

重症脑室出血脑室外引流管的监测及护理体会

王桦

(浙江省金华市中心医院 金华 321000)

关键词: 脑出血; 引流; 护理; 监测

中图分类号: R 473.74

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)01-0076-02

重症脑室出血系指原发性或继发性全脑室出血,起病急,进展快,病情凶险,病死率极高。我院神经外科近 2 年来采取钻颅血肿抽吸及双侧侧脑室外引流,联合尿激酶灌注冲洗为主的综合治疗方案治疗重症脑室出血患者 38 例,由于密切监测引流管脑脊液的变化,发现异常及早采取措施,有效逆转了病情,取得了较好的临床效果。现将引流管的监测及其护理体会报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 38 例,男 25 例,女 13 例,年龄 36~75 岁,平均 58 岁,均为 2006 年 1 月~2007 年 10 月收治自发性脑出血患者。4 例为原发性脑室出血,34 例为继发性脑室出血。

1.2 引流方法 本组患者经头颅 CT 诊断证实后,立即行钻颅双侧侧脑室外引流。可先用生理盐水 5mL 从一侧脑室轻轻灌注 3~4 次,若灌注时注射器有阻力,另一侧引流管无冲洗液流出,说明室间孔不通。此时必须先测颅内压,看有无脑疝先兆,然后再用 5mL 生理盐水溶解尿激酶 2~3 万 U 灌注。每天

2.3.2 眼部护理 术后用无菌纱布遮盖术眼 1d,每天换药,换药时动作轻柔,勿挤压术眼。注意观察角膜及植片情况,缝线是否脱落,术后眼部不适、异物感是手术后比较普遍的症状,告知患者不能用力揉眼及碰撞术眼,减少眼睑、眼球活动,防止植片移动,保证植片与植床对合好,无翻卷,有利于移植片愈合。术后 48h 内不接触热的东西,以免创口出血。半月内勿洗术眼,防止洗澡水、洗发水进入术眼。术后用复方新霉素眼药水点眼,每天 6 次,贝复舒眼药水点眼,每天 6 次,动作要轻柔,手及眼药水瓶不能碰眼睛,两种眼药水之间应间隔 2~3min。如有分泌物怀疑感染征象时,应及时报告医生处理,同时注意观察角膜、巩膜及虹膜情况^[2]。

2.3.3 出院指导 患者出院后仍应继续用药,耐心地教会患者正确滴眼药水和涂眼药膏的方法。注意用眼卫生,点眼药水之前要用肥皂水洗手,滴眼药水时不可压迫眼球植片,保护术眼,避免揉搓或挤压术眼。洗脸时不要用力洗眼,避免用力瞬目,外出时戴防护眼镜,以免灰尘进入眼中,避免感染。生活要有规律,睡眠要充足。避免强光刺激,少看电视、电脑、

1~2 次,若条件允许,可夹管 2~3h,以利于尿激酶的充分作用。若颅内压高于 400mmH₂O,或有脑疝先兆,则暂缓灌注,采用药物降低颅内压。

1.3 预后 38 例病人经侧脑室引流加尿激酶灌注为主的综合治疗,痊愈 8 例,好转 17 例,无效 3 例(植物人),死亡 10 例,总有效率 65.8%。

2 监测及护理体会

2.1 引流液量及颜色的观察 引流液量越大,说明脑脊液循环通路梗阻越严重,若引流量超过 450mL/d,提示循环通路完全梗阻。本组病例中完全梗阻者 21 例,经抽吸、灌注、尿激酶灌注、腰穿放脑脊液,16 例逐渐再通。若引流量减少,提示脑脊液循环通路逐渐再通,引流脑脊液颜色逐渐变浅为正常。若引流一向通畅,引流液突然转红,突然血块阻塞或量增多,说明有再出血,本组再出血 4 例。引流液一直为红色提示有持续出血。引流液由清变混浊,提示可能有感染,宜留取脑脊液常规检查和培养。

2.2 保持引流管通畅 完全畅通的引流管有随呼吸上下波动的液面,波动幅度为 10mm 左右,如波书,防止眼睛过度疲劳引起充血。告知患者定期复查,出院后一般每周检查 1 次,1~6 个月内每月检查 1 次,6 个月后每 3 个月查 1 次至 2 年。

3 讨论

本手术减少赘肉复发率的主要原因可能为屏障作用,能有效地阻止新生血管及异常结膜入侵角膜,从而防止翼状赘肉的复发,同时为受损的角膜缘提供新的干细胞来源,通过干细胞的增殖分化来修复受损的角膜表面,重建角膜缘,改善角膜缘周围基质微环境。

科学、合理、到位的术前、术中、术后护理,是保证植片如期愈合、杜绝感染、降低复发率的基本保证,为了达到此目的,除手术创新、规范外,护理人员对新知识新技术的认识程度也非常重要,从而采取切实有效的护理措施,配合手术成功,提高疗效。

参考文献

- [1]严密,李美玉,陈家祺,等.眼科学[M].第 4 版.北京:人民卫生出版社,1996.69
- [2]姜桂荣,成新莲,于泽秋,等.介绍一种新的滴眼方法[J].齐鲁护理杂志,2002,8(10):792

(收稿日期:2008-01-08)

