内血肿微创术采用 YL-1 型一次性颅内血肿穿刺针,根据 CT 片确定血肿中心至穿刺点的距离,选取相应长度的穿刺针,用电钻将穿刺针送入血肿腔,退出针内芯后,将侧孔接引流管,用注射器抽吸液化部分血肿,再插入针型粉碎器,以生理盐水进行血肿粉碎、冲洗,经侧孔引流管流出。重复多次后注入 2~4 万 U 尿激酶(以 2~3mL 生理盐水稀释),夹管 1~4h 后开放引流。配合出血侧侧脑室穿刺,置硅胶引流管,生理盐水冲洗清亮后注入 2 万 U 尿激酶,夹闭 2~3h 后放开引流管,根据脑脊液引流量调整引流高度。复查 CT 血肿消失后拔针及引流管。

1.3 结果 46 例术后成活 42 例,25 例神志、瞳孔恢复正常,能日常生活;12 例需人帮忙,扶拐行走;4 例卧床,意识清楚;1 例意识、瞳孔未发生改变,呈植物人状态。4 例死亡,其中发生脑疝死亡 3 例,继发并发症死亡 1 例。

2 护理

2.1 围手术期的护理 保持呼吸道通畅,给氧,必要时气管插管或气管切开给予人工通气。监测血压、体温、呼吸、神志、瞳孔等体征和血氧饱和度、心电图的变化。建立静脉通道,脱水降颅压,留置导尿。根据不同部位的出血,配合医生调整好患者的体位,同时做好术前准备,如备皮、备血、各种皮试等。向患者家属详细介绍穿刺原理、必要性及并发症和手术前后注意事项,以取得患者家属的配合。神志清楚的患者做好心理护理。

2.2 术后护理

2.2.1 意识和瞳孔的监测 神志、瞳孔变化是病情变化发展

的重要标志,密切观察病人神志、瞳孔及肢体功能的变化,可及时发现颅内再出血及脑疝形成先兆。若患者神志由清醒转为意识障碍或意识障碍程度逐渐加重,血肿侧瞳孔忽大忽小或由小变大,对光反射迟钝或消失,对侧肢体偏瘫加重等,说明血肿溶解后,体积增大或有再出血导致脑疝,应迅速开放封闭的引流管进行引流。若发现有新鲜血液流出,应考虑有再出血。如引出血性液体后,症状不见好转,病情继续恶化,应及时报告医生并协助处理。若能及时观察并做好记录,为准确诊断、再次手术赢得时间,其疗效将显著提高。

2.2.2 生命体征的监测 高血压脑出血术后病人生命体征多严重紊乱,变化快,并发症多。术后 24h 内,每半小时监测体温、血压、脉搏、呼吸、血氧饱和度及神经功能状态一次。我们观察认为,有效地控制血压是防止再次出血的关键之一,因此严格控制血压显得极为重要。应严密监测血压 3~5d,使血压维持在 110~150/70~90mmHg 之内。血压过高者,可先用脱水剂 20%甘露醇 125mL 快速静滴,每日频次视血压与肾功能而定;或用硝普钠 50~100mg 静滴,速度视血压而定。也不宜过度降血压,否则导致脑灌注不足,引起脑组织广泛的缺血、缺氧性损伤,不利脑功能恢复。密切注意术后体温的变化,实施微创手术的患者体温升高极为普遍,若体温超过 38.5℃,应采取头部置冰枕或冰帽等物理降温措施,使体温降至 37℃以下,以降低脑组织的耗氧量,减轻脑水肿。术后患者应采取侧卧位或头部侧转,定时拍背,分泌物多时及时清理,以保持呼吸道通畅。监测动脉血氧饱和度,维持血氧饱和度在 95%以上。

2.2.3 微创引流管的护理 高血压脑出血破入脑室患者术后头部均留置引流管,因此对引流管的护理特别重要。引流管上端一定要高于引流口开口处固定,以保持正常颅内压,以免造成低颅压症。术后脑室引流开始应低位引流,根据脑脊液引流量调整高度并每天更换引流袋。观察引流情况至关重要,密切观察引流液的颜色及性状,准确记录。保持引流管通畅,防止阻塞和扭曲、脱落等。引流不畅应判断是否颅压降低或血块堵塞,如为堵塞可用尿激酶 2U 溶于 2~3mL 生理盐水注入导管溶解。根据复查 CT 结果,血肿清除达 70%以上、引流时间已超过 7d、引流物为清亮的脑脊液、调整穿刺针的位置后无引流物流出即可拔管。

2.2.4 加强基础护理,防止并发症 做好皮肤、口腔、呼吸道及尿管的护理,保持营养均衡,是防止并发症发生、打破危及

心电监测在再发性心肌梗死中的运用及护理体会

贺晓仔 肖玉萍

(江西省吉安县人民医院 吉安 343100)

摘要:目的:探讨心电监测及行之有效的护理措施在再发性心梗中的作用。方法:对本院 1995 年元月~2005 年元月收治的 46 例再发性心肌梗死的病人进行系统的回顾性分析,并与同期住院初发心肌梗死病人 198 例作对照比较。结果:再发性心肌梗死组死亡率明显高于初发性心肌梗死组。结论:只有加强心电监测,严密观察再梗的心电变化,采取行之有效的治疗护理措施,才能预防再发性心肌梗死的发生及降低 RMI 的死亡率。

