维普资讯 http://www.cqvip.com

制脊髓痛觉受体和抑制排尿反射有关，从而使膀胱逼尿肌收缩降低、减少膀胱痉挛性收缩及减轻切口痛。

吗啡可抑制延髓呼吸中枢神经的放电活动，对桥脑呼吸中枢亦有抑制作用、可引起每分钟通气量减轻，PCO_2 升高，重者可引起呼吸停止。吗啡对通气量的影响常在6h达到最高峰、第12小时下降至第1小时的水平、本组病人出现1人胸闷、轻度呼吸困难、时间亦在注药后6h左右出现，因此应提高对吗啡抑制呼吸的警惕性，加强对病人用药后12h内呼吸道的管理、特别是伴有肺部疾病的老年病人应考虑纳络酮针的应用。

吗啡最常见的副作用为恶心、呕吐，联合应用氟哌啶5mg后可明显降低其发生率、但仍有少数人出现恶心、呕吐；本组病人即有3例发生，占6.67%、加强呼吸道管理，及时清除呕吐物，注意对恶心、呕吐的治疗，防止病人误吸、保持呼吸道通畅，亦是我们护理的重点。

吗啡+氟哌啶在前列腺术后病人中有良好的抑制膀胱痉挛及镇痛作用、但同时也给护理工作提出了一些问题，如何预防副作用的发生，防止副作用的后果，我们认为最主要的是加强病房巡视，仔细观察病人、特别是做好术前、术后6～12h内的工作。

（收稿日期：2001-10-08）

严重颌面创伤合并急性颅脑损伤的观察及护理体会

张道春* 张晓东** 王晓慧*

口腔颌面部与颅脑相邻，在发生严重颌面部创伤时极易并发颅脑损伤。颅脑损伤的情况比较复杂、危重、且变化比较突然，在原发性损伤的基础上又可出现继发性损伤，严重者可危及生命、有时两种伤情并存，轻重不等，互相掩盖，给观察护理带来一定困难。若观察不仔细，护理不到位，将直接影响病人的愈合，因而正确、合理的急救护理，对提高救治成功率、预防并发症、降低残废率具有十分重要的意义。本文对18例严重颌面创伤合并急性颅脑损伤的观察及护理体会总结如下。

一、临床资料

本组病例共18例、其中男性16例，女性2例，平均年龄25岁。致伤原因交通事故伤11例，坠落伤2例，挤压伤4例，火器伤1例。伤后均未经处理直接来我院急诊科就诊，受伤至来急诊室就诊时间30min以内13例、1～2h 2例、2h以上3例。18例颌面创伤患者均合并不同程度的颅脑损伤，中重型颅脑损伤14例、其中12例急诊处理后经手术治疗治愈，2例因就诊时间较晚经抢救无效死亡、轻型颅脑损伤4例经保守治疗治愈。

二、临床观察

1.伤情判断：接诊护士首先要对伤情作出充分的估计，观察受伤局部病理改变、受伤时间以及致伤的原因等，做一个初步的判断，明确处理重点并及时与有关专科医生取得联系。

2.生命指征的观察：测量血压、脉搏、呼吸、观察意识状态、检查瞳孔的变化，每15min测量一次，并做好详细记录，条件许可情况下使用多功能生命监护仪进行动态监测伤情，及时测出血压、心率、呼吸及血氧情况。对意识状态的观察可通过对病人的呼唤、拍打、压眶上神经，观察病人有无面部表情和肢体活动。通过对病人的询问，观察病人的应答能力来判断意识障碍的轻重程度，轻度意识障碍的病人呼唤时有反应、并能简短正确的交谈或执行一些命令、重度意识障碍的病人呼唤全无反应，强烈的疼痛刺激偶见简单的防御性肢体运动，但始终不能觉醒。本组4例病人受伤后处于嗜睡状态、表现不够觉醒、倦睡或似睡非睡，眼球活动与瞬目减少，思维不像正常那样快速与清晰，因嗜睡是严重意识障碍的早期表现、经过护士仔细观察和分析病人的行为和语言，使其中1例轻度的意识障碍的病人病情加重时得到及时的发现和处理。合并颅脑损伤后意识障碍在短时间内就可恢复、表示伤情不重，预后良好，本组病例有3例头面部及颈部受伤、原发性昏迷3min，清醒后逆行遗忘、头痛、头晕、恶心，经抗炎对症治疗后痊愈；若受伤当时清醒逐渐变为模糊，提示有进行性颅内压增高，脑受压和脑组织缺氧，本组病例有5例颌面部多处损伤的病人、伤后意识丧失约1h后转意识朦胧，创口流血、伴呕吐，经首次CT扫描无颅内血肿，给予清创缝合，对症处置，但伤后4h病人出现神志不清，躁动，左上下肢瘫，经CT再次扫描复查诊断为迟发性颅内血肿，及时采取手术挽救了生命。瞳孔的变化是脑损伤病人病情变化的重要指征，是决定手术的一个最有价值的体征，颅脑损伤的病人突然一侧瞳孔散大，对光反应迟钝或消失，说明已有一侧小脑幕切迹疝的形成，如脑疝继续发展致使双侧瞳孔散大和对光反射消失，这是病情极为严重的一种表现，伴随而来的、常有呼吸及心跳的骤停，故应及早发现，以利早期处理和急救。瞳孔的变化要结合意识状态来判断、本组有1例伤后单侧瞳孔散大，同侧上睑下垂，眼球外斜、眼眶周围有伤痕，但患者意识清醒，这是动眼神经损伤的体征。若伤后意识有昏迷、清醒再昏迷的过程，并出现进行性单侧瞳孔散大伴对光反射迟钝或消失是颅内血肿的有力体征，应立即作开颅准备。

