维普资讯 http://www.cqvip.com



# 酒后颅脑损伤患者的护理

杨艳琴 (解放军92医院骨一区,福建 南平 353000)

[关键词] 颅脑损伤; 酒后; 护理
[中图分类号] R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)05-0350-01

酒后颅脑损伤病情较凶险且复杂，并发症较多。及时的救治、细致入微的护理及患者和家属的积极配合,有利于疾病的恢复。通过回顾自2005年1月至2006年3月,我院收治的酒后颅脑损伤患者53例,本文认为经过临床观察治疗,采取有效的护理措施,可提高救治率,降低死亡率,现将护理体会总结如下。

## 1 临床资料

本组患者中男50例,女3例,年龄18~52岁,其中车祸伤28例,坠落伤12例,群殴致伤13例。入院时呈昏睡或昏迷状态1例,瞳孔改变8例。开放性颅脑损伤伴颅骨骨折2例,颅内血肿17例,头皮血肿及头皮裂伤5例,脑挫伤伴颅底骨折6例,脑震荡4例。

## 2 护理体会

### 2.1 心理护理

酒后颅脑损伤的发生较突然,病情一般较重,加上患者酒后神志未完全清醒或处于昏迷状态,患者家属较为焦虑,容易产生恐惧情绪,应及时给予心理疏导,并告知患者目前的情况,争取家属的配合。

### 2.2 严密监测病情变化

2.2.1 意识的观察 意识观察是判断酒精中毒程度和颅脑损伤病情发展的可靠指标,必须每15~30 min巡视一次病房。对昏睡的患者,应隔1~2 h唤醒一次,以免发生昏迷。即使患者神志清楚,也应与其进行沟通,了解患者的思维、定向力等。

2.2.2 瞳孔的观察 瞳孔的变化可反映病情发展。护士应每15~30 min观察一次瞳孔大小、对光反射的灵敏度。酒精中毒的患者,瞳孔对称性缩小,对光反射迟钝或消失。头部外观无伤口的患者,如出现瞳孔不等大,对光反射消失,应警惕脑疝或颅内血肿存在的可能,必须立即报告医生,给予处理。

2.2.3 生命体征的观察 对酒精中毒致颅脑外伤患者,即使血压正常也应严密观察其生命体征的变化。如血压升高,脉搏、呼吸变慢,则是颅内压增高的特征性变化,必须给予紧急处理。进行多功能心电监测时，护士应每15~30 min进行观察并记录。夜间大脑处于抑制状态,对各种刺激的反应能力降低,护理时更需提高警惕。

2.2.4 全身情况的观察 饮酒可诱发心血管疾病,特别是有高血压病史的患者，应严密观察患者四肢活动及肌力的变化,及时发现潜在心血管病变的发生。

### 2.3 饮食指导

患者入院一般先予禁食,待神志清楚或病情许可时,方可改为流质或半流质饮食,如牛奶、稀饭、面条、鱼汤等。病情稳定后,应多食富含蛋白质、维生素、粗纤维的食物,如豆奶、豆制品、蛋、鱼、瘦肉、花生、菠菜等。同时嘱咐患者多饮水,多食水果,以保持大便通畅。

### 2.4 防止意外伤害

酒后颅脑损伤患者在意识未恢复前,存在自伤及伤害他人的倾向,护士应加强巡视,注意安全。对于烦躁不合作者,必要时可给予约束带固定,及时给予催醒、镇静等药物治疗。注意加用床栏保护,防止患者坠床或其它意外发生。

### 2.5 防褥疮护理

酒后患者经常出现呕吐或大小便失禁的情况,护士应注意保持患者呼吸道通畅,及时更换污染的被服床单,避免患者皮肤长时间受潮湿、摩擦等刺激,注意2 h翻身、叩背1次,经常按摩受压处皮肤,防止褥疮发生。

[收稿日期] 2006-05-11 [修回日期] 2006-08-02

(编辑: 雷 艳)

# 护理程序在脑血管病介入治疗中的运用

袁 杨,丁 宇 (第三军医大学附属西南医院神经内科,重庆 400038)

[关键词] 脑血管病;介入治疗;护理程序
[中图分类号] R743 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)05-0350-02

脑血管病的早期诊断和治疗,对于降低致残率,减少死亡率,提高患者预后的生活质量有着重大意义。近几年来随着脑血管病的介入性治疗在临床上的应用和推广,使脑血管病的诊断和治疗有了重大突破，同时也拓展了神经内科护理的范围。我院神经介入中心自2003年3月至2005年1月,对130例患者行介入诊断和治疗。按整体护理要求,我们将护理程序这一

[收稿日期] 2006-06-15 [修回日期] 2006-08-29

维普资讯 http://www.cqvip.com



科学的工作方法应用于神经介入诊断治疗的护理工作中,取得了满意效果,现总结如下。

## 1 临床资料

本组共130例患者,男75例,女55例,年龄40~70岁。其中术后穿刺部位出现血肿13例,占10.2%;低血压、心动过缓37例,占28.9%;高灌注综合征6例,占4.7%;缺血性脑卒中7例,占5.5%;血尿1例,占0.8%。其余患者无手术并发症,无1例死亡。

