

45 例海岛中、重型颅脑损伤患者的急救护理体会

周雪芬

(浙江省舟山市中医骨伤联合医院 舟山 316000)

关键词: 海岛; 颅脑损伤; 急救护理

中图分类号: R 473.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)02-0085-02

中、重型颅脑损伤是指格拉斯哥昏迷评分 (glasgow coma scale, GCS) 分别为 9~12 分及 8 分以下的颅脑损伤患者。颅脑损伤作为创伤的一个特殊类型, 其死亡率和致残率居各类创伤之首, 且随着现代社会经济、交通的发展, 我国颅脑损伤的发生率还将逐年增加, 急诊救护仍将是一个非常棘手又需积极探索的课题。2004 年 1 月~2006 年 12 月, 本院收治中、重型颅脑损伤患者 45 例, 39 例痊愈出院。现将其急救护理体会报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 45 例, 男性 36 例, 女性 9 例; 年龄 18~61 岁, 平均年龄 37 岁。坠落伤 10 例, 道路交通伤 32 例, 爆破伤 2 例, 击伤 1 例。伤后至来院就诊时间为 15min~4h。救护车接诊 27 例, 其他均由患者家属或同事送来。入院时均有不同程度的意识障碍, GCS 评分 3~8 分为 16 例, 9~12 分为 29 例; 经头颅 CT 扫描证实, 其中脑挫裂伤合并颅内出血 32 例, 弥漫性轴索损伤 5 例, 中线移位 >5mm 13 例, 伴颅底或颅盖骨骨折 14 例。合并多根肋骨多处骨折 5 例, 伴颈椎损伤 4 例, 伴骨盆骨折、下肢骨折、腹部脏器伤各 2 例, 伴酒精中毒 1 例。25 例手术治疗。

1.2 结果 按 Glasgow 预后评分 (GOS), 恢复良好 (G) 22 例, 轻度残疾 (MD) 15 例, 重度残疾 (SD) 2 例, 植物状态 (V) 0 例, 死亡 (D) 5 例, 转院 1 例。

2 急救护理

2.1 快速创伤评估, 优先处理危及生命的征象 急诊护士接诊后立即进行 ABCs 评估 (A: 颈椎制动和气道维持; B: 检查呼吸和通气; C: 检查循环、控制出血、建立循环), 未排除颈脊髓损伤前均取平卧位, 颈托制动。评估伤情, 观察受伤部位和发现各类感染的现象: 如切口周围皮肤有无红肿、有无分泌物等炎症现象; 伤口引流管、导尿管的引流情况及引流液的性质、颜色等。若发现异常及时报告医师进行处理。

2.3 做好患者用药和饮食指导 因糖尿病不能彻底治愈, 需要长期使用药物治疗, 指导患者合理的饮食和用药, 糖尿病是可以控制的。对需长期注射胰岛素的患者, 指导患者以及家属掌握正确的注射方法和注意事项, 如果是 30R 预混剂在注射前要摇匀, 在摇的时候要利用手腕的力量上下摇, 注射前还要排气, 剂量要准确, 要按时进餐, 注射部位经常要更换, 以利于胰岛素的吸收等。

3.4 认真做好基础护理 如: 口腔护理、皮肤护理。在进行口腔护理时, 动作要轻, 随时观察患者口腔黏膜有无溃疡和感染的情况。在进行皮肤护理时, 避免推、拖、拉等动作, 特别是对可疑水肿患者, 翻身时动作要轻巧, 还用注意肌肉注射部位的护理, 防止发生皮肤感染。

3.5 出院指导 指导患者提高自我监测和自我护理的能力。掌握血糖、尿糖的测定技术和标准, 如空腹血糖应 <7.0mmol/L, 餐后 2h 血糖 <11mmol/L。掌握口服降糖药的服用方法和不良反应、注射胰岛素的方法及低血糖反应的观

损伤类型, 注意有无窒息、大出血休克、心搏骤停等威胁患者生命的征象。监测患者的意识、瞳孔、呼吸、脉搏、血压、指动脉血氧饱和度、肢体运动等, 并心电监护。本组有 4 例患者送至抢救室时心跳、呼吸均已停止, 立即配合医生进行心肺复苏, 终因时间久、病情重而死亡。7 例患者因后脑部、颈部静脉损伤有活动性出血, 及时予以棉垫直接压迫止血, 快速输液, 血压回升。

