

30 例创伤性后颅窝血肿的护理

李燕芬 董继斌

(浙江省宁海县第一医院 宁海 315600)

关键词:外科护理;创伤性;后颅窝血肿

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0074-02

创伤性后颅窝血肿是颅脑外伤中一种特殊类型的损伤,比较少见,约占颅内血肿的 2.6%~6.3%^[1],由于后颅窝解剖结构特殊,容量小,一旦发生后颅窝血肿,极易发生枕骨大孔疝,病死率高^[2],可高达 15%~25%^[3]。我院自 1999 年 12 月~2004 年 12 月共收治外伤性后颅窝血肿 30 例,占同期外伤性颅内血肿的 9.0%。现报道如下:

1 临床资料

本组 30 例,男 19 例,女 11 例;年龄 2~65 岁,平均 28.5 岁;车祸伤 16 例,坠落伤 7 例,跌伤 6 例,打击伤 1 例,均为枕部或枕顶部直接暴力;减速伤 21 例,加速伤 9 例;原发性昏迷 14 例,无原发昏迷 10 例,昏迷史不详 6 例。出现持续性昏迷 4 例,6 例出现典型的昏迷-清醒-再昏迷,10 例出现清醒后剧烈头痛,呕吐 13 例,颈抵抗 12 例,锥体束征 7 例,偏瘫 2 例,眼颤 2 例,共济失调 1 例,枕顶部头皮挫伤、裂伤、血肿 13 例。入院时格拉斯哥昏迷分级法 (GCS) 评分:轻型(13~15 分)10 例,中型(9~12 分)13 例,重型(3~8 分)7 例。手检查,监测出凝血时间、血糖及血压、体温等,是否在正常值范围,初步掌握病人全身情况及有无手术禁忌证。

2.3 术前准备 检查手术区及邻近区皮肤黏膜是否完整,应无破溃及感染灶存在,同时做好常规术前准备,搞好病人个人卫生,必要时行皮牵引,卧床休息 1~2 周,床上训练大小便。指导病人股四头肌等长收缩及直腿抬高锻炼,目的是提高患肢肌力,促进血液循环,减少并发症特别是下肢深静脉血栓(DVT)的发生率^[4],使病人认识到早期功能锻炼的重要性和必要性。

3 术后护理

3.1 一般情况观察 密切观察血压、脉搏、呼吸、体温等生命体征变化,去枕平卧位 6h,禁食 6h,术后 1d 忌生冷油腻食物,以减少胃肠道反应。

3.2 预防人工关节脱位 搬运、大小便、翻身等行为动作时应注意髋部保持稳定性,动作轻柔,双手托髋部,双下肢并拢,切忌动作过大、过猛。卧床时患肢给予 T 鞋制动,防止患肢内收、外旋,保持在外展 30° 中立位,必要时给予腿套牵引,同时在膝关节处垫一薄软枕,保持其功能位。密切观察髋关节处有无包块、患肢有无短缩等异常情况,及时发现,及时处理。术后 1 周内禁止垂直坐位。

3.3 负压引流管护理 保持引流管通畅,防止屈曲、扭转、脱落,使吸引盘成负压状态。更换引流装置时,应注意无菌操作,一般术后 48h 引流量少于 50mL 就可以拔管。

3.4 防止下肢深静脉血栓形成 密切观察患肢颜色、温度、运动、感觉、肿胀程度,有无异常被动牵拉足趾疼痛,有无腓肠肌压痛。鼓励病人术后 6h 开始加强小腿肌肉静态收缩和

术治疗 20 例,保守治疗 10 例,治愈 27 例,2 例死亡,1 例自动出院。所有患者均经 CT、MRI 检查,均证实后颅窝血肿存在,骑跨型硬膜外血肿 11 例,幕下硬膜外血肿 19 例(其中 2 例伴小脑内血肿)。硬膜外血肿依 Peterson 和 Sachs 公式,脑内血肿按多田公式计算:血肿 <10mL 5 例,10~20mL 15 例,>20mL 10 例,最大血肿 60mL。头颅 CT 或 X 线片检查发现有枕骨骨折 20 例。

2 护理

2.1 细致观察 后颅窝血肿临床表现常缺乏典型特征^[5],应注意受伤部位。本组 30 例系枕顶部损伤,其中枕骨骨折 20 例,枕部皮肤损伤 14 例。对此类病人更应加强意识与瞳孔的观察。

