维普资讯 http://www.cqvip.com

础护理十分重要[2]。

2.1 饮食护理

为病人提供含营养成分丰富、清淡易消化的食物，允许病人选择个人喜好的食物，并有专人负责照顾，谨防噎食；避免统一时间吞咽固体和液体食物，因为统一时间把固体和液体食物放入口中，病人会倾向于把食物吞下而不加以咀嚼，可能因此导致窒息；对于不知进食或不知饥饱，不断索取食物的痴呆病人，护理人员不可对其过分指责或对其要求置之不理，应对症护理，如给与良好的进食环境，安排病人定时与他人一起进餐，以增加食欲，保证其入量；对不停想吃东西的病人可安置单独用餐，亦可在正餐时不要给予太多的食物，将部分食物留待病人要求时再给予，避免暴饮暴食，并为病人提供规律的生活和适当的活动来转移其注意力。

2.2 睡眠护理

脑器质性损伤所致精神障碍的病人，常常出现睡眠障碍，同时伴有焦虑情绪和躯体不适。主要表现睡眠倒错，夜间不眠，躁动不安，制造声响和干扰而白天却蒙头大睡。护理措施：评估导致病人睡眠形态紊乱的具体原因和睡眠形态，如嗜睡，入眠困难，易醒，早醒，彻夜不眠，多梦等，为病人提供良好的睡眠环境，如病房内空气新鲜，温度适宜，周围环境安静等；为病人建立有规律的生活，日间安排适当的活动，但白天减少卧床睡眠时间，帮助病人尽快适应生活方式和环境的改变；晚饭不宜过饱，不宜多饮水；教会病人一些有利于睡眠的方法，如温水泡脚，全身放松依此计数等；必要时，可遵医嘱给予药物辅助入眠；尽量避免约束带限制病人的行为，这样一来只会令病人尊严受损，更加烦躁不安，且容易发生危险，如呼吸困难、褥疮等。大小便护理：对于伴有不同程度感觉障碍、记忆和智能障碍的病人都会间断出现便秘、尿潴留或大小便失禁及弄湿床褥和衣裤等现象，病人会因此感到焦虑和尴尬。护理人员应观察病人排便情况，评估大小便形态和次数；对便秘尿潴留者，鼓励多做适当的活动以利于肠蠕动，指导和训练病人养成定时排便的习惯，鼓励病人增加液体摄入，保证供应2 500～3 000 ml/d，排尿时扶病人坐起或抬高床头以利于排尿，必要时给予药物或灌肠及导尿。对于大小便失禁的病人定时督促，带领病人入厕或给予便器，提醒病人睡前尽量少饮水并先排尿，避免食用刺激性强的食物和饮料以减轻对肠道和膀胱的刺激。

2.3 安全护理

对有受伤危险的病人提供安全的治疗环境，对有意识障碍、智能障碍和癫痫发作的病人及年老体弱、动作迟缓、步态不稳的病人设专人护理；对长期卧床的病人应安装床挡和适当保护防止坠床，对意识模糊、行走不便及反应迟钝的病人应限制其活动范围。癫痫病人有症状发作时应立即平卧，避免摔伤，发作时切勿用力按压肢体以防止骨折或脱臼。对受幻觉、妄想支配而产生伤人、毁物、自伤等异常行为的病人做好病房内的安全管理工作，清除所有危险物品，为病人提供舒适安静的环境，减少不良刺激，护理人员应全面掌握病人的思想动态和行为，正确识别暴力行为及自杀行为的前兆表现，及时采取有效的防范措施，必要时给予药物抑制，保护性约束。

[参考文献]

[1] 赵 峰，章建勋，张育放．颅脑外伤性精神障碍27例分析[J]．浙江临床医学，2005，7(2)：164－164.

[2] 陈淑芳，魏 娜．102例急救老年颅脑外伤的相关性护理分析[J]．局解手术学杂志，2004，13(1)：33－34.

