

同时学会用高度的灵敏性和洞察力,及时准确地发现急诊患者现存或潜在的健康问题,准确捕捉其心理变化,并能以最恰当的方式解决问题,满足其需求。护士与急诊患者间良好的沟通,对减轻患者身心痛苦,缓解矛盾,提高抢救成功率是非常重要的。

2.5 良好的身体素质 急诊科护士需具备良好的身体素质是由急诊工作的特点所决定的。急诊的特点是突发情况多,工作量大,有时短时间内可能有大批急诊患者到来,使工作负荷骤然加大。作为一名急诊科护士不仅要随时处理各种危急重症患者,还需面对不定时的出诊,工作时间长,有时会遇到患者无家属或是老弱病残等情况,急诊科护士必须抬患者、背患者等,劳动强度大。因此,良好的身体素质是急诊科护士出色完成繁忙、紧张的急诊、急救护理工作的首要前提。

2.6 较高的急救管理能力 在急救护理工作中管理非常重要,急诊科护士需按照“5S+1”管理急救药品、物品,保持急救仪器设备的完好率达到100%^[4],同时协调好各方面的关系,最大效率发挥急救功能。因此急诊科护士应注意培养提升自己的管理能力。

2.7 高度的法律意识 随着国家法制的不断健全,社会监管机制的多样化,患者维权意识的不断增强,使得护患关系变得日益紧张。在平时急救护理工作中多次发生各种原因引起的患者不满及投诉,导致护患纠纷,甚至是医疗事故。故急诊科护士在严格掌握相应操作技能及规范的情况下,也应该有强烈

的法律意识,依法行护,牢固树立“安全第一,质量第一”的观念^[5]。

总之,结合多年急诊科工作的经验,深刻体会到培养急诊科护士具有良好的素质能保证急诊工作更好地完成,确保急诊医疗服务质量与安全,有效减少急诊科护患纠纷的发生,同时保障急诊科护士的身心安全。因此,急诊科护士应做到“护理知识系统化,护理技术专业化,临床服务亲情化”。

参考文献

- [1] 赵莹,张艳.浅谈低年资护士急诊急救能力的培养[J].中国卫生产业,2012,9(10):51.
- [2] 周红.急诊科护士的职业倦怠原因及对策[J].内蒙古中医药,2012,31(9):170-171.
- [3] 何斌斌,王华军,黄瑞英,等.广东省急诊专科护士培养模式的探讨[J].现代临床护理,2012,11(5):59-61.
- [4] 丘宇茹,吴惠文,王吉文.护士核心能力培训对提高急诊科护士业务水平的效果[J].当代护士:学术版(中旬刊),2012,20(6):158-159.
- [5] 陈双燕,邓小燕.急诊科新入职护士管理模式的探讨[J].吉林医学,2012,33(13):2845-2846.

(收稿日期:2013-01-02 修回日期:2013-03-01)

高血压脑出血微创与开颅手术方式治疗体会

杨 渊(重庆市梁平县人民医院 405200)

【关键词】 高血压脑出血; 微创引流; 开颅血肿清除术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.15.082 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)15-2062-02

本科室自2008年3月至2012年3月共收治高血压脑出血患者176例,其中血肿量为30~50 mL的有93例,采用微创引流术;大于50 mL的有83例,采用开颅血肿清除术加去骨瓣减压术。二者均取得了较满意效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 176例高血压脑出血患者中,血肿均位于基底节区,男性105例,女性71例;年龄45~79岁,平均61岁;其中出血量30~50 mL者93例,大于50 mL者83例;手术距发病时间2~6 h 35例,>6~12 h 70例,>12~24 h 51例,大于24 h 20例。

1.2 临床表现 格拉斯哥昏迷评分:3~8分53例,9~12分103例,13~15分20例;肢体偏瘫139例,面瘫112例,不同程度失语96例。头颅CT提示出血部位及出血量(按多田氏公式计算)为:内囊区出血133例(大于50 mL者91例,30~50 mL者42例),外囊区43例(大于50 mL者32例,30~50 mL者11例)。

1.3 手术方式 根据CT计算出血量,30~50 mL者采用微创引流术,根据CT定位血肿,确定穿刺点,并选取相应长度YL-1型微创穿刺针(北京万福特生产);采用局部麻醉,垂直于颅骨,在电钻驱动下将穿刺针置入到血肿腔内,拔除针芯,见血性液体溢出后,用5 mL空针缓慢抽吸血肿,第一次抽吸量约占总出血量的60%~70%;术后第1天,根据复查CT情况,若血肿引流好,大于80%继续引流,3 d后拔管;若引流小于80%,则用5 mL空针轻柔抽吸引流管(不能太用力);若抽不

