维普资讯 http://www.cqvip.com

分教学提供了较好的标本,利于学生建立三维立体感,同时对于MRI诊断提供了形态学基础。

参 考 文 献

1.李振平,丁娟,刘树伟,等.成人大脑沟、回在矢状图像上的定位研究.解剖学报,1998,29(增刊):46-48.

2 Naidich TP, Daniels DL, Haughton VM, et al. The hippocampal formation: anatomic - MR correlation. Ⅱ Sagittal sections. Radiology, 1987,162:755-761.

3. Melville P. Atlas of the human brain in sections. 2nd Ed. Philadelphia: Lea& Telbiger,1987.41.

4.陈玉敏、彭长平.人脑内主要核团立体定向图谱.北京:科学技术出版,1987.88.

(收稿日期:2001-06-25)

·个案与短篇·

创伤性室间隔破裂患儿的护理

刘 阳* 王月秋* 马凤贤**

胸部闭合性损伤可造成心脏挫伤和心内结构的损伤。我院收治一例胸部车压伤致心室间隔肌部破裂并心室前壁和室间隔血肿患儿,现将护理体会报告如下。

一、临床资料

1.病例:患儿,女性,3岁,2001年8月1日农用三轮车从右髂至左肩压过,患儿昏迷,心跳缓慢,40min后清醒,胸部X线和CT检查均为创伤性湿肺和耻骨后支骨折,治疗后症状无明显减轻,8月24日诊断为创伤性室间隔缺损,心包积液和耻骨骨折,来我院住院治疗。查体:体温36.8℃,脉搏82/min,呼吸22次/min,血压13/10 kPa,无发绀和颈静脉怒张。左髂部大片皮肤淤血斑,心尖搏动不清,心界扩大,心音遥远,胸骨左缘3~4肋间闻及Ⅲ/6级全收缩期吹风样杂音。术前诊断:1)闭合性胸部外伤室间隔破裂,可疑心肌挫伤和心包大量积液;2)闭合性右耻骨后支骨折及皮下血肿。8月28日采用全麻,正中胸骨劈开,常规低温体外循环下行室间隔缺损修补术,手术顺利,杂音消失,7天后康复出院。

二、护理

1.加强对患儿心理护理和家属的术前宣教

由于患儿突发意外,受惊吓,同时受伤的心脏因心包大量积液,症状进行性加重,患儿的哭闹躁动,家属对疾病的无知和无奈,都会对手术以及预后产生一定影响。责任护士首先耐心地向家属讲解疾病知识及注意事项,而且主动、热情接触患儿,使患儿能愉快而安静地在护士指导下卧床休息,避免哭闹以减轻心脏的负担。

2.积极做好术前准备

手术时机的选择直接关系到手术效果,向家属介绍手术治疗是唯一的最佳选择,在伤后2~3h是手术的最佳时机。患儿已经渡过了急性心肌损伤期,心肌水肿减轻,心功能改善,手术安全且预后良好,使家属愉快接受手术,积极配合治疗。

3.术后生命体征的观察和护理

(1)呼吸系统的观察护理:患儿术后回ICU,90%呼吸机辅助呼吸,呼吸模式选用容量控制,氧浓度给予40%,4h后患儿血流动力学指标、血气指标均正常,停呼吸机,给予鼻导管吸氧,保持呼吸道通畅,生理盐水50ml+沐舒坦2支,雾化吸入,每4h一次。因患儿小,伴有耻骨骨折,不能有效咳痰,间断给予气管内置管吸痰,插管时患儿仰卧位头后仰,使鼻腔和气管成一直线,先将吸痰管插至声门上方,在咳嗽或深吸气时快速插入气管内,患儿呛咳或发音嘶哑,证明导管进入气管内。术后3d肺膨胀良好。(2)循环系统的观察护理:术后24h持续血压,心电监测,每小时测中心静脉压一次,观察动态心电图,患儿窦性心律,心律规则、心率100~120次/min,血压,中心静脉压均在正常范围。(3)出入液量监护:观察计算单位时间内应补充的液量,使液体均匀输入体内,防止输液过多,过快,因患儿易哭闹,躁动,静脉输液管道妥善固定,防止接头脱落,管道阻塞。(4)饮食护理:气管插管拔除及肠蠕动恢复后即开始进流质饮食,以后逐渐改为半流质,普食。因小儿胃肠功能恢复较慢,指导家属术后第1天一定控制进食量,注意观察患儿有无腹胀,腹痛发生。(5)术后康复指导:术中见患儿心室前壁及间隔大面积挫伤及血肿,说明心肌损伤较重,易形成瘢痕,随病程进展患儿可能出现心肌供血不足及心律紊乱,故向患儿家属交待定期进行心电图和彩色超声心动图检查。

(收稿日期:2001-11-14)

* 作者单位:150001 黑龙江省哈尔滨医科大学附属一院心外科

** 哈尔滨医科大学附属一院普外科