2.2 保持呼吸道通畅, 改善缺氧 颅脑损伤患者可由于舌后坠、呕吐物、血凝块阻塞呼吸道导致气道梗阻而出现呼吸困难。急诊护士必须迅速处理呼吸道梗阻, 及时吸引清理气道内的呕吐物和血凝块, 舌后坠者常规放置口咽通气管, 并予以 6~8 L/min 流量的面罩给氧, 必要时行气管插管或气管切开。本组中有 16 例患者因舌后坠或因呕吐物、血凝块阻塞引起动脉血氧饱和度降低、呼吸困难或呼吸暂停, 经放置口咽通气管, 及时吸出异物, 患者呼吸困难改善, 动脉血氧饱和度升高。5 例患者因多根肋骨多处骨折出现反常呼吸, 立即予以棉垫加压、胸肋带固定。4 例因呼吸衰竭而出现呼吸困难, 经气管插管及人工呼吸机辅助呼吸后, 解除了呼吸困难。

2.3 建立静脉通路, 维持适宜的脑灌注 迅速建立上肢静脉、颈静脉等 2 条静脉通路, 采用 16~18G 的静脉留置针, 并在穿刺时常规留取血标本。遵医嘱及时给予 20% 甘露醇、速尿、地塞米松、立止血、纳洛酮、碳酸氢钠、平衡液等。20% 甘露醇应在 15~20min 内滴完, 以迅速在毛细血管内建立高渗梯度, 起到脱水、降颅内压的作用。常规留置导尿, 监测尿量, 限制液体的入量, 使每小时尿量维持在 30mL 以上。根据血压、脉搏、意识等监测情况, 决定是否给予液体复苏, 以避免脑缺血造成的继发性脑损伤 (SBI), 要求维持平均动脉压 (MAP) 监察。了解饮食治疗在控制病情、防治并发症中的重要作用, 掌握饮食治疗的具体要求和措施, 长期坚持。掌握体育锻炼的方法及注意事项, 生活规律, 注意个人卫生, 做好足部护理。指导患者定期复诊, 一般每 2~3 个月复检一次, 每年定期进行全身检查。指导患者外出时随身携带识别卡, 以便发生紧急情况时及时处理。

4 讨论

泌尿外科疾病多采用手术治疗, 当患者合并糖尿病时, 手术和麻醉的应激反应均可导致糖尿病加重, 诱发严重并发症甚至死亡。因此, 我们除做好常规的护理外, 还应做好术前、术后血糖的监测和饮食与药物护理, 调动患者的积极性, 使患者主动配合, 将血糖控制在合理范围, 使患者如期进行手术治疗, 术后顺利康复出院。术后做好糖尿病护理指导, 提高患者生活质量。

参考文献

- [1] 范秀珍. 内科护理学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003. 178-188
 [2] 李吉禄. 前列腺增生合并糖尿病的围术期治疗 [J]. 中国误诊学杂志, 2003, 3 (2): 307

(收稿日期: 2007-08-18)

抗生素联合丙种球蛋白治疗葡萄球菌烫伤样综合征的临床观察及护理

陆春英

(浙江省杭州市第三人民医院 杭州 310009)

摘要:目的:总结丙种球蛋白治疗葡萄球菌烫伤样综合征的疗效及护理。方法:31 例葡萄球菌烫伤样综合征患儿,随机分成对照组和观察组,观察组在常规治疗和护理基础上加用丙种球蛋白静脉滴注,比较两组体温恢复正常时间、糜烂处干燥时间、疼痛消失时间。结果:对照组和观察组各项观察指标差异有统计学意义($P<0.01$)。结论:丙种球蛋白可缩短病程,减少疼痛时间,加快创面干燥,护士应控制输入速度,做好临床观察。

关键词:葡萄球菌烫伤样综合征;丙种球蛋白;抗生素;护理

中图分类号:R 473.5

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)02-0086-02

葡萄球菌烫伤样综合征(SSSS)是以全身泛发性红斑、松弛性大疱及大片表皮剥脱为特征的急性皮肤病^[1]。本病好发于婴幼儿,儿童的死亡率为 3%~4%^[2],因此有效的治疗是必要的。我科采用抗生素联合静脉滴注丙种球蛋白(IVIG)治疗 SSSS 19 例,取得满意疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2004 年 1 月~2006 年 10 月经临床确诊为 SSSS 的患儿 31 例。临床表现为红斑、水疱、脓疱、表皮剥脱、至少 $>90\sim110\text{mmHg}$ ^[1]。

2.4 动态观察病情,积极完善术前准备 一般颅脑损伤后 24~72h 为不稳定态,主要是由于脑的损伤出血、水肿发展、颅内压变化等危及患者生命的继发性损害在这一阶段表现明显^[2]。因此,除常规的病情观察项目外,要强调对患者意识、瞳孔、颅内压变化进行观察。动态评估患者的 GCS 计分,严密观察瞳孔变化,警惕患者有无颅内高压或脑疝发生的迹象,如剧烈头痛、烦躁不安、呕吐、视神经乳头水肿或伤侧瞳孔进行性散大、对侧肢体瘫痪、意识障碍等。根据患者伤情,动态进行 CT 的跟踪扫描,及时采取干预措施,把握手术时机。在急救的同时,积极做好配血、皮试、备皮等术前准备,以赢得抢救时间,提高抢救成功率。