（编辑：蒋登金）

房间隔缺损封堵手术及配合

杨德翠，蔡文芳，毕红梅 （哈尔滨医科大学附属第四医院手术室，黑龙江 哈尔滨 150001）

[关键词] 房间隔缺损；封堵
[中图分类号] R322.11 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)04－0285－02

心脏房间隔缺损封堵手术是利用输送器，将特殊材质的房间隔封堵器放置在左右心房，封堵住缺损的房间隔，阻断血液分流的一种治疗心脏畸形的新技术。它具有损伤小、手术时间短、无DSA射线影响、术后恢复快等优点。我院自2004年10月至2005年3月共进行房间隔缺损封堵手术13例，取得了良好的效果，现介绍如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者共13例，男4例，女9例；伴冠心病、心律失常2例；年龄3～65岁。手术时间最长100 min，最短25 min，平均50 min。

1.2 手术器械

1.2.1 输送器 分粗细两种型号，以细输送器为例，其组成分别是：①套管：圆管形，内径5 mm，长310 mm，前端呈45°楔形；②勾针：长条形，宽3.5 mm，长345 mm，前端呈勾状；③内推管：圆柱体直径3 mm，前端圆柱体5 mm，长5 mm，总长370 mm；勾针、内推管可放置到套管中。

1.2.2 心房间隔缺损封堵器 ①材质：镍钛记忆合金，可在人体长期放置，不影响MR1检查；②性状：富有弹性，放松时内部材质撑开，形成一水平方向双圆形、略呈伞状的结构，包括前伞（左房侧闭合伞）及后伞（右房侧闭合伞）。外侧网状结构自然撑开成平面紧贴伞面，尾侧有尾线，双伞之间有特殊材质连接，双伞因有弹性自然靠拢、收紧为长条状，可收入套管内。

1.3 手术步骤

全麻下取右胸壁2～3 cm切口进入胸腔，用小型撑开器撑开切口，十字形切开心包。右心房缝荷包，选择封堵器及输送器型号，勾针牵引封堵器尾线，封堵器放松，用温盐水、庆大盐水依次浸泡后，由尾线牵引收入套管。于荷包做切口，置入输送器套

[收稿日期] 2005－04－15 [修回日期] 2005－05－16

维普资讯 http://www.cqvip.com

管,在彩超显示下,套管经右心房穿过房间隔缺损部位进入左心房,用内推管推出左房侧闭合伞(前伞),回撤套管到右房侧,推出右房侧闭合伞(后伞),双伞骑跨在房间隔两侧,自然靠拢将缺损部封闭。推拉检测伞的稳定性及对瓣膜活动有无影响,剪断并抽出尾线,撤回输送器,收紧荷包,止血,逐层关胸。

2 房间隔缺损封堵手术的配合

2.1 手术器械的准备

无菌导线套、100 mm长F16导尿管(中段)两根、细勾针、长电刀头、2/0~3/0编织缝合线3根,4/0~5/0双针聚丙烯线1根;

2.2 器械护士的配合

器械护士配合时应注意以下几点:①器械护士提前准备无菌导线套,将彩超导线套住,探头用无菌手套包裹,7号线结扎;②心包悬吊用蚊式钳钳夹线尾端,心肌荷包线由细勾针牵引穿过导尿管,尾端用rubble钳钳夹;③使用彩超探头前及术中随时用碘伏液润滑皮肤,保证探头正常工作;④封堵器有时会反复收回再放置,每次收回后要彻底清洗;⑤内推管前推打开前、后伞时,用20 ml注射器抽取温盐水沿套管注入,保证润滑。

2.3 巡回护士的配合

手术时巡回护士应注意以下几点:①建立静脉通道,连接三联三通板;②准备肝素钠,将100 mg肝素钠与18 ml生理盐水抽入20 ml注射器中备用,缝合完心肌荷包后即匀速输入,剂量按1 mg/kg体重计算;③准备庆大盐水,用20 ml生理盐水加入8万单位硫酸庆大霉素配制;④准备温盐水并注意及时更换;⑤准备鱼精蛋白,剂量以术中肝素钠使用量1:1计算,再抽取10 ml 50%葡萄糖注射液稀释,放置封堵器成功后即以60滴/分钟注入,注意速度不可过快,以免导致血压下降;⑥帮助术者于刷手前戴好头灯,切开心肌荷包后改用头灯照明,以免影响彩超显示。