2.1.1 注意观察意识的演变 多数病人虽有原发性昏迷,但其临床经过多为亚急性,早期病情相对稳定,意识清醒者多见,当后颅窝血肿逐渐形成时,常表现为进行性意识障碍或昏迷加深。故应每 15~30 分钟进行一次 GCS 评分动态评估,踝关节运动,促进血液循环,必要时应用抗凝剂。

3.5 预防切口感染 密切观察体温变化,术后 3d 24h 监测。注意切口局部有无红、肿、热、痛等体征发生。术前 1d 应用抗生素,术晨术后继续加强抗生素应用。及时更换敷料,保持切口干燥、清洁,换药时严格无菌操作。

3.6 功能锻炼 术后第 1 天即鼓励病人股四头肌等长收缩和踝关节伸屈训练,以后逐渐加强肌力训练^[6],必要时应用 CPM(下肢关节功能锻炼器) 每日 2 次进行患肢锻炼,以协助肌力恢复。1 周后可指导病人先坐起,再在床旁站立,然后在无不适的情况下扶拐下地进行行走练习,并注意病人安全,避免再次损伤。

3.7 出院指导 继续加强肌力训练,逐渐增加活动量。日常生活中如洗澡、上厕所等应避免髋关节过度屈曲。禁忌“盘腿”动作及坐矮凳,避免髋关节过度承受压力和负重,尽量减少关节磨损,提高生活质量。

综上所述,人工股骨头置换术是一项技术难度较大、创伤大、出血量较多的手术,所以对病人术前心理的正确评估、术后避免并发症和意外发生、做好出院康复指导是病人功能恢复和提高生活质量的重点,通过精心护理和合理治疗,病人可以获得满意疗效。

参考文献

[1]杜克,王守志.骨科护理学[M].北京:人民卫生出版社,1995.338
[2]毛宾尧.人工髋关节外科学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,2002.12
[3]华蕾,宋艳霞,孙燕.34 例人工髋关节置换病人的康复护理[J].中华护理杂志,2001,36 (8): 599~600

(收稿日期: 2006-04-30)

健康教育在老年妇科病人围手术期的应用

张春兰 韩丽 傅文雅 朱素琴

(浙江省杭州市萧山区第一人民医院 杭州 311201)

关键词:健康教育;围手术期;老年妇女

中图分类号:R 173

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0075-02

手术是一种侵入性的治疗过程,围手术期病人不仅要受到疾病本身的影响,还要受到麻醉和手术的打击。为预防围手术期的并发症,确保老年妇科病人手术的安全健康,避免术后并发症的发生,使病人早日康复,近 4 年来,我们对收治的老年妇科手术病人 59 例,实施围手术期的健康教育,收到良好的效果。现报告如下:

1 临床资料

收集我院 2001 年 1 月~2004 年 12 月收治的妇科手术病人 59 例,年龄 60~87 岁,患卵巢肿瘤疾病 17 例,宫颈癌 12 例,子宫内膜癌 8 例,子宫脱垂加阴道前后壁膨出 22 例。59 例合并高血压病 7 例,糖尿病 4 例,冠心病 3 例,慢性支气管炎 3 例。经子宫广泛切除+盆腔淋巴清扫术 12 例,全子宫切除+双附件切除 25 例,阴式子宫全切 10 例,曼氏切除加会若病人出现昏迷或昏迷加深,及时报告医师,尽早复查 CT,以明确诊断。本组资料中发现进行性意识障碍者 9 例,CT 复查为后颅窝血肿。

2.1.2 瞳孔变化的观察 颅后窝小血肿可长期不出现瞳孔的改变,在枕骨大孔疝早期,双侧瞳孔可一过性缩小或忽大忽小,该临床过程很短,往往只有几分钟或不过半小时,却是治疗的关键时机。随着出血量增大,动眼神经麻痹,瞳孔散大,对光反射消失,即枕骨大孔疝形成,此时抢救就极为困难。所以,应每 15~30 分钟观察一次瞳孔,紧抓住病情恶化期,使之得到及时处理。而当病人有意识状态恶化时,更应及时观察瞳孔变化,并及时联系医生。因此要仔细及时观察瞳孔变化,要善于从瞳孔微小的变化中推断病情演变,以便及时采取措施,提高抢救成功率。本组 3 例于入院后 8~20h 突然出现意识障碍、双侧瞳孔一过性缩小,立即配合医生快速静滴甘露醇等抢救措施后,紧急开颅清除血肿,术后病人恢复良好。