出血液则不能强抽,然后用0.9%生理盐水2 mL加尿激酶5万单位注入引流管,再用0.9%生理盐水2 mL冲管,使尿激酶充分到达血肿内,夹闭引流管,保留2 h后开放引流,持续3 d,每天2次;第4天再复查头颅CT,直到血肿基本引流充分,拔除引流穿刺针,缝合头皮穿刺点,以防止脑脊液漏。大于50 mL者采用开颅血肿清除术加去骨瓣减压术,根据血肿位置确定相应开颅部位,用5 cm×5 cm骨瓣开颅,切口选择原则上应避开脑重要功能区、重要血管区,在血肿距头皮最近处,以切口中心点对应血肿层面为最大层面,切开头皮;头皮夹止血,电钻钻孔,铣刀铣开颅骨,悬吊硬脑膜,放射状剪开硬膜,沿脑回方向切开皮层直至血肿区,牵拉脑组织时尽量灵活使用细吸引器和电凝镊以取代脑压板;清除部分血肿,让血肿腔暴露良好,周围血肿自动被脑组织挤入视野内,或轻抬血肿壁就能看到周边血肿,必要时用生理盐水冲出周边血肿;完全清除血肿后彻底止血,置管引流,再用人工硬脑膜(美国强生)修补已缺损硬膜,丢弃骨瓣,分层缝合头皮切口。

1.4 术后处理 术后血压控制在150~130/90~80 mm Hg,也可根据患者日常血压,采用硝普钠静脉点滴,将较高血压控制到比日常水平低20~30 mm Hg,切忌忽高忽低。有颅内高压症状者,常规应用脱水剂,并采用预防感染、脑保护、维持水电解质平衡、保护胃黏膜等综合治疗,同时做好护理工作。

2 结 果

176例高血压脑出血患者中,93例行微创引流,83例行开颅血肿清除术加去骨瓣减压术,术后有25例患者因深昏迷,排

痰困难而行气管切开;11 例因术后支持治疗乏力,意识难以恢复,家属放弃治疗而死亡,病死率占 6.25%。

3 讨 论

高血压脑出血,起病急,病情变化快,多呈迅速恶化发展,且多伴有严重心、脑、肺、肾等多脏器功能不全,病死率及致残率均很高^[1-2]。尽早手术治疗,有效清除血肿,能降低颅内压,减轻脑水肿,改善脑循环,防止再出血,降低病死率。同时,治疗和恢复期的康复治疗对提高患者的生活质量,降低致残率也有重要作用^[3]。

高血压脑出血占位效应是导致颅内压增高、继发性脑损伤以及脑疝的直接原因,也是此类患者死亡的主要原因,因此,尽快清除血肿,解除占位效应是治疗成功的关键^[4-6]。血肿压迫脑组织直接损伤及脑组织水肿引起继发性损伤,被认为是脑出血引起的神经功能障碍的主要原因,血肿周围脑组织水肿多与血肿本身释放的凝血酶、红细胞、血红蛋白及其代谢产物有关。许多学者发现,血肿在凝固过程中(24 h 内)产出的凝血酶可以引起脑水肿,破坏血脑屏障和产生细胞毒性作用^[4];有学者认为 24 h 内出血患者脑组织损伤与血肿压迫关系密切,48 h 后损伤主要与脑水肿有关^[5]。因此,对高血压脑出血患者应尽早手术清除颅内血肿,改善脑循环。作者主张发病后 6~24 h 为最佳手术时机,在此期间行手术治疗,术后再出血风险以及

其他系统并发症发生率降低。总的原则是:手术方式选择既要根据 CT 计算的血肿量的多少而定,还应考虑出血部位、出血量、病情演变;同时也要尽可能彻底清除血肿,以降低颅内压,减少脑出血后脑功能的损害,达到手术治疗目的,提高生存率,降低病死率和致残率。

参考文献

- [1] 陈军、陈覃、司宪平,等. CT 引导微创钻颅穿刺引流术治疗急性高血压脑出血[J]. 中国临床神经外科杂志, 2007, 12(12):48-49.
- [2] 许瑞雪,刘荣耀,徐燕辉,等. 高血压脑出血的外科治疗分析[J]. 中国临床神经外科杂志, 2007, 12(10):622-624.
- [3] 谢兴安,曾凡川,杨天成. 微创技术治疗高血压脑出血的体会(附 146 例报告)[J]. 中国临床神经外科杂志, 2008, 13(7):435-436.
- [4] 王凯,潘秀平,雪亮. 脑出血手术方法探讨与治疗进展[J]. 中国临床神经外科杂志, 2008, 13(12):764-166.
- [5] 刘家胜,史锡文. 小骨窗血肿清除术在高血压脑出血中的应用[J]. 中国临床神经外科杂志, 2010, 15(3):165-167.