胸主动脉外伤破裂伴假性动脉瘤形成的观察和护理

孙英芬 何萍

(浙江省宁波市第二医院 宁波 315010)

关键词: 胸主动脉外伤破裂; 假性动脉瘤形成; 护理

中图分类号: R 473.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)01-0077-02

胸主动脉伤平时多见于胸部钝性伤, 急性创伤性主动脉破裂是由于外伤造成主动脉壁全层或部分断裂, 伤后 14d 内发生的称为急性主动脉破裂。外伤时主动脉破裂仅累及内膜和中层, 剩下外膜及胸膜尚能暂时维持管腔内血流, 但是局部已成为弱点, 随之出现瘤样扩张或冲破外膜而形成搏动性血肿, 后者称外伤性假性动脉瘤。外伤性主动脉破裂中有 10%~20% 存活到达医院, 这类病人可能都有假性动脉瘤形成的过程, 生存率低, 是一种致命的损伤^[1]。我科 2001~2008 年共收治 6 例上述病症, 均予急诊手术, 效果满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 6 例中男 4 例, 女 2 例; 年龄 28~40 岁, 平均年龄 34.5 岁。致伤原因为外伤和交通事故。合并伤: 股骨骨折 1 例, 肋骨骨折 3 例, 颅脑损伤 2 例, 胸腔积液 3 例。6 例患者外伤后均有不同程度的胸背部疼痛、胸闷及休克症状, 均在术前经胸部 X 线及增强 CT 确诊, 在体外循环下行假性动脉瘤切除、降主动脉人工血管置换术。1 例股骨骨折患者在心脏术后半月行股骨骨折处钢板内固定。

动幅度减小, 则可能为部分畅通。如波动停止, 则完全不通, 原因有血块阻塞、脉络丛包裹、引流管打折、引流袋固定过高等等。如果是血块阻塞, 可先用 20mL 注射器轻轻抽吸, 再用生理盐水或尿激酶缓缓冲洗。多次阻塞不易疏通, 则更换引流管。

2.3 引流袋护理 一般将引流袋固定于侧脑室水平上 180~200mm, 若颅内压高, 可有脑脊液滴入引流袋, 可减少脑脊液中的酸性物质及其它代谢产物, 有利于保护脑细胞, 促进脑功能恢复。根据每天引流脑脊液的量即可间接反映出颅内压的高低, 以指导调节临床脱水剂的用量和引流时间。若合并有腰池引流, 需警惕引流袋位置过低诱发脑疝的发生。

2.4 拔管指征 待脑室内积血消失方可拔管。38 例患者, 引流 2~36d, 中位数为 10d, 大多数积血可完全排出, 脑脊液变清。如果全脑室未通, 脑水肿高峰期未过, 侧脑室压力尚高, 拔管易致脑疝, 需继续引流。若脑脊液循环部分通畅, 可行腰池引流以促进疗效。引流量小于 50mL/d, 可试夹管 24~48h。若

1.2 结果 本组 6 例患者术后均予严密观察、对症治疗和护理, 治愈后出院, 随访至今, 恢复良好。

2 术前护理

2.1 心电监护 观察生命体征、意识、瞳孔及血氧饱和度变化, 控制血压, 收缩压维持在 100mmHg 左右, 延缓假性动脉瘤的增大趋势, 阻止突然破裂^[1]。防止血压波动, 嘱患者严格卧床休息, 避免用力咳嗽或大便, 若出现呼吸困难或血氧饱和度下降时及时通知医生。假性动脉瘤常见部位是主动脉弓与降主动脉交界的主动脉峡部, 常因伴有左侧胸腔渗血或渗液而影响呼吸^[2]。

2.2 建立静脉通路 补充血容量, 抗休克治疗, 观察每小时尿量。

2.3 术前准备 假性动脉瘤压迫食道引起下咽困难, 压迫左喉返神经引起声音嘶哑, 压迫气管造成呼吸困难和咳嗽、咯血^[1], 应密切观察患者有无上述症状。备齐术中所需用物、各种设备、抢救仪器。

2.4 心理护理 患者突发外伤, 病情重, 不能完全接受, 有逃避、紧张及恐惧的心理。为此, 护士要及时评估患者的心理状态, 多予安慰、解释及疏导, 让患

夹管过程中, 神志血压无变化, 待撤管夹时测脑脊液压力, 并连续观察 2h, 压力小于 200 mmH₂O 可拔管, 大于 200 mmH₂O 则抬高引流瓶于侧脑室水平之上 300mm, 继续观察引流 3~5d, 再测压考虑能否拔管。若仍不能拔管, 则可能为蛛网膜内积血影响脑脊液的吸收, 要做永久性脑室分流术。

3 讨论

笔者通过 38 例重症脑室出血脑室外引流的实践, 发现引流管极易被脑室内的血块阻塞, 因此引流管的管理成了医护共同关注的问题。我们采用博纳公司或美敦力公司的专用脑室外引流管, 该管管腔直径大, 侧孔较多, 不易被脉络丛包裹, 引流通畅, 不易堵管, 而且抗感染力强。术后加强引流管的监测十分重要, 在观察引流液的变化、引流管高度的控制、拔管指征的掌握、堵管后的技术解决和冲洗引流中的无菌技术等方面, 一旦有其中一个环节未能及时发现异常, 就有可能导致前功尽弃。

(收稿日期: 2008-03-17)