维普资讯 http://www.cqvip.com

2 结果

全部病例均完成放疗,治疗期间及随访期间未观察到严重的药物毒副作用。8例患者放射性食管炎;4例患者皮肤粘膜反应;1例患者血像变化;1例患者肝功能损害。

3 护理体会

放射性食管炎一般发生在放疗后3周左右,其发生机制是由于射线对食管粘膜损伤,导致粘膜充血、水肿、糜烂,甚至一过性狭窄,常在接受放疗20~40 Gy时出现,轻者导致病人思想负担加重,摄入不足,重者导致病人营养不良,丧失治疗信心,放弃或中断治疗,严重影响了病人的生活质量及疗效。故一旦发生应立即治疗,可给予思密达3 g,用温开水调成糊状(10 mL左右)加金因肽5 mL口服,每日3次,服药后30 min内不饮水,以利药物与食管粘膜充分接触。

使用冷水及中性肥皂液清洗皮肤,保持照射野干燥,穿宽松、吸水性好的棉质衣服,避免摩擦、搔抓照射部位皮肤。放射性皮炎一般表现为照射局部出现红斑伴有烧灼感或刺痒感、触痛斑状、湿性皮炎、中度水肿。在发生Ⅱ级放射性皮炎时即开始给予贝复喷雾剂和百多帮软膏外用,通过处理无1例发生Ⅳ级放射性皮炎。严重时应暂停放疗,待局部区域基本愈合后再恢复治疗,防止发生皮肤坏死、溃疡和出血。

病室内定期通风,限制探视人员,每日饮水1 500 mL以上,每日用紫外线照射消毒病房,消洗灵液拖地、擦试床头柜及床旁椅,避免交叉感染。注意保持口腔、肛门及会阴部清洁。女性患者若在月经期更应注意外阴清洁,每天更换内衣裤,预防感染发生。对白细胞数小于1.0×10^9/L者给予保护性隔离,住单人病房并按医嘱皮下注射升白针。本组有1例患者出现Ⅲ度白细胞减少,仅给予生白片口服后恢复正常。在滴注甘氨双唑钠后可导致患者转胺酶一过性升高,给予保肝药物多烯磷脂酰胆碱(易善复)后转胺酶在1周左右恢复正常。

(编辑:蒋登金)

无症状脑梗死临床及影像学分析

王安君 (鞍山市双山医院神经内科,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 脑梗死;影像学;病理改变
[中图分类号] R743.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)02-0133-02

无症状性脑梗死(silent brain infarction,SBI)是指无脑卒中病史,无神经系统症状及体征,而影像学检查(头颅CT或MRI)却发现脑梗死病灶;或虽有脑卒中病史,而影像学检查发现了不能解释其症状和体征的非责任病灶[1]。本文将2000年至2007年,我院收治的62例无症状性脑梗死病人进行临床及影像学分析,报告如下。

1 临床资料

62例患者中男32例,女30例;60岁以下31例,60岁以上31例;伴有高血压病33例,高血脂43例,冠心病18例,糖尿病16例。全部病例均为其他疾病行CT或MRI检查时发现病灶。全部病例均无脑梗死病史,多数患者有如头晕、肢体麻木、睡眠障碍、记忆力下降等表现。

2 方法与结果

60岁以下的患者中,CT检查发现病灶者15例,共37处,MRI检查发现病灶者17例,共39处;60岁以上的患者中,CT检查发现病灶者24例,共72处,MRI检查发现病灶者26例,共76处。病灶位于基底节区29例,位于放射冠区9例,位于侧脑室前后角区5例,位于桥脑1例,多发病灶36例。77%的患者病灶小于15 mm,23%的患者病灶大小于15~20 mm。

2 讨论

SBI是一种常见的脑血管疾病,其发生与小动脉的粥样硬化和微栓塞有关,病理改变的实质是一种特殊类型的腔隙性脑梗死。在早期,小动脉管壁的中层平滑肌细胞增生,出现胶原纤维及玻璃样变,导致管壁逐渐变厚,使管腔形成狭窄甚至闭塞。因为这些小动脉是无分支的终末动脉,一旦发生闭塞则易发生缺血性坏死。这些病变以直径小于100 μm的穿通支动脉为主,故腔隙性脑梗死病灶好发于基底节与白质,且呈多灶性。虽然SBI的发病率较高,但因患者无明显症状所以容易被漏诊。通过对本组资料的分析,可以总结SBI有以下一些特点:①存在高血压、冠心病、糖尿病等危险因素;②临床上患者常常出现头晕、肢体麻木、记忆力下降等症状,但由于症状不明显常易被忽视;③病灶多为腔隙性脑梗死灶;④随着患者年龄的增长,梗死病灶的数量有所增加;⑤发病部位以基底节区及放射冠区为多;⑥MRI检查效果较为可靠,能发现一些CT检查所未显示的病灶。

SBI的预后主要发展为症状性脑梗死、老年性痴呆、假性球麻痹等,因此对SBI要提高认识,老年患者常存在高血压病、高血脂、冠心病、糖尿病等危险因素,所以在接诊老年患者时,对于一些如头晕、肢体麻木等非特异性症状要引起重视,尽早进

[收稿日期] 2007-10-10 [修回日期] 2007-12-26

维普资讯 http://www.cqvip.com

行影像学检查,积极有效地治疗基础疾病,并及时改善脑血流循环,预防和延缓脑梗死的发生[2-3]。

[参考文献]

[1] 程乐群. 无症状性脑梗死121例临床分析[J]. 中国实用神经疾病杂志,2006,9(3):79-80.