关键词:心电监测;RMI;护理体会

中图分类号:R 473.5

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)05-0074-02

心肌梗死 2 次以上者称为再发性心肌梗死(RMI),据国内外文献报道 RMI 的发生率及死亡率很高,并有逐年增长的趋势。因此,预防 RMI 的发生及减少死亡率已是当前研究的一个主要课题。笔者对本院 1995 年元月~2005 年元月收治的 46 例再发性心梗病人进行了回顾性分析,并与同期住院初发性心肌梗死病人 198 例作了对照比较,探讨 RMI 的心电监测的重要性及护理体会。

1 临床资料

再发性心肌梗死 46 例中男性 40 例,女性 6 例;年龄 58~79 岁,平均 62 岁;再梗 1 次者 40 例,2 次者 3 例,3 次者 2 例,4 次者 1 例,12 例为原位梗死。诊断标准:既往有明确的心肌梗死诊断和明确的陈旧性心肌梗死心电图特征,入院时又具备心肌梗死标准者。

临床通过严密的观察及动态心电监测,发现再发性心肌梗死与初发性心肌梗死病人的临床特点及死亡原因有很大差异。见表 1。

临床特征、并发症及死亡率	RMI	初发心梗	P
胸痛	24(52.2)	115(58.1)	>0.05
胸闷	18(39.1)	85(42.9)	>0.05
严重心律失常	19(42.3)	70(35.4)	>0.05
心衰	21(45.7)	58(29.3)	<0.01
心源性休克	5(10.9)	6(3.0)	>0.05
心脏破裂	1(2.2)	4(2.0)	>0.05
死亡人数	13(28.3)	21(10.6)	<0.01

生命恶性循环的重要环节。如用气垫床、温水擦浴、翻身拍背、局部按摩,以防褥疮的发生;不能进食者以鼻饲流质供给营养,流质需现配现用;每 2 小时翻身拍背一次,保持呼吸道通畅,预防肺部感染。导尿者行会阴擦洗及尿管护理。

2.2.5 康复及出院指导 加强肢体功能锻炼,指导病人及家属进行被动肢体屈伸、内收、外展等训练,然后过渡到扶助病人下床站立、跨步和行走,并对病人微小的进步给予表扬鼓励,增强病人战胜疾病的信心^[1]。嘱患者科学饮食搭配,多吃粗纤维饮食,保持大便通畅,避免大使用力。让家属参与患者康复锻炼,减轻患者的焦虑和孤独感,增强康复信心,保持情绪稳定,避免情绪激动增加再出血的可能。出院前向病人及家属做好健康教育,指导出院后按时服药,定期监测血压,坚持锻炼身体,劳逸结合。

3 讨论

高血压脑出血破入脑室的微创手术治疗,手术前后护理

2 心电监测的应用

严密观察病情变化及心电监测,防止漏诊、误诊。RMI 发生率约占急性心肌梗死的 10%~20%,病理检查发现实际发生率远高于这个数字,说明易漏诊或误诊。其原因:(1)既往有心肌梗死病史而心电图的 Q 波完全恢复。(2)胸痛、胸闷较初发心梗轻而缓和,临床上多误诊为陈旧性心肌梗死伴心绞痛发作。(3)如果梗死发生在原位梗死的心肌上,心电图约 91%缺乏典型梗死的演变,不易诊断。但笔者发现,若对患者进行动态观察(包括心电监测)并与原心电图对比,仍有些特征性改变。如在原导联上的 ST 段再次抬高,伴有 T 波改变,原有 Q 波持续性增宽加深(QRS 变为 QS 或 QR 变为 Qr 型等),另外持续性胸痛、胸闷伴有明显的心律失常增多或出现室性期前收缩波型呈典型心梗图形。因此早期的心电监测就显得尤为重要,故而要求我们护理人员必须熟悉心电图的各种图型,及时捕捉患者的瞬间心电变化,熟悉病人的既往史,了解病人的发病性质、特点及规律。尤其对以往患陈旧性心梗病人更需严密观察,对 RMI 的早期诊断治疗有很大帮助,这样对预防 RMI 的发生及降低 RMI 死亡率起到至关重要的作用。

3 护理要点

3.1 防止心衰 心力衰竭是导致 RMI 死亡的主要原因,RMI 时心肌损伤累及范围大,尤其是两次梗死部位不同者,当心肌损伤面积超过左心室 25%时会出现心衰。因此对 RMI 是其中重要的一项工作,需要有一个综合治疗方案。采取预见性和有效的防治措施,可控制病情,减少患者的死亡率,提高生存质量。护理工作应得到家属的配合,密切观察病情的变化,尤其是意识、瞳孔、血压、呼吸的突然变化往往提示病情的变化^[2]。临床实践证明,微创及侧脑室穿刺引流术治疗高血压脑出血破入脑室快速、疗效显著,对术后病人,在做好常规护理、监测各种脏器功能的同时,更应重视微创术本身的护理,这样才能使该疗法取得更好的疗效。

参考文献

[1]严英,张秋英.对脑疝后意识差的偏瘫患者早期康复训练的护理[J].实用护理杂志,2000,16(8):5~6
[2]李昌娟,罗秀金.急性脑出血床旁颅内血肿微创清除术的护理[J].护士进修杂志,2001,16(9):667~668

(收稿日期: 2006-04-19)