2.5 加强对合并伤的观察和护理 创伤作为当今人类的一大公害,约占全球病死率的 7%。100 例严重颅脑损伤患者中,57 例患者有一个以上主要系统的损伤^[3]。因此更需强调对合并伤的严密观察。伴颈椎损伤者应予以平卧位、颈椎制动,观察有无进行性呼吸困难、咯血、喘鸣及脊髓休克等症状,安全搬运。伴胸腹损伤者应判断有无张力性气胸、腹部脏器伤,密切观察患者脉搏、血压、呼吸的变化,警惕有无呼吸衰竭、循环衰竭等,急诊床边 B 超和 X 线检查,动态监测血细胞计数和血红蛋白,协助医生进行胸腔闭式引流、腹腔穿刺等。伴骨盆、四肢创伤者应检查有无开放性伤口的存在,判断是否有血管损伤的征象,警惕失血性休克的可能。

2.6 加强安全护理,避免颅内压骤然增高 重型颅脑损伤常出现呼吸道梗阻、剧烈咳嗽、极度烦躁、癫痫发作等症状,而这些正是导致颅内压骤然增高的危险因素。急诊护士应严密监护,及时清除呼吸道分泌物、呕吐物,每次吸引时间尽量控制在 15s 内,吸引前后均充分给氧,但应避免不必要的吸痰。对极度烦躁不安的患者,在排除呼吸道梗阻等因素后,合理应用镇静剂,并适当约束。对癫痫发作者,立即给予抗癫痫药物治疗,发作后及时予以脱水、利尿、降压处理。对有脑脊液漏者,应及时清除血迹及污垢,禁忌填塞、冲洗。本组有 9 例

糜烂,皮损累及面、颈、腋下、躯干、四肢,以皮肤皱折处为主,面积 $>50\%$ 。皮疹处触痛明显,22 例伴发热。将患者随机分为两组:治疗组 19 例,男 8 例,女 11 例;年龄 6 个月~6 岁,平均年龄 2.6 岁;发热 13 例。对照组 12 例,男 5 例,女 7 例;年龄 9 个月~5 岁,平均年龄 2.9 岁;发热 9 例。两组患儿一般情况相似,具有可比性。

1.2 方法 对照组 12 例采用抗感染(头孢曲松)、皮肤局部处理(康复新或百多帮软膏)及支持对症治疗。治疗组 19 例患者出现极度烦躁不安,经给予安定等,患者渐趋安静。

3 体会

应进一步健全创伤急救网络,缩短急救半径,加强急救知识的培训和普及,优化急救运输工具,这对于我们海岛医院尤其重要。美国马里兰大学的休克创伤中心的创始人考莱(R. Adams Cowley)提出著名的“黄金一小时(golden hour)”的理念:在生存和死亡之间存在着一个“黄金一小时”,如果伤情严重,那么只有不到 60min 的时间能争取生存^[4]。本组有 4 例患者送至抢救室时心跳、呼吸均已停止。该 4 例患者若能在现场由第一目击者实施有效急救,并及时转送就近的有条件的医院,也许能挽救生命。

快速敏捷的应急能力、熟练的急救技术和规范化的急救流程是提高抢救成功率的根本保证。在重型颅脑损伤患者的急救中,早期气道控制,尽快手术解除占位效应,仔细监控颅内压,维持适宜的脑灌注和优化颅内环境尤为重要^[5]。而急诊护士敏捷的应急能力、娴熟的急救技术和对病情的严密监测,都为医生的急救处置和进一步的专科治疗打下基础,提高了中、重型颅脑损伤的抢救成功率。同时应强化海岛医院急诊创伤救治中心的功能,变急救、分诊的功能为急诊创伤专科救治,完善急诊抢救室、急诊检查室、急诊手术室、急诊 ICU、急诊病房等急诊科硬件建设,配备多名训练有素的医护人员,缩短和减少检查、转送等中间环节,为抢救颅脑损伤、多发伤等严重创伤患者提供便捷、安全、有效的医疗保障。

参考文献

- [1] 林洪远.复苏理念的更新值得关注[J].中国危重病急救医学,2006,18(9):513-514
- [2] 雷鹏.把握重型颅脑创伤救治中的关键点 [J].创伤外科杂志,2006,8(5):385-386
- [3] 王任直.神经外科学[M].北京:人民卫生出版社,2002.97-143
- [4] 孙志扬,唐伦先,刘中民,等.现代创伤救治的发展[J].中华急诊医学杂志,2006,15(7):659

(收稿日期: 2007-05-28)