

术中有效血容量的丢失,剖胸手术的创伤,补液、血管扩张药物的使用,对心功能产生较大影响,同时,患者常因伴有心肌挫伤,使心肌收缩无力,易发生心律失常,低血压,甚至发生低心排综合征^[7]。持续动态心电监护至关重要^[8],尤其是术后 48~72 h 护理人员发现心律失常,应通知医师处理;对出现突发致死性心律失常,护士需首先进行抢救并报告。本组有 1 例术后 36 h,突然出现频发室性早搏,进而室速,监护护士立即给予 0.1% 盐酸利多卡因 100 mg 静推,200 焦耳电除颤急救措施,同时迅速报告值班医师进行抢救,经 1 h 后心律恢复正常。

3.2.3 心包及胸腔闭式引流管的护理 患者术后妥善固定心包及胸腔闭式引流管,用 A 型手术巾缠住连接处,防止松开,漏气。要保持引流液通畅,每 30 min 挤压管道 1 次,出血多者每 15 min 挤压 1 次,以免管口被血凝块堵塞。全麻术后清醒患者,血压平稳可抬高床头 15°~30°,以利呼吸及引流。严密观察引流液的性质、量及速度,术后 2~3 小时引流量 > 200 ml/h,且颜色鲜红,应通知医师处理。

3.2.4 加强呼吸道的护理 做好呼吸道护理是防止肺部并发症的关键。由于本组有 12 例患者术后应用呼吸机辅助呼吸,在气管插管机械通气期间,注意观察患者呼吸功能情况,监测血气分析,及时调节呼吸机参数。保持呼吸道通畅,定时翻身叩背,及时吸痰。本组患者使用呼吸机时间为 4~12 h,脱机后高浓度面罩吸氧,逐步过渡到鼻塞吸氧。由于外伤切口疼痛,患者不敢进行深呼吸,术后常出现呼吸急促,应指

导患者正确呼吸方法,并给予雾化吸入每天 3 次,每次持续 20 min,有助于稀释痰液,鼓励其雾化后叩背,深呼吸后用力咳嗽和咳痰,促进肺膨胀,防止肺不张。本组通过以上护理措施均未出现肺部并发症。

3.2.5 心理护理 由于心脏破裂伤发生突然,来势凶猛,对突然的致伤打击患者无思想准备且缺乏相关医学知识,表现为紧张、恐惧、压抑,并且求生欲望特别强烈,我们根据患者不同的心理特点,有针对性给予心理疏导,与患者建立良好的护患关系。

【参考文献】

- [1] 吴阶平,裘法祖.黄家驷外科学[M].北京:人民卫生出版社,1999:1429.
- [2] Wall MJ, Mattox KL, Wolf DA. The cardiac pendulum: blunt rupture of the pericardium with strangulation of the heart[J]. Source J Trau Injury Infection Crit Care, 2005, 59(1): 136-142.
- [3] Demetriads D. Cardiac wounds[J]. Ann Thoracic Surg, 1998, 203(1): 315-317.
- [4] 顾芸,陆兴华,周云婷.心脏穿透伤 21 例的围手术期护理[J].临床和实验医学杂志,2007,2(6): 176.
- [5] 魏红云,李光星.1 例心脏穿透伤急诊室剖胸患者的急救护理[J].南方护理学报,2002,9(6): 71.
- [6] 饶旭光,杨伟,段明科,等.心脏外伤的抢救体会[J].中国急救医学,2004,3(2): 216.
- [7] 林尚清.心脏大血管损伤[J].中华创伤杂志,1995,11(5): 271.
- [8] 宋淑敏,曲玉珍.穿透性心脏损伤 21 例急救与护理[J].齐鲁护理杂志,2008,14(6): 98.

(收稿日期:2009-06-08;修回日期:2009-07-30)

(本文编辑:黄攸生)

神经外科昏迷患者常见并发症的护理

黄春娟,程佩杉

【关键词】昏迷;神经外科;并发症;护理

中图分类号: R256.24 文献标志码: B 文章编号: 1672-271X(2010)01-0073-02

在神经外科患者中,昏迷患者占相当的比例,此类患者由于自身防御能力降低,生活均不能自理,很容易发生各种并发症,影响原发病的治疗,加重患者及家属的负担,甚至造成死亡。因此在临床工作中,护理人员一定要加强病情观察,积极预防各种并发