3.呼吸道阻塞的观察：颌面部创伤及颅脑损伤均能引起呼

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学附属口腔医院
** 佳木斯大学临床医学院

维普资讯 http://www.cqvip.com

吸道阻塞，发生窒息。颌面部创伤后异物、血凝块、移位的组织碎片等堵塞咽喉部造成阻塞性窒息；急性颅脑损伤后意识障碍，病人失去主动清除呼吸道分泌物的能力，使呕吐物、血液吸入气管造成吸入性窒息。病人表现为烦躁不安，发绀、发汗、鼻翼煽动，吸气长于呼气或出现喉鸣音，吸气时锁骨上凹、胸骨下角、肋间隙及上腹部内陷等。本组病例有6例因呼吸道阻塞造成窒息，其中2例因上颌骨骨折碎片阻塞造成窒息，3例因血凝块阻塞呼吸道引起窒息，1例因意识丧失，呕吐物吸入气管造成窒息。6例病人经护士立即采取对症处理，及时清理呼吸道，吸出异物后，窒息解除。

4.出血的观察：病人就诊后，护士可根据伤情了解和检查出血情况，判断出血性质是动脉出血、静脉出血还是毛细血管出血，并估计出血量的多少。失血量达30%以上者将导致严重休克，表现为皮肤苍白，手足发凉，毛细血管充盈时间长，四肢浅表静脉变细，呼吸浅速，脉搏快弱，脉率每分钟超过100次，血压低于8KPa等症状，应紧急抗休克治疗。本组病例有8例出现失血性休克，经过快速输液、输血1h后均得以恢复，为下一步治疗赢得时机。

三、护理措施

1.保持呼吸道的通畅：呼吸道阻塞可以造成早期死亡，因此急救的第一步是维持呼吸道通畅。急救措施是将病人仰卧，头偏向健侧，迅速用手指或吸引器清理口腔咽喉部的异物，如有舌后坠应托双侧下颌角使下颌向前上，头后仰或在距舌尖约2cm处用粗丝线或别针穿过组织全层将舌拉出口外，放置口咽通气管，必要时气管插管或气管切开，以解除窒息。本组病例发生窒息的6例患者有4例经护士采取放置口咽通气导管，用吸引器及时吸出口腔咽喉部的异物，使呼吸道阻塞得以改善，有2例患者因昏迷引起吸入性窒息，经气管切开后通过气管导管充分将异物吸出解除窒息。

2 迅速建立静脉通路，维持有效循环：选择较粗的血管，采用16～18号静脉留置针静脉穿刺，迅速建立2～3条静脉通道，以补充血容量，先输入生理盐水，然后输入胶体溶液及全血，最好输入新鲜血液，血源困难时则用白蛋白、706代血浆或中分子右旋糖酐代替，输血、输液开始速度宜快，待血压回升后再根据中心静脉压和尿量调节输液速度。颌面部创伤与颅脑外伤同时存在时，一方面急需快速补液，补充血容量，另一方面又急于脱水降颅压，解决这一矛盾的原则是：(1)当以失血性休克为主时应先抗休克治疗，暂不用脱水剂，待出血得到控制后再根据情况使用脱水剂。(2)当失血性休克不严重而颅脑损伤明显时，抗休克应尽量使用胶体液，这样既可有效扩充血容量，又不致加重脑水肿，再酌情使用脱水剂。

3.出血的处理：常用的止血方法有结扎止血法、药物止血法、压迫止血法。结扎止血法最常用且较可靠，如口腔颌面部出血严重局部又不能妥善止血时，可结扎颈外动脉。对于组织渗血、小静脉和小动脉出血可在出血部位应用止血药物，然后外加干纱布加压包扎，注意包扎的压力要适当，不可使骨折移位或影响呼吸。

4.及时做好术前准备：对有手术指征的病人，在观察期间尽快完善术前准备，给予备皮、留置导尿、做交叉配血及过敏试验等以协助医生准备手术清创。

严重颌面部创伤合并急性颅脑损伤，伤情复杂，变化快，这要求急救护士在平时的工作中应认真学习相关的急救知识，在实践中不断积累经验，掌握全面的创伤救治技术，在急救处理时要整体观察，分清轻重缓急，使患者在短时间内得到快速、准确、有效地急救护理。

(收稿日期：2001-12-06)

原发心脏恶性肿瘤围手术期护理

刘 阳* 王月秋* 马凤贤**

心脏原发肿瘤少见，多发生在心腔内，其次在心包，心肌上最少，心脏肿瘤以良性多见，原发心脏恶性肿瘤少见。心腔内肿瘤常较早引起血流动力学改变和栓塞症状，易被发现。心肌上的原发肿瘤无论其良、恶性，早期病灶小无症状易漏诊。随着肿瘤的逐渐发展，心肌破坏加重，且病情变化复杂，易误诊。2000年1月至2000年3月，我科收治了2例原发心脏恶性肿瘤，右心房血管肉瘤和心肌淋巴肉瘤各1例，现将临床护理体会介绍如下。

一、临床资料

1.一般情况：本组女1例，男1例，年龄分别为20岁和62岁，均有胸闷、气短、颈静脉怒张、心界扩大、心音遥远。1例有肝大、腹水、下肢浮肿胸腔积液。2例均经磁共振检查诊断为心脏肿瘤，恶性可能性大。

2.治疗与转归：2例均行手术治疗，1例术中见心包增厚，其内大量一血性液体，分离心包时右心房破裂，坏死组织流出，上腔静脉根部右方有直径1.5cm赘生物，红色与心包和肺粘连

* 作者单位：150001 黑龙江省哈尔滨医科大学附属一院心外科

** 哈尔滨医科大学附属一院普外科