(收稿日期:2013-01-16 修回日期:2013-04-10)

中医治疗盆腔淤血综合症的疗效观察及护理

古 玲(重庆市垫江县中医院 408300)

【关键词】 盆腔淤血综合征; 中医治疗; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.15.083 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)15-2063-02

盆腔淤血综合征是妇科病中的最为常见的多发病,妇女盆腔有庞大的盆腔静脉丛,并且鉴于盆腔内的静脉缺乏静脉瓣,不能有效防止血液倒流,因此很容易形成淤血^[1]。本病的致病因素主要包括不良的生活方式及个体易感性。前者包括多孕、多产、过劳、不良卫生习惯等可直接诱发病因素^[2]。患者多为生育年龄妇女,有过 2 次或 2 次以上的生产、流产史,继某次生产或流产后不久,出现慢性盆腔疼痛、低位腰痛、性感不快、痛经等症状,但并无产后或流产后感染史。最常见于 25~40 岁妇女,极少在绝经前期,从未见于绝经后。此类患者常被误诊为慢性盆腔炎或者慢性附件炎而久治不愈^[3]。现将本院 2011 年 2~8 月间收治的 68 例盆腔淤血综合征患者进行治疗及护理情况进行回顾性分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 2~8 月本院收治 68 例盆腔淤血综合征患者,年龄 25~40 岁,病程最短 6 个月,最长 12 年。具有慢性盆腔炎的症状,但无急性盆腔炎、感染性流产及产褥期感染病史,症状明显而盆腔体征较少,或以往按慢性盆腔炎治疗无效果,症状于久立或劳累后加剧,经卧床休息后改善,伴有外阴或下肢静脉曲张。所有病例均符合盆腔淤血综合征的诊断标准^[4]。

1.2 方法

1.2.1 针灸疗法 取三阴交、地机、次谿、足三里、血海、肾俞、子宫穴,其中关元、地机、次谿、三阴交采用平补平泄的方法,足三里、血海、肾俞采用补法。手法宜轻、准。

1.2.2 中药治疗 盆腔淤血综合征中医辨证为气滞血瘀型、湿热蕴结型、气虚血瘀型,治疗以清热利湿,补气活血的原则,

采用补中益气汤加减,党参 15 g、黄芪 12 g、白术 12 g、升麻 9 g、当归 9 g、柴胡 6 g、川芎 6 g、丹参 10 g、香附 6 g、红枣 5 枚加减。腹痛腹胀者,加川楝子 12 g、延胡索 12 g;骶腰酸痛者,加杜仲 15 g、菟丝子 12 g、鹿角片 12 g。每天 1 剂,首次加水 400 mL 煎,取汁 200 mL,2、3 次加水 200 mL,各取汁 100 mL,混匀,早中晚分别取汁 100 mL,温服。剩余 100 mL,装入灌肠容器内每日行保留灌肠 1 次,药物温度保持在 36~40 ℃。灌肠前排空大小便,取侧卧位。灌肠管末端涂上石蜡油,缓慢插入肛管 15 cm,液面距肛门不超过 30 cm,让药液缓慢进入。灌肠完成后,侧卧位休息 2 h 以上,以免药液从肛门流出。10~15 次为 1 个疗程,每个疗程 10~15 d。

1.2.3 疗效判断^[5] 痊愈:自觉症状完全消失,双合诊时宫颈、后穹窿及双附件压痛明显减轻,体位实验阴性。有效:平时无症状,月经期仍时有腰骶部疼痛。无效:临床症状无改善。

1.3 护理

1.3.1 饮食护理 注意饮食平衡,给予足够的蛋白质、脂肪和维生素,使其营养充足,多吃水果蔬菜,以保证每日大便通畅。

1.3.2 睡眠护理 休息或睡眠时避免习惯性仰卧位,提倡侧卧位,有利于预防子宫后位的形成,防止产后大便便秘及尿潴留,有助于生殖器官的恢复及盆腔静脉的回流。

1.3.3 加强体育锻炼,增强体质 劳逸结合,避免过度疲劳,对长期从事站立或坐位工作者,工作期间抽一点时间尽可能的适当运动。养成午休的习惯,不论能否入睡,中午躺在床上休息一段时间,以消除上午的疲劳。

1.3.4 卫生宣教 加强计划生育宣传,防止早婚早育、性交过于频繁,提倡优生优育,最多生两个孩子,两次生产至少应有