3 房间隔缺损封堵手术的优势

与传统开胸手术相比,房间隔缺损封堵手术切口小,不损伤肋骨、胸骨,术后无需安装胸腔引流管,减轻了术后疼痛,无需体外循环,心脏不停跳,无需切开心房,住院时间短。与介入手术较,其主要优势表现有:①费用低;②手术适应证广,它适用于所有无其它心脏畸形的继发孔房缺,不受年龄、缺损面积等因素的影响,而介入治疗主要针对20 mm以下的中央型房缺;③安全性高,其输送通道直且短,由右胸壁穿刺直接对准房缺口,放置过程更安全、简便,可反复收回、放置,以达到最佳封堵效果;④副作用小,微创封堵植入后整体厚度小,不影响房内容积及瓣膜运动。介入闭合术由于闭合器较软,为达到径向支撑力,则必须选用比房缺口大1倍以上的伞,导致伞隆起厚度明显增加,即不利于膜性组织覆盖,影响房内容积,还可能影响瓣膜运动。

(编辑:雷 艳)

58例脑疝病人护理体会

陈 峰 (浙江省台州医院,浙江 台州 317000)

[关键词] 脑疝;护理
[中图分类号] R651.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)04-0286-02

脑疝是颅脑损伤较常见的并发症,具有病程凶险,变化快,严重威胁病员生命的特点。脑疝若能早期发现、迅速抢救处理是可逆的,护理时必须高度重视。我院自2002年至2004年共收治重症颅脑损伤260例,其中58例并发脑疝。现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

本组58例,男45例,女13例;年龄最小8个月,最大70岁。平均住院27.5 d。车祸42例,坠落伤12例,刀砍伤4例。治疗转归:58例脑疝病人经手术治疗,术式为血肿清除、去骨瓣减压引流术。

2 结果

治愈42例,致残11例,死亡4例,植物生存1例。

3 讨论和护理

3.1 术前护理

作为神经外科护士做到眼勤、手勤、腿勤,动作轻、准、快,在护理工作中,密切观察脑疝的前驱症状,将抢救工作做到脑疝发生之前。脑疝发生之前有以下症状和体征:①剧烈头痛:头痛呈进行性加重,且伴有恶心呕吐。②瞳孔变化:由于颅内病变压迫动眼神经使一侧瞳孔先缩小后散大,光反射先减弱后消失,若脑疝继续进展,颅内病变的对侧瞳孔也逐渐散大,光反射消失。③意识障碍:是脑疝重要体征之一。随着意识障碍进行性加重,通过与病人交谈和对疼痛的刺激,能判断意识情况。④肢体情况:外伤后应检查和记录肢体活动情况,如肢体肌力减弱,甚至瘫痪,说明病情加重,如出现去脑强直状态应立即通知医生。⑤生命体征的变化:脑疝发生时具有血压升高、脉博慢而洪亮(一般40~50次/min)、呼吸深慢的特点。如果出现上述症状在通知医生的同时采用脱水疗法,积极做好术前各项准备:剃头,普鲁卡因皮试,交叉配血,留置导尿,并向患者和家属说明手术治疗的必要性及配合要点。

3.2 术后护理

术后6 h前去枕平卧位。头偏向健侧或半侧卧位将床头抬高15~30°角,每2 h更换体位1次。保持呼吸道通畅,持续给氧3 L/min。意识清楚的病人应鼓励其咳嗽、咳痰、深呼吸。对神志不清的病人可行气管切开,定期导管吸痰,吸痰前后可适

[收稿日期] 2005-04-15 [修回日期] 2005-06-09