

无偿献血工作的顺利推广和开展,确保医疗机构的供血安全。

参考文献

[1] 张爱钦,褚晓凌. 献血反应的观察及心理护理[J]. 中国输血杂志, 2004, 17(3): 186-187.

[2] 吴霞,王珺. 献血反应与体位相关性调查分析[J]. 中国输血杂志, 2010, 23(6): 471-472.

[3] 魏胜男,明邦余. 无偿献血者服务需求调查分析[J]. 中国输血杂志, 2010, 23(7): 548-549.

[4] 安万新. 全国无偿献血发展现状的调查研究[J]. 中国输血杂志, 2010, 23(10): 793-800.

(收稿日期:2011-02-14)

重症颅脑损伤颅内血肿的观察及护理

孙玉梅(重庆市永川区人民医院神经外科 402160)

【关键词】 颅脑损伤; 颅内血肿; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.15.073 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)15-1914-02

颅脑损伤、颅内血肿是脑外科常见的创伤之一,由于车祸、撞伤、挤压、高空坠落、井下受伤及头部外伤所致,并在急救中占有相当比重。患者伤势重、病情危急且复杂多变,死亡率极高,抢救必须争分夺秒,所以急诊手术治疗。术前处理和术后护理极为重要。现将护理体会介绍如下。

1 临床资料

本组患者 13 例,其中男 12 例,女 1 例,年龄 12~57 岁,入院时均有不同程度的昏迷,其 11 例单侧瞳孔散大,2 例双侧瞳孔散大,经 CT 诊断硬膜下脑内血肿 2 例,硬膜外脑内血肿 9 例,硬膜外、硬膜下合并脑干出血 2 例。13 例患者均行急诊开颅血肿清除,去骨瓣减压术。其中 1 例术后第 2 天死亡,12 例患者手术治愈。

2 护 理

2.1 术前观察 患者被送入病室,当班护士应严密观察意识、瞳孔、血压、呼吸、脉搏、肢体活动及各种反射等^[1]。

2.1.1 意识观察 意识的变化可提示颅脑损伤的程度及病情演变的情况。在护理中应观察患者意识有无障碍、障碍程度及发展趋势,如有变化,应高度重视,及时处理。如躁动患者突然安静、昏睡,应怀疑是否病情恶化。清醒患者突然尿床,考虑是否有意识障碍。

2.1.2 瞳孔的观察 瞳孔的变化是颅脑损伤患者病情变化的重要体征之一,可因动眼神经、视神经以及脑干部位的损伤引起。需要密切观察,详细记录。伤后一侧瞳孔进行性散大,对侧肢体瘫痪、意识障碍,提示脑受压或脑疝。如双侧瞳孔散大,光反射消失,眼球固定伴深昏迷或去皮质强直,多为原发性脑干损伤或临终表现,护士应做好急救准备。另外,瞳孔散大是单侧还是双侧及散大后有无光反射,对患者的预后有很重要的意义,出现双侧瞳孔不等大,则提示有颅内血肿发生,应积极进行术前准备。

2.1.3 生命体征的观察 患者受伤后可出现持续的生命体征紊乱,监测时,先测呼吸、脉搏,再测血压,最后测意识,以免患者躁动影响准确性。每 15~30 min 观察测量 1 次体温、脉搏、呼吸、血压,并做好记录。如血压升高,特别是舒张压高,脉搏缓慢,呼吸深慢,提示颅内压升高。应警惕颅内血肿或脑疝的发生;枕骨大孔疝患者可突然发生呼吸停止。

2.1.4 肢体活动 肢体有无自主活动,活动程度,有无瘫痪及瘫痪程度,如伤后立即偏瘫或原发性瘫痪加重,并伴意识障碍加重,多为继发性脑损伤。

2.1.5 其他 观察有无呕吐及呕吐物的性质,喷射性呕吐常提示颅内压增高。重型颅脑损伤应激性溃疡呕吐物可呈咖啡色。所以,作为脑外科的护士,一定要具备敏锐的观察力,才能及时发现及早报告及时治疗。

2.2 术前准备 配合医生抢救,采取头抬高 15°~30°偏一侧的卧位,避免呕吐物、分泌物误吸入气管内;建立静脉通道,在 15~30 min 内快速滴入 20%甘露醇 250 mL(小儿酌减),以迅速降低颅内压,减轻脑水肿,预防脑疝的发生。立即给予高流量氧气的吸入,重型颅脑损伤患者因脑组织缺血,缺氧加重脑水肿及各种抢救用药等。做好术前处置,如必须的术前检查、备皮、备血、留置导尿等,对于这种危重患者处置仅用数 10 min 完成。

