维普资讯 http://www.cqvip.com

49例胸心外伤护理体会

熊素坤，张 侠 （鞍山钢铁集团公司立山医院胸外科，辽宁 鞍山 114032）

[关键词] 胸外科；外伤；护理
[中图分类号] R655；S857.18 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)01－0063－01

严重胸外伤常伴有休克，呼吸循环功能不全，合并伤多，病情危重，需及时处理。现将我院2000年3月至2004年5月接诊的49例严重胸心外伤患者进行回顾性分析，将护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组49例，男40例，女9例，年龄最小14岁，最大72岁。伤后距住院时间30 min至4 h。

1.2 病因及分类

致伤原因：冶金工业外伤22例；交通伤15例；刀刺伤10例；爆炸伤2例。胸心外伤分类：心脏刺伤4例，创伤性心肌梗塞4例，肋骨骨折并血气胸34例，肺爆破伤2例，创伤性膈疝5例。本组有16例同时并有颅脑、肝、脾、肾损伤及骨折等。

1.3 治疗方法

32例经手术治疗，采用的术式有心脏裂伤、肺裂伤修补术、隔疝复位修补术、胸腔闭式引流术；17例采用非手术治疗。

2 结果

8例手术后并发心肺功能不全、切口裂开等（并发症占16.1%），无死亡。

[收稿日期] 2004－10－15 [修回日期] 2004－11－29

3 讨论

严重的胸心外伤给病人的心理和身体造成很大的痛苦，个别病人表现烦躁，不能配合诊断和治疗，护理时应根据病人的病情、职业、年龄以及经济状况进行心理分析，针对他们的不同特点给予爱抚、温馨、不厌其烦地说服、解释，尽快消除心理负担，鼓起生活的勇气，增强战胜创伤的信心，早日获得治愈。胸心外伤后病人表现最严重症状是呼吸困难。大部分病人是因气道受阻和剧烈的胸痛限制了呼吸运动引起，少部分是由于急性心功不全和肺功不全所致，如若未能及时改善病人的呼吸状况，极易因气体交换障碍而导致病人出现严重缺氧而并发脑水肿，甚至危及生命。护士要积极配合医生抢救，清除口腔内分泌物，保持气道通畅，采用面罩加大供氧，对呼吸困难严重者还可用呼吸机来辅助呼吸或紧急做气管切开护理。在血压正常情况下可让病人半坐位，推车护送病人。严重的胸心外伤最易并发心肺功能不全，对此心电监测尤为重要。心电监测能充分显示病人血压、脉搏、血氧饱和度的变化。护理时要注意各个导联、联线、指套的正确摆放与联接。本组有4例心脏钝挫伤并发心肌梗塞就是通过心电监测发现。

严重的胸心外伤（如血气胸）和开胸手术后都需放置胸腔闭式引流，通过引流管排除创伤侧胸腔内的积液与积气，使肺充分膨胀，保证气体交换和血氧浓度的提高。在护理过程中要做好闭式引流管的固定与引流瓶的密闭性，观察负压瓶内引流管的水波动和引流液的颜色变化，认真做好记录，如发现引流血液过多，病人血压下降时要及时向医生报告。

（编辑：左艳芳）

无痛人工流产术的手术配合

吴 英 （第三军医大学附属西南医院手术麻醉科，重庆 400038）

[关键词] 人工流产；无痛人流
[中图分类号] R719.9 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)01－0063－02

人工流产是避孕失败的补救办法，以往的人工流产手术几乎都是在无麻醉下进行，给患者带来了不同程度的痛苦和恐惧，且易致人工流产综合征。采用无痛人流术可有效地缓解疼痛及避免人流综合征的发生，能解除早孕妇女人工流产时的痛苦，并且减低手术操作难度。我院自1998年12月至2003年12月采用异丙酚静脉麻醉行无痛人流手术10 800例取得了较好效果。现报道如下。

[收稿日期] 2004－09－25 [修回日期] 2004－10－19

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

本组孕40～80 d的健康孕妇10 800例。经妇科检查、尿妊娠试验、血HCG检测或者B超检查确诊为宫内妊娠，自愿要求无痛人工流产者，无心、肺、肾疾病及手术禁忌。

1.2 方法

术前禁食6 h、禁饮4 h。嘱孕妇排空膀胱，入室后即建立

维普资讯 http://www.cqvip.com

静脉通道。由于异丙酚系乳剂，对血管壁有一定的刺激性，宜选择上肢较粗的静脉并且确定穿刺成功后再行推注，病人诉疼痛较重者，用左手拇指沿静脉走向轻轻按摩，也可在给药前先给予1%利多卡因1 ml推注，如发生针头脱出于血管外时应及时拔出，重新选择静脉进行注射。心电监护仪监测术前血压、脉搏、心率、呼吸及血氧饱和度。监测以上各项指标均正常后即取膀胱截石位，头偏向一侧。

