维普资讯 http://www.cqvip.com

轻、中、重三种类型。轻型是指单纯的会阴或肛门直肠末端粘膜损伤；中型则是肛管以上的直肠损伤，但不伴有周围脏器的损伤；重型为直肠高位（腹膜返折以上）损伤，常伴有直肠肠壁的缺损和周围脏器的损伤。在治疗中，我们对轻、中型采用一期缝合修补术，同时将断裂的肛门括约肌缝合。对重型采用先做结肠造瘘，让粪便转流，同时在直肠裂伤缝合处放置骶前引流管，待肛门直肠损伤愈合后再做闭瘘术，结果疗效很好。无论对哪一种类型的损伤，手术后都必须做好抗炎、营养支持和围手术期护理，以提高治愈率。

3.3 会阴与肛门直肠损伤术后并发症的治疗

会阴与肛门直肠损伤术后最常见的并发症是肛门狭窄和大便失禁。本组有6例老年病人在术后1～2周内并发心肺功能不全，其中4例曾做气管切开，并于ICU监护；4例切口裂开；8例发生肛门瘢痕性狭窄，导致排便困难；1例因肛门括约肌缝合失败而发生大便失禁，这些并发症给病人生活和工作带来很大痛苦。在以后的随访中我们对发生肛门狭窄者采用"V"切开肛门成形术和术后反复扩肛治疗，对因肛门括约肌缝合失败而发生大便失禁患者又进行二次手术缝合，均取得良好疗效。同时，医护人员耐心指导肛门直肠损伤病人的术后扩肛和坚持做好排便功能的训练，对预防肛门瘢痕性狭窄十分重要，因此提倡加强术后随访，不断提高病人的生活和工作质量。

（编辑：黄春霞）

重型颅脑损伤的抢救及护理

王 波[1]，刘占芬[2]
（1.富锦市中心医院，黑龙江 富锦 156001；2.佳木斯大学附属第一医院，黑龙江 佳木斯 154002）

[关键词] 颅脑损伤；护理
[中图分类号]R651.1 [文献标识码]B [文章编号]1672－5042(2004)02－0137－02

重型颅脑损伤以及合并其它部位的复合伤，其病情严重、来势凶猛，在临床上有突变、易变、多变的特点，死亡率较高。特别是重型颅脑损伤的死亡病人中约70%死于伤后8 h内，如何做好重型颅脑损伤病人的急诊救护，是提高治愈率，降低死亡率的关键。本文作者根据多年临床实践经验，总结如下。

1 做好接诊工作

1.1 询问受伤经过及病情

详细了解受伤情况和时间，头部着力部位及形式、询问伤后神志是否清醒，有无中间清醒期，呕吐、肢体活动障碍等，对判断脑挫裂伤、颅内血肿有重要意义。对于头部复合伤的患者、不仅要看面部皮肤裂伤，牙齿脱落，眼外伤，满脸血污等表面现象，而且要想到合并颅脑损伤的可能。首先要分清是以颅脑损伤为主，还是以颌面部损伤为主，伤后有无意识障碍，若患者有意识障碍或呕吐时，则立即通知医生处置。对醉酒后颅脑损伤的患者要特别重视，因为醉酒者与颅脑损伤患者均可出现烦躁不安、呕吐而不易鉴别。所以，护士要密切注意意识和瞳孔的变化，为医生鉴别诊断提供依据，使患者得到及时有效的救护。

1.2 检查有无合并伤

由于重型颅脑损伤患者常因昏迷而不能提供主诉，其痛苦表情可因意识障碍而掩饰。呼吸困难症状与脑干伤、脑疝等表现相混淆。在颅内血肿形成过程中，因颅内积血、水肿、颅内压增高，可使合并有内脏出血的患者血压相对稳定，故易导致颅脑外伤合并的胸腹创伤被漏诊或误诊。

[收稿日期]2004－01－08 [修回日期]2004－03－09

2 做好急救护理、密切观察病情变化

2.1 迅速建立静脉通路，保证及时有效地供给药物

按医嘱给予20%甘露醇250 ml静脉快速滴入（30 min内滴完），以降低颅内压力，减轻脑组织损害，预防脑疝发生。

2.2 保持呼吸道通畅

立即给予吸氧3～5 L/min。让呕吐者头偏向一侧，必要时用吸引器吸出呕吐物，防止误入气管，发生窒息或并发吸入性肺炎，呼吸道有分泌物者及时吸出，但耳鼻有出血或脑脊液鼻漏时、应禁止在鼻腔吸引，以免加重颅底损伤而引起大量脑脊液外渗和出血。脑脊液耳漏者不宜填塞，以免增加颅内压升高和颅内感染的可能。呼吸不规则或有停止者，立即行气管内插管，并行呼吸机辅助呼吸。静脉推注呼吸兴奋剂。