2.3 术后护理

2.3.1 体位 抬高床头 15°~30°,以利颅内静脉回流,减轻脑水肿。但由于开颅局部脑组织无颅骨保护,因此患者不能向患侧卧位,以免压迫无颅骨保护的脑组织而加重脑水肿,甚至造成脑坏死。应采用平卧与健侧位交替并将枕内稍垫高。但禁忌单纯抬高头部导致前屈位。

2.3.2 给氧 提高氧浓度,以改善脑部缺氧。使脑血管收缩,降低脑血流量。

2.3.3 暂禁食,控制液体摄入,按时给予脱水剂。因为术后 3 d 为脑水肿高峰期,这样可以为患者创造一个相对性的等渗性脱水状态。

2.3.4 对烦躁不安的患者,应适当给予镇静剂,因为躁动可致颅内出血增多或继发出血。

2.3.5 术后加强观察 主要防止血肿再发生,尤其在术后 24 h 内应严密观察意识、瞳孔、血压、脉搏,看瞳孔有无再散大,昏迷程度是否加深,防止遗漏血肿或血肿再发生。

2.3.6 防止并发症 (1)防止脑水肿,术后严密观察,合理按时应用脱水药。(2)防止肺部感染,保持呼吸道通畅,预防坠积性肺炎的发生,对昏迷患者是尤为重要。①防止堵管和肺部感染,定时吸痰,诱发呛咳,使呼吸道分泌物及时排出,吸痰前可用等渗盐水湿化气道。并可雾化吸入 2~3 次/日,以稀释痰液有利吸出;②每根吸痰管只用 1 次,每班清洗消毒内套管,并及时重新插入,防止分泌物干结堵塞内外套管,减少感染机会;③保持头与脊柱在同一直线上,头部过伸或过曲均会影响呼吸道通畅以及静脉回流,不利于降低颅内压;④对切口周围敷料及时更换,保持清洁干燥。(3)防止用药后不良反应,如大量用激

素易引起应激性溃疡,大量用甘露醇易引起肾衰,大量用速尿易致低钾等,护理时应观察患者有无腹胀、黑便、血尿、少尿、水肿、心率改变等,及时发现及时报告医生。

2.4 加强基础护理

2.4.1 皮肤护理 昏迷患者不能自理,为防止压疮的发生应使用防压疮床垫;及时协助翻身拍背,按摩受压部位,以改善局部血液循环;保持床铺清洁、干燥、平整、无渣屑,需要约束的患者松紧适宜,以减少局部受压。

2.4.2 眼部护理 眼睑闭合不全,为防止发生角膜溃疡,可用红霉素眼膏涂眼,同时敷以无菌纱布,保护眼睛。

2.4.3 口腔护理 是维持清洁口腔,避免微生物的繁殖而引起口腔疾病,每日擦洗口腔 4 次,有效地预防口腔并发症的发生。

2.4.5 留置尿管的护理 为防止尿路感染,尿道口每日消毒 2 次,引流袋每日更换 1 次,引流袋应低于尿管进入膀胱的位置,防止尿液倒流,引起逆行感染。尿管每 2~3 h 开放 1 次,有利于膀胱收缩力的恢复,每月更换硅胶尿管 1 次,记录尿量、颜色等。

2.5 加强消化道营养 鼻饲是昏迷患者摄取营养的重要手段,应给予高热量、高维生素、易消化的流食,注食前应抬高床头 15~30°,确认胃管在胃内;抽吸胃内潴留量,如潴留量超过 150 mL,应告知营养医生;每次注入量不超过 200 mL,温度 38℃ 左右,间隔时间不少 2 h。鼻饲后用温水清洁管内腔,30 min 内不宜搬动患者,以免患者呕吐引起窒息。从而保证充足能量摄入。

2.6 康复期的护理 脑损伤患者因意识不清或肢体功能障碍,可发生关节挛缩或肌肉萎缩,应保持肢体于功能位,防止足

下垂。因此护士应指导家属协助每日定时做肢体、小关节功能锻炼,配合针灸理疗。并经常与患者交流,一起看电视、读书报等,使患者增加康复的信心,并促进智力和运动功能的恢复。

