

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)

中药外擦为主治疗小儿高热疗效观察及护理

付丽珍¹ 邓小红¹ 李双平¹ 李小兰² 汪媛娇²

(1 江西省东乡县中医院 东乡 331800;2 江西省东乡县妇幼保健院 东乡 331800)

关键词: 小儿高热; 中药外擦; 护理

中图分类号: R 473.72

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)01-0078-02

高热是由于各种原因导致机体产热过多或散热过少、体温调节中枢功能障碍所致的一种急诊常见临床症状,小儿高热病因常分为感染性和非感染性两大类^[1]。本研究中所论及的高热,其病因均明确诊断为感染性发热。小儿由于体温调节中枢发育尚不健全,对体温变化的调节相对较弱,高热易致惊厥,严重影响小儿的健康甚至危及生命,因此,对高热应及时正确处理。而目前常用的退热药复方氨基比林、安乃近等药物副作用大,氨基比林可致急性粒细胞性白细胞缺乏,发生率远远高于氯霉素,有致命危险;安替比林易产生皮疹、发绀、虚脱等严重毒副作用^[2]。另外,此类药物注射局部刺激较大,可引起臀

者安全度过心理不应期,适应角色的转变。

3 术后护理

3.1 术后监护 术后予重症监护。观察患者的意识、皮肤和带回的各种管道是否通畅、固定在位。持续心电监护、血液动力学监测,观察生命体征变化。按医嘱予以强心、利尿治疗,维持有效循环血容量。妥善固定各种引流管、注射泵,保护穿刺管,保证引流管通畅,记录引流液量、色,定时挤压以防阻塞;保持注射泵注射通畅,维持有效的药物浓度、剂量;观察穿刺处有无红肿、渗出,穿刺管敷料是否干燥。

3.2 呼吸护理 气管插管,呼吸机辅助呼吸。及时清除呼吸道分泌物,评估患者呼吸及血氧饱和度的变化。拔除气管插管后遵医嘱予雾化吸入,指导患者进行有效的深呼吸和咳嗽、咳痰,每 2 小时一次。面罩或鼻导管吸氧,氧流量适中,保持湿化。

3.3 用药护理 用药注意剂量及浓度,观察药效及副作用。血管活性药物对患者尤为重要,一律单独一路深静脉注入,不与其他药物混合,严格控制血管活性药物的速度、剂量。

3.4 预防并发症 心脏术后机体各方面处于应激状态,易出现多脏器功能衰竭,并发心律失常、低心排、电解质酸碱平衡紊乱等并发症,应严密监测生命体征、尿量,记录 24h 出入量,保持出入平衡,控制输液速度、输血量,严格无菌操作。

3.5 饮食护理 拔除气管插管 4~6h 后,患者若无呕吐,可试饮水,逐步过渡到流质、半流质,甚至普

部肌肉损伤,产生臀肌萎缩或麻痹及感染等并发症;而且儿童对注射也非常恐惧。本研究运用中药合剂外擦结合中医穴位推按,治疗和护理小儿高热患者 96 例,取得了较好的治疗及护理效果。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 190 例患儿均为 2006 年 6 月~2008 年 6 月在东乡县中医院门急诊及住院的儿科患儿。体温高于 39.1℃,年龄为 1~7 岁。明确病因为感染性发热,临床表现恶寒甚、面白、无汗、口不渴、咽不红、舌苔薄白、脉浮紧者为寒性病因所致发热,多为病毒感染;临床表现发热重、面红赤、有汗或少汗、口渴、咽红或肿痛、舌质红、苔薄黄、脉浮数或数

食。鼓励患者进食含高热量、高蛋白、丰富维生素的食物。但是术后 2~3d 内建议患者不宜进食大量的甜食,尤其是术后血糖偏高或术前有糖尿病史的患者,因心脏术后的患者大多有胃肠道淤血现象,进食太多的甜食易腹胀,不利消化,且血糖过高不利伤口的愈合。

3.6 功能锻炼 一般术后第 1 天可鼓励患者坐起,进行少量活动,以后逐步增加活动量,以不出现劳累为主。拔除心包、纵隔引流管后可增加下床活动次数及活动量,每天 2~3 次。

3.7 心理护理 体外循环后患者常会出现神经精神症状:如幻想、烦躁、失眠等,加之术后各种仪器的使用、引流管的放置、切口的疼痛,患者会产生不安全感或抵触情绪。为此,护理人员要认真评估患者的心理状况,多与患者交流沟通,解释各种治疗与仪器使用的目的,指导患者进行放松疗法,分散其注意力,安全度过这一时期。

胸主动脉破裂伴假性动脉瘤相当少见,且病情凶险,大部分患者到达医院前就大出血死亡,正确诊断,尽早手术,术后予以严密的观察、护理可以减少其死亡率,提高生存率。

参考文献

[1]汪曾炜,刘维永,张宝仁.心脏外科学[M].北京:人民军医出版社,2003.514,523
[2]邱旭仙.主动脉假性瘤血管腔内带膜支架植入术的护理[J].护理与康复,2006,5(5):349

(收稿日期: 2008-03-17)