2.3 开放性颅脑损伤的护理

尽量使伤员头部保持不动，有活动性出血点时立即钳夹止血，尔后行伤口包扎。创面或伤道内异物，不可冒然取除，也不可轻易地撼动或拔出嵌入颅脑内的致伤物，以免造成进一步的血管和脑组织损伤，躁动者除进行必要的镇静外，特别注意防止四肢和头部活动，以避免存留在头部的致伤物移位或脱落，加重脑损伤。对于头皮损伤广泛出血经包扎等处理不能制止者，可采取暂时性压迫颞浅动脉、枕动脉等头皮血供主干，有利于减少出血。

2.4 注意生命征观察及瞳孔变化

严密观察血压、脉搏的变化，发现异常及时通知医生。如脉快而细弱、呼吸不规则、血压下降，同时合并其他部位的损伤，应怀疑休克的可能，应尽快建立两条静脉通路，一条给予升

维普资讯 http://www.cqvip.com

压药，一条快速补充血容量，维持有效循环，并做好输血准备，必要时输给全血，使血压迅速回升，纠正休克。意识状态是脑损伤的程度和反映病情发展状况的重要标志。因此，护士必须严密观察病人意识的变化。昏迷是意识障碍最严重的表现，昏迷加深常提示颅内病变的加重；昏迷稳定且意识逐渐恢复，常为病情好转的表现。病人的意识状态往往会经历烦躁不安、嗜睡、朦胧状态、浅昏迷、深昏迷五个阶段的演变，可预示病情的变化。如果不仔细观察意识状态，做出正确分析判断，常会延误病情，造成不良后果。

（编辑：黄春霞）

直肠造瘘术后两种不同灌肠方法的效果分析

袁 虹

（重庆医科大学附属第一医院妇科，重庆 400016）

［关键词］直肠造瘘术；灌肠法

［中图分类号］R452 ［文献标识码］B ［文章编号］1672－5042(2004)02－0138－01

在日常护理工作中，经常要为直肠造瘘术后患者灌肠。由于造瘘口无括约肌，采用常规的肛管灌肠法，液体会从造瘘口溢出或喷溅，有时还会从原肛门处溢出，从而使灌入肠内的灌肠液量减少而影响灌肠效果，并给护理工作带来很大的难度和不便。我科通过对20例卵巢癌直肠转移行直肠造瘘术后肠梗阻的患者采用新方法灌肠后，其效果明显优于常规的灌肠方法，现介绍如下。

1 资料与方法

1.1 分组

将20例患者随机分为实验组10例、对照组10例。

1.2 实验组

备好直径为7 mm的硅胶尿管及塑料肛管各一根，纱布两张，一次性指套一只。协助患者取平卧位或侧卧位，原则是造瘘口方向朝上，下肢稍屈曲，腹部放松，嘱患者采用胸式呼吸以降低腹压。将尿管接上灌肠连接管，润滑后轻插入造瘘口10～15 cm，同时，辅助者将肛管端裹上纱布8～10层，外套指套，润滑后插入原肛门以避免液体外溢（纱布厚薄以能插入肛门为准）。将灌肠容器降至30～40 cm高度，打开液体开关使灌肠液缓慢流入。因为造瘘口无括约肌，患者无法控制液体的反流，因此，待液体全部灌完后关闭开关，尿管保留在体内，并用纱布堵住造瘘口，嘱患者适当调整体位，以延长液体在体内的滞留时间，更好地达到润肠稀释的目的。患者感觉到液体回流时，取侧卧位，用便盆接于造瘘口下方，避免污染患者身体，同时用纱布遮住造瘘口以免液体外溅，灌入的液体一般不会一次排完，待第一次排完后，拔出尿管，用纱布堵住造瘘口，嘱患者适当调整体位并采用腹式呼吸或收腹，以增加腹压，有助于液体及粪质的排出。

1.3 对照组

备肛管一根，肛管材质同实验组，采用常规的从造瘘口用肛管灌肠法，操作中灌肠容器的高度、液体流速控制同实验组，原肛门不予堵塞。

1.4 效果观察标准

显效：灌肠一次成功；有效：灌肠两次成功；无效：灌肠三次以上成功或不成功。

2 结果

实验组中显效9例，有效1例，没有无效病例，对照组中显效1例，有效2例，无效7例（见表1）。

表1 肛管灌肠与肛管配合尿管灌肠效果比较

	显效	有效	无效	合计
实验组	9	1	0	10
对照组	1	2	7	10

3 讨论

直肠造瘘术后造瘘口无括约肌，单用肛管灌肠时，由于肛管较硬，插入深度不够，灌入液量不多，且易从原肛门及造瘘口溢出或喷溅，使有效灌肠液量减少，灌肠的成功率较低，需要多次灌肠才能解除肠梗阻，从而增加了患者的痛苦和护理人员的工作量。采用肛管配合尿管灌肠的方法，尿管质软而纤细，容易插入，用肛管堵塞原肛门又可防止液体溢出，避免了有效灌入液量的减少，克服了对造瘘术后患者单纯肛管灌肠的诸多缺点，使灌肠效果得到显著提高。

（编辑：雷 艳）

［收稿日期］2004－01－19 ［修回日期］2004－02－22