[2] 董宝宁. 无症状脑梗死临床危险因素及影像学分析[J]. 医学信息,2006,19(8):1457-1458.

[3] 王美芝. 护理干预在脑梗塞早期康复治疗的应用[J]. 局解手术学杂志,2006,15(3):204.

(编辑:雷 艳)

高处坠落伤的院外急救护理

张 键,刘燕蓉 (成都市第六人民医院,四川 成都 610051)

[关键词] 坠落伤;急救;护理
[中图分类号] R459.7;R472.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)02-0134-01

随着高层建筑的不断增加,高处坠落伤日趋增多,常常合并多部位、多脏器损伤,已成为创伤致死的重要原因之一。我院2000年5月至2006年5月由120指挥中心派出现场救治高处坠落病人71例,现将救治体会介绍如下。

1 临床资料

本组病例71例,男62例,女9例,年龄18~50岁的65例,11岁以下2例,60岁以上的4例。其中合并有两个以上脏器损伤的66例,单一脏器损伤的5例。分类为:颅脑外伤55例,颈椎脊髓损伤36例,骨盆、股骨等其它部位骨折12例,腹腔脏器伤6例,头、面创伤3例。坠落伤的发病部位依次为颅脑外伤和脊髓外伤、颈椎骨折、骨盆骨折、股骨骨折、胫腓骨、肱骨等骨折,腹腔脏器伤。高发于中、青年,占91%,青少年占3%。多为男性。71例病例中,5例在到达现场时已死亡,属院外死亡;1例由于病情危重,在运送途中抢救无效死亡;及时安全送回医院成功率98%。

2 急救护理

2.1 加强预见性护理

坠落伤的病人,病情危重、复杂,且常合并有隐性损伤,现场急救的工作非常重要。追问病史是医护人员接触患者后的第一个环节,有助于医护人员快速准确做出病情判断,争取在最短时间内全面评估病情,及时处理致命伤。据伤情分析:属自杀行为无求生欲望者往往头先着地,死亡率高,属逃跑行为有求生欲望者有保护性反应,往往以下肢、臀部背部先着地,因此下肢、内脏、脊柱、臀部等损伤较多,意外坠落也属于此。从伤情发展看:头颅及躯干内部脏器损伤有些临床表现可能要迟发,在受伤早期可能被其他损伤如骨折疼痛所掩盖;而内脏破裂伤所致失血性休克靠单纯补充血容量不能纠正,必须纠正休克的同时行手术止血,医护人员应高度警惕,密切观察。若能快速准确的知道关于高处坠落的相关资料,就能准确的做出伤情判断,及时预防并发症,处理致命伤,减少死亡率。

2.2 抢救措施

坠落伤病人常合并多个脏器损伤,在抢救治过程中,强调先救命的原则,决不能做过多过细的检查和测量而延误最佳的抢救时机。初步检查,观察伤者的神志、面色、呼吸、血压、脉搏、体位、出血、有无大小便失禁、血迹、呕吐物污染情况,迅速判断病情的危重程度。及时清除口咽部的血块、呕吐物,牵出后坠的舌或托起下颌,置伤员于侧卧位或头转向一侧以保持呼吸道通畅。迅速建立1条或1条以上静脉通道,补充液体,提高血容量,纠正休克。创伤性休克的主要病理生理变化是有效血容量不足导致微循环障碍,所以,及时有效的补液是纠正创伤性休克的最主要措施。控制明显的外出血是减少现场死亡的最重要措施。我们常用的紧急止血法是加压于出血处,压住出血伤口或肢体近端的主要血管,然后在伤口处用敷料加压包扎,并将患部抬高,以控制出血。

3 转运途中的护理

伤员在转运途中的体位应根据伤情选择,一般取仰卧位;颅脑伤.颌面部伤应侧卧位或头偏向一侧,以防舌后坠或分泌物阻塞呼吸道;胸部外伤取半卧位或伤侧向下的低斜坡卧位,减轻呼吸困难;腹部伤取仰卧位,膝下垫高使腹壁松弛;休克病人取仰卧中凹位。疑有脊椎损伤的病员,应3~4人一起搬动,保持头部.躯干成直线位置,以防造成继发性脊髓损伤,尤其是颈椎伤可造成突然死亡。注意伤员的神志、瞳孔反射、生命体征的变化,面色、肢端循环、血压、脉搏,如发现变化及时处理,并保持输液通畅。

高处坠落伤病人属急危重病人,对于这类病人我们在现场抢救护理同时,应注意做好以下工作:①加强预见性护理分诊工作(从第一步减少延误病情的概率)。②一定要遵循保全生命、保留肢体、减少残废、防止感染的抢救原则。先保全生命,从根本上消除对病人最有利的抢救时机的延误。③按抢救原则进行抢救。④从整体护理角度出发,调动一切力量,包括病人及家属,为我们的诊治护理工作提供最有效的帮助。

(编辑:张天飞)

[收稿日期] 2007-12-25 [修回日期] 2008-02-06