2.1.3 临床症状的观察 后颅窝容积小,代偿性能差,随着血肿的形成或增大,剧烈头痛、频繁呕吐等颅内压增高症状出现。如果病人意识已趋不清而未完全昏迷者,剧烈的头痛往往以烦躁不安的形式出现,应仔细观察。本组 30 例病人均有头痛,其中 26 例疼痛明显,呕吐 25 例。对意识清醒的患者,我们要重视其疼痛的主诉,并进行前后对比。伤后持续进行生命体征监测,动态观察、记录、分析 BP、R、P 可协助判断颅内压情况。

2.1.4 观察神经体征 后颅窝血肿直接压迫脑干,可出现吞咽困难等颅神经麻痹症状、双侧椎体束征、共济失调等特征性表现,一旦出现上述症状,往往提示病情凶险,应迅速协助医生进行相应的抢救与治疗。

2.2 术前准备 本病一经确诊,一般须尽早手术清除血肿,

阴修补 12 例。

2 健康教育

2.1 术前健康教育

2.1.1 心理健康教育 一般老年妇女一旦确诊恶性肿瘤或盆腔肿块,会出现焦虑、恐惧,不能入睡,思前顾后的心态接踵而来。因此,责任护士应对评估结果进行针对性指导,语言通俗易懂,态度和蔼可亲,避免嫌弃她们“啰唆”。反复耐心进行解释,并举例说明手术的安全性或同种疾病恢复快的病人,使老年患者产生信赖和亲切感,从而减轻焦虑、恐惧心理,配合治疗。

2.1.2 术前准备 术前须做阴道及肠道准备,老年妇女怕害羞,准备时特别要注意患者的隐私,不论做什么准备工作,做前都要向患者或家属交代清楚。动作轻巧,避免窥阴器损伤才能有效解除脑干受压。术前准备必须争分夺秒迅速进行,配血、剃头、术前针等应在 20min 内完成。在快速搬运病人途中,保证平稳,切勿将头颈后倾或前屈,以防刺激脑干而发生呼吸骤停。

2.3 术后继续严密观察生命体征、意识、瞳孔的变化 继发性颅内出血,多发生在术后 6~24h。在此期间,至少每 30 分钟观察意识、瞳孔及生命体征一次,并作好详细记录。若出现血压升高、进行性意识障碍或出现新的体征,如偏瘫、失语等,应考虑颅内再出血的可能,须作紧急处理。本组 1 例合并幕上血肿患者,在血肿清除术后 8h,意识呈朦胧状,躁动不安,伴恶心呕吐,即予以快速静滴甘露醇脱水,并复查头颅 CT,证实为颅内继发性出血,再次手术,使病人脱离危险。

2.4 体位安置 全麻未清醒前去枕平卧,头偏向一侧。清醒后,取患侧卧位或俯卧位。抬高床头 15~30°,以利颅内静脉回流^[9],预防脑水肿。翻身时保持头颅躯干部同步,动作轻柔、缓慢,避免因扭曲造成脑干移位而出现呼吸骤停。

2.5 饮食护理 术后常规给予静脉内营养支持。随着病情好转或症状减轻,可给半流或糊状无渣食物,但应观察病人进食情况,若出现饮水或进食后呛咳等症状,即嘱病人禁食。

2.6 呼吸道护理 术后及时给氧、吸痰、清除呼吸道分泌物,确保呼吸道通畅。对于昏迷较深,咳嗽、吞咽反射减弱或消失,呼吸道分泌物多的患者,必须早期行气管切开。

参考文献

[1]王忠诚.神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,2004.453
[2]叶仕平,骆纯,张光霁.外伤性后颅窝血肿的诊断与治疗[J].第二军医大学学报,2001,22(12):1 200
[3]史玉泉.实用神经病学[M].上海:上海科学技术出版社,2003. 703~731
[4]蒋玉珍,林伟.外伤性后颅窝硬膜外血肿的护理[J].浙江创伤外科,2001,6(4):212

(收稿日期: 2006-03-14)