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

维普资讯 http://www.cqvip.com

当升高氧流量 8～10 L/min 约 2～3 min，吸痰要彻底，严格无菌操作。并保持气道湿化用 0.9%生理盐水 5～10 ml/h 微泵持续滴入气管内。遵医嘱预雾化吸入 1 次/6～8 h。预防肺内感染。术后 72 h 内，尤其是 24 h 内要随时观察生命体征、意识、瞳孔、肢体活动情况，一般 0.5～1 h 准确记录一次，以备分析病情处理时用。引流管勿高于头部，勿折曲脱落。密切观察引流液的量、颜色、性状。如果术后引流量多达 300 ml 时考虑为颅内二次出血的可能性大，应立即通知医生。同时保持头部敷料干洁，如有污染渗出，及时予更换，以防止颅内感染的发生。对于意识清楚的病人，24 h 后可饮水及进高蛋白、高热量、高维生素、的流质食物。对昏迷、意识不清的病人术后 24～72 h 不宜大量补液，以减少脑水肿的发生。输液时应限制在每日 1 500 ml左右，并且 24 h 内平均分配，缓慢滴入，同时间断输入新鲜血、血浆、或白蛋白增加营养保证热量。3 d 后鼻饲，开始以牛奶、米汤数日维持，适应后可改用混合奶，应现用现配，少量多餐，在其中间可另加温开水或经稀释后的果汁等。而后可逐步加入较稠的稀薄肉泥、蔬菜泥、苹果泥、并将食物打碎便于注射器抽吸且利于胃肠消化。通过合理的调养，提高病人对疾病的抗病能力，对细菌的抗战能力，促进疾病早日康复。

3.3 早期功能锻炼

术后 24 h 开始肢体功能锻炼，由被动到主动，幅度由小到大，频率由少到多，时间由短到长，由健侧到患侧，循序渐进。术后意识清楚，生命体征平稳，肌力有所恢复后，协助翻身、坐起、站立、行走，尽早进行推拿、按摩、针灸等对症治疗，促进患肢的血液循环及功能恢复。气管切开或伴有失语的患者，要经长与其交谈，教其发音、认字、读报，由简单到复杂，也可戴耳机通过听音乐、听故事等语言训练，促进语言功能的恢复。出院后指导病人及家属掌握服药、预防、康复等方面的知识及注意事项，并坚持功能锻炼，最大限度地恢复病语言、肢体功能，从而提高病人的生活质量。去骨瓣减压术的病人出院后 6 个月来院行颅骨修补术。

（编辑：左艳芳）

维生素 B1 肌注对 140 例脚气病的诊治体会

王景春[1]，张献国[1]，李本海[1]，赵向京[2]　（鞍山市东鞍山医院：1. 门诊部；2. 电诊科，辽宁 鞍山 114041）

[关键词] 维生素 B1；脚气病；诊断
[中图分类号] R591.421；R756　[文献标识码] B　[文章编号] 1672－5042(2005)04－0287－01

脚气病的早期临床表现很难鉴别诊断及治疗[1]。本文对 140 例病人用维生素 B1 100 mg 肌注进行临床观察，确诊脚气病 119 例并全部治愈。其诊断方法和治疗可供临床参考。现报告如下。

1 资料与方法

随机选择门诊不明原因的乏力、头痛、头胀、肌肉酸痛、腹泻、便秘、浮肿、心电图 ST－T 改变的病人 140 例。其中男性 76 例，女性 64 例；年龄 39～82 岁，平均年龄 52 岁。各种检查未发现阳性体征，长期对症治疗无效。应用维生素 B1 100 mg 肌注，每日一次，连续用 3 d 症状消失为有效并确诊；改善不明显为无效。确诊病例继续肌注或口服维生素 B1，连续用 30 d。临床症状，每日记录一次。血压每日测一次，心电图就诊当天及 3 d 后各查一次。确诊标准：应用维生素 B1 100 mg 肌注，用药后 3 d 临床症状消失。

2 结果

140 例中 119 例脚气病症状消失，治疗有效并确诊；119 例确诊病例全部痊愈，有效率 100%。

3 讨论

脚气病的实验室诊断要求高，一般医院不能开展，给诊断带来困难，使病人不能及时摆脱病痛之苦。作者采用维生素 B1 100 mg，肌肉注射来确诊脚气病以解决诊断困难。脚气病用维生素 B1 注射液静脉滴注或肌肉注射每日 50～100 mg，1～2 d 症状消失[2]，脚气病是可治愈之病，确诊后 100%治愈。本组病例中突出的症状是乏力，头胀，尤其枕后胀痛。一般情况用药后 1 d 症状减轻，效果最快的用药后 3 h 症状减轻，心电图中左胸导联 T 波低平者用药 3 d 后可见明显增高，正常心电图用药后无变化。血压变化主要表现为病人舒张压低，用药 3 d 后恢复到 70 mmHg 以上，浮肿病人用药后症状明显减轻，消退一般一周左右。有作者提出查不到原因的乏力、头痛、头胀、肌肉酸痛、腹泻、便秘、浮肿等症状改变给与一定量的维生素 B1 治疗，连续 1～2 周症状痊愈可肯定为维生素 B1 缺乏[3]。对 140 例中 21 例非诊断病例部分追踪观察，有甲亢，低钾，颈椎病等，极个别病人未确诊经对症、继续用药后症状消失，这些病人是否为漏诊病人由于没有系统观察无法定论。本文采用的诊断方法存在不足，有待提高改进，但对目前未开展维生素 B1 缺乏检验的基层医院的诊断有一定的应用价值。

[收稿日期] 2005－04－15　[修回日期] 2005－05－15

[参考文献]

[1] 孙路路，张石革．维生素 B1（硫胺）缺乏症（脚气病）与补充维生素 B1[J]．中国药房，2003，14(6)：383.
[2] 简林凡．维生素 B1 缺乏与防治[J]．井冈山医专学报，2004，11(3)：68－69.
[3] 邹典定．现代儿科诊断学[M]．北京：人民卫生出版社，2002. 319.

（编辑：左艳芳）