2 麻醉配合

先给予芬太尼0.05 mg缓慢静注加强镇痛效果，然后异丙酚2 mg/kg静推，30 s左右病人睫毛反射消失，眼球凝视状（理想的麻醉状态），即可开始手术。手术过程中再以0.5 mg/kg缓慢静推维持至手术结束。若术中患者出现体动反应时，应追加首次剂量的1/4。少数病人有呼吸抑制及心率减慢现象，应协助麻醉师观察心率、呼吸、血氧饱和度变化，若出现心率减慢，可给予阿托品0.5 g静推，抬高下颌，保持呼吸道通畅，并用呼吸囊加压给氧。

3 手术配合

0.5%碘伏消毒外阴，铺巾，达到理想麻醉状态后，消毒阴道、宫颈，宫颈钳夹宫颈，子宫探针测量宫腔深度，4～6号宫颈扩张器依次通过宫颈口，直至6号吸引头能顺利通过，开始行负压吸引。吸引完毕，妇科刮匙轻刮不易吸引的部位，再次消毒宫颈及阴道，手术时因术中病人处于睡眠状态，对疼痛刺激反应不明显，而且全身肌肉松弛，盆底肌肉包括子宫肌肉均有放松现象，故而操作一定要轻柔，避免子宫穿孔，负压吸引压力不可调至太高，一般在400～500 mmHg左右，器械进出宫腔的频率要减少，避免宫颈管损伤而粘连。观察出血量，一般人流手术者出血量约30～70 ml，若出血量多时遵医嘱给予缩宫素帮助子宫收缩止血。

4 术后护理

异丙酚具有镇痛效能强、速效、短效、无蓄积等优点。一般在术后1～3 min，呼之能醒，睁眼，并能正确回答问题。术闭在未完全清醒前，需在恢复室留观20～30 min，在此期间应由专人守护，观察呼吸、脉搏、血压情况，防坠床、防误吸、注意保暖，并观察病人意识恢复后的定向能力、语言反应能力及唤醒时间，注意病人的全身情况、是否有阴道出血等。病人一般情况恢复，起床后无头晕等症状，可在家属的陪同下回家，途中须注意安全。若出现心动过缓、血压下降、伴有或不伴有恶心呕吐、颜面苍白、头昏、胸闷、大汗淋漓等人流综合征的表现，立即使病人就地平卧、给氧、保暖，若无好转，遵医嘱予50%葡萄糖注射液缓慢静推，阿托品0.5 mg静推。

5 健康教育

待病人完全清醒后，详细交待服药的方法及人流术后注意事项。保持外阴清洁，加强营养和注意休息，术后三天避免过多的室外活动，一月内禁止盆浴及性生活，宣传节育知识，加强自我保护。对未婚和多次人流者更要讲明多次人流的危害性，降低人工流产率。术后如出现阴道大量流血、腹痛、发热等异常情况应及时回院就诊。

（编辑：左艳芳）

高血压脑出血术后继发脑梗塞11例分析

王智勇 （鞍山钢铁集团公司长甸医院外科，辽宁 鞍山 114007）

[关键词] 高血压；脑出血；脑梗塞；
[中图分类号] R544.1；R743.34 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)01－0064－02

高血压脑出血是常见病、多发病、病死率高。我院自2001至2003年共收治高血压脑出血手术病人72例，其中11例继发脑梗塞，现分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组男性5例，女性6例，年龄37～71岁，平均55.6岁。术前有高血压病史9例(81.82%)，其中病史在5年以上7例(77.78%)。11例均经头部CT证实有脑出血无脑梗塞，其中基底节区出血7例、丘脑出血2例、皮层下出血1例、小脑出血1例，破入脑室2例。血肿量10～80 ml，平均42.32±24.64 ml。患者入院神志清晰1例、嗜睡3例、昏睡2例，浅昏迷3例、深昏迷2例。GCS≥9分7例，GCS≤8分4例。2例病情危重于术后1周行CT检查，余9例均于术后2周后行头部CT检查。继发脑梗塞发生在对侧基底节区6例、同侧基底节区1例、同侧丘脑2例、同侧皮层1例，1例为同侧皮层脑梗塞与同侧基底节区脑梗塞同时并存。

1.2 治疗方法

本组手术采用骨窗血肿清除术6例、骨瓣血肿清除术3例（其中去除骨瓣2例、骨瓣复位1例）、后颅窝开颅血肿清除1例、脑室引流术1例。术后均用降血压药物使血压较术前逐级下降至18.67～16/12.67～12 kPa，每次下降10%左右；10例术后止血药应用3 d，1例因再出血而应用至术后10 d；10例术后应用Dextron-40 500 ml每日1次，1例因再出血而停用；术后脱水药应用20% Mannitol 125 ml静滴每6 h一次，7 d后改为每12 h一次，10 d后改为每日1次，2周后停用；9例术后应用Nimodipine 50 ml静滴，每日1次，持续2周，2例因头痛只应用2 d；术后每日腰穿1次至脑脊液清亮无血。

[收稿日期]2004－09－25 [修回日期] 2004－11－29