3 讨论

重型颅脑损伤病情危重而复杂,变化迅速,严密观察病情变化和生命体征,是及时正确诊断治疗、预防并发症的重要举措。护士要严密监测意识、瞳孔及生命体征的变化及时做出正确判断,为诊断治疗提供重要的依据。意识状态是判断中枢可能的客观现象,是反映大脑功能最基本的特征指标,对判断病情变化,及颅脑损伤程度和估计预后最有价值。瞳孔是中枢的窗口,是定性、定位的可靠指标,可直接反应颅脑损伤的程度和病情变化。呼吸、脉搏、血压是反映呼吸循环功能的最客观指标,也是维持生命的最基本条件^[2]。所以护士密切观察意识状态、瞳孔的变化以及生命体征,能为医师判断伤情及病情变化,制订治疗方案,提供客观指标。

总的来说,医护人员应积极做好抢救工作,忙而不乱,循序渐进,分秒必争,是抢救必不可少的条件。有效的急救与护理措施,可以提高抢救效率,以致提高患者的成活率,降低患者的伤残及致死率,减少并发症的发生,提高患者生存质量。

参考文献

- [1] 曹伟新,李乐之.外科护理学[M].4版.北京:人民卫生出版社,2009:374-386.
- [2] 李彩芹.重型颅脑损伤患者的护理体会[J].实用医技杂志,2008,15(15):320.

(收稿日期:2011-02-23)

体外定位微创治疗老年股骨粗隆骨折

陆益俊¹,盛永华²,张 曦²(1.江苏省常州市天宁区雕庄街道社区卫生服务中心 213018;
2.江苏省常州市中医医院骨二科 213003)

【关键词】 骨折固定术,内; 股骨骨折; 高龄

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.15.074 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)15-1915-02

随着老龄社会的到来和交通事故的增多,股骨粗隆间骨折的发生率直线上升,发病年龄不断升高。非手术治疗需长时间卧床,并发症多,病死率高,现多主张早期手术治疗。2007 年 8 月至 2010 年 4 月运用体外定位方法结合防旋股骨近端髓内钉(PFNA)系统治疗 24 例老年股骨粗隆骨折。经过 6~12 个月随访,疗效肯定,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 24 例,男 10 例,女 14 例。年龄 53~92 岁,平均 75 岁。按 Evens^[1] 分类:I 型 2 例,II 型 9 例,III 型 8 例,IV 型 4 例,V 型 1 例,均为闭合性骨折。15 例合并 2 种以上内科疾病,7 例合并 1 种内科疾病,如糖尿病、高血压、冠心病等。伤后至手术时间 3~10 d,平均 6 d。

1.2 治疗

1.2.1 术前准备 患者入院后行骨牵引,常规术前检查,控制合并的内科疾病。减少术前卧床时间,尽早手术。术前 24 h 及术中常规使用抗生素。

1.2.2 手术方法 患者选用硬膜外麻醉或全身麻醉,平卧于

手术牵引床上,C 臂机透视下,先进行闭合复位。正位图像上,手法复位骨折端,恢复颈干角,内收患肢 10°~15°,屈髋 5°~10°。然后牵引架固定。侧位图像上,纠正骨折端的前后成角。透视下取 2.5 mm 克氏针于正位像标记股骨颈轴线、股骨大粗隆顶点水平线,于侧位像标记股骨干近端中心轴、股骨颈中心轴。切口位于股骨干中心轴线上,远端距离大粗隆顶点 5~6 cm,切口长约 5~6 cm。切开阔筋膜。正位透视下导针经大粗隆顶点内壁进入髓腔内,进针前侧位外观导针与股骨干轴水平一致。空心钻开口器行近端扩髓,选择合适直径的 PFNA 主钉插入髓腔。拔出导针,调整瞄准器的前倾角,参照侧位体表标记。在 C 臂 X 线机监视下置入螺纹导针,在股骨颈中下 1/3 交界处。打入相应长度的 PFNA 螺旋刀片,在瞄准器下拧进远端锁定螺钉。C 臂 X 线机透视,确定 PFNA 位置良好。放置硅胶引流,逐层关闭切口。

1.2.3 术后处理 术后第 1 天开始行下肢被动功能锻炼,下肢肌肉按摩,同时在他人帮助下行膝、踝关节主动活动。术后第 3 天拔出引流,行下肢主动功能锻炼。术后 1 周开始扶助行