## 2 护理程序的运用

### 2.1 入院评估

入院时对患者进行系统的评估,内容包括:①病史询问,了解患者对疾病及手术的认识和顾虑有哪些,对术前术后有关知识的了解有多少;②护理查体;③查阅患者既往病史,各种辅助检查单及各种讨论记录。

### 2.2 护理计划

根据评估结果,按首优问题,中优问题,次优问题进行排序。把有危险性的问题作为首优问题,采取积极措施进行严密监测。

### 2.3 护理措施

2.3.1 术前宣教 入院病人一旦确认需行介入诊断和治疗,就应对病人及家属进行有目的的宣讲,使病人有充分的思想准备。宣教的内容包括脑血管病的基本知识,常用的治疗方案,介入治疗的指征,手术的必要性,疗效,术前术后的注意事项及术后肢体制动的必要性和可能出现的并发症。通过心理疏导减轻术前患者焦虑及恐惧感,增加身体上和心理上的舒适感。

2.3.2 术后护理 术后需绝对卧床休息,防止出血,血肿及下肢动脉血栓的形成。沙袋压迫穿刺点6~8 h,右下肢制动8~12 h,避免弯曲,咳嗽,大小便时也要避免用力,24 h后方可下床活动观察股动脉穿刺点敷料是否清洁干燥,有无渗血,双侧足背动脉搏动情况,双下肢皮肤的颜色、温度、有无疼痛、麻木、刺痛感,以防过度加压造成下肢动脉血栓。24 h内多饮水,促进造影剂的排出。同时严密心电监测,密切观察病人的生命体征,瞳孔、意识,及时发现可能发生的脑出血倾向。当病人出现以下情况:颅内压增高三主征,两慢一高(脉搏缓慢洪大,呼吸慢而强,血压升高),言语不清,肢体再度出现活动障碍,提示脑出血可能,应及时报告医生处理。多巡视询问病人,如有头晕,头痛,呕吐,失语,短暂的意识障碍,肌力下降等症状应警惕脑血管痉挛的发生,早期发现,及时处理,可避免因脑缺血缺氧而出现的不可逆的神经功能障碍。颈动脉支架植入术的病人术前术后需口服阿司匹林肠溶片300 mg,1次/日,皮下注射低分子肝素(克赛)4 100 iu,1次/12 h。治疗期间需严密观察病人有无胃肠道反应及全身出血倾向(牙龈出血,穿刺部位有无瘀斑),定时复查凝血四项。本组有37例行颈动脉支架植入术后发生血管迷走神经反射,表现为心动过缓和血压下降,护士发现异常立即报告医生,遵医嘱予阿托品肌肉注射或多巴胺静脉输入,病情缓解。术后遵医嘱常规使用抗生素至少3 d,24 h后消毒更换伤口敷料(如有渗血应及时更换),保持穿刺点敷料清洁干燥,防止伤口感染。

通过运用护理程序对行介入诊断治疗的病人实施全方位的护理,使患者很快适应医院环境,并与医护人员建立了良好的人际关系,心理负担明显减轻,对自己的疾病有了认识并能积极主动的配合治疗。护士通过运用护理程序,增强了责任心,提高了护理质量,预防和减少了术后并发症,确保了手术疗效。

(编辑:蒋登金)

# 自制负压吸引器在皮瓣修复术后的应用

汤 培, 黄道强, 李秀明 (解放军92医院烧伤整形科, 福建 南平 353000)

[关键词] 皮瓣; 引流; 负压吸引
[中图分类号] R619 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)05-0351-02

皮瓣修复手术后,常因皮瓣下积血、积液导致皮瓣张力增大,血液循环障碍,与组织基底部发生分离,形成死腔以及继发感染等原因引起皮瓣坏死,影响创面愈合。除术中细致止血,适当压迫包扎外,术后放置引流管,通过负压持续吸引,吸出皮下积血、积液,防止术后感染及血肿形成亦至关重要。中心负压吸引、电动吸引或负压吸引球等方法,易受停气、停电的影响,给护理工作带来诸多不便,且价格昂贵,操作复杂。针对这种情况,我科自制了一种负压吸引器,通过临床实践取得了良好效果,现介绍如下。

[收稿日期] 2006-06-13 [修回日期] 2006-08-20

## 1 材料与方法

### 1.1 材料

20 ml或50 ml一次性注射器一支(取下针头),5 ml一次性注射器针栓一支,头皮静脉针(剪去针头)或输液器管一根。

### 1.2 制作方法

将20 ml或50 ml无菌注射器与头皮静脉针或输液器管相连,作引流管之用。在引流管前端,按不同方向旋转剪制数个侧孔(根据皮瓣大小选择)。缝合皮瓣前,将引流管埋置入创口低处,并缝线固定,缝合关闭创口,检查是否漏气而未形成负压。抽动20 ml或50 ml注射器针栓形成负压,然后用5 ml注射器针栓在注射器外筒与内槽处进行固定,即制成简易的负压