症,下面主要阐述昏迷患者主要并发症的护理要点。

1 吸入性肺炎的护理

昏迷患者咳嗽咳痰反射减弱或消失,痰液、分泌物或呕吐物误吸入气管而引起,严重者甚至造成窒息,因此必须采取措施保持呼吸道通畅。昏迷患者在病情许可的情况下,可以将床头抬高 15°~30°,取侧卧位或平卧位头偏向一侧,及时吸痰。痰液粘稠不易吸引者,根据情况给予雾化吸入,雾化液一般为

作者简介:黄春娟(1983-),女,江苏南通人,本科,从事神经外科护理工作

作者单位:210002 江苏南京,南京军区南京总医院神经外科

庆大霉素 4 万 U + 糜蛋白酶 5 mg + 沐舒坦 15 mg + 灭菌注射用水 10 ml。气管切开或者气管插管的患者,床边还可备气管内湿化液进行滴注,或者利用输液泵匀速推注入气管,气管套管口可覆盖湿纱布,防止空气干燥刺激呼吸道黏膜或异物坠入引起误吸。同时要注意有义齿者取出义齿,有营养液鼻饲患者要控制营养液的速度,避免滴得过快导致呕吐或反流而引起误吸^[1-2]。

2 泌尿系统感染的护理

由于昏迷患者长期留置尿管,尿失禁、尿潴留所致。护士应注意观察尿管情况,防止尿管扭曲、脱落及尿道口漏尿;观察尿液的颜色、透明度以及尿量,及时发现尿量变化及尿液有无浑浊、絮状物;定期留取尿标本送检常规及尿培养。保持尿道口清洁,每日 2 次会阴护理,每周 2 次膀胱冲洗。长期留置尿管者,每半个月更换 1 次尿管^[3]。

3 压疮的护理

昏迷患者长期卧床,处于被动体位,局部皮肤长期受压,血运不佳,各种物理刺激等原因容易引起压疮。因此昏迷患者要定时翻身叩背,更换体位,防止某一局部长期受压,在骨突隆起处及易受压处给予海绵圈或海绵垫垫上,对背部及臀部给予按摩,促进血液循环;保持皮肤的清洁干燥,及时擦干汗水,以免皮肤受刺激,保持床单位的清洁、干燥、平整,被服污染要及时更换;搬动患者时不能拖拉,以免擦伤皮肤;病情许可情况下给予高蛋白、高维生素膳食,增强机体抵抗力。

4 肢体肌肉萎缩和关节畸形的护理

昏迷患者长期卧床,意识丧失,自主运动丧失,导致肢体肌肉萎缩,四肢强直,关节变形。要按时更换体位,保持肢体的功能位置并协助患者进行功能锻炼,并教会家属做功能锻炼;经常给予按摩,促进血液循环和新陈代谢。有条件者可以让患者家属买“丁字鞋”,每天上、下午各给患者穿 2 小时,以保持患肢的功能位。

5 腹泻、便秘的护理

昏迷患者长期卧床,肠蠕动减少以及对于肠内外营养的不适应,容易引起腹泻及便秘。对于腹泻患者要注意肛周皮肤的护理,做到及时清理被污染的被服,用温水擦洗肛周皮肤,保持局部皮肤的清洁干燥,若出现皮肤发红,及时给予抗菌素油膏、百多邦、麻油等涂抹,同时要及时汇报医生,遵医嘱给予

止泻药,如黄连素等;对于便秘患者,可给予腹部按摩,3 天未解大便者给予开塞露或其他缓泻剂,必要时给予灌肠。

6 口腔溃疡、疱疹的护理

昏迷患者吞咽功能减弱或消失,口鼻腔分泌物积于口腔,使病原微生物生长繁殖;患者张口呼吸,病房空气干燥;自身防御能力减弱,这些都容易引起口腔溃疡、疱疹的发生。护理上要做到每日至少 2 次的口腔护理,保持口腔的清洁,做完口腔护理后可给予石蜡油或唇膏涂抹;张口呼吸患者可给予湿纱布覆盖口腔;已发生疱疹的患者可遵医嘱给予药物涂抹,如阿昔洛韦。

7 角膜炎的护理

昏迷患者眼睑不能完全闭合者,眼球长期暴露于空气中,容易发生角膜炎。应每日清洁眼睛,遵医嘱给予药物涂抹,如金霉素眼膏、氯霉素滴眼液等,严重者给予凡士林纱布覆盖双眼或给予眼睑缝合术。

8 营养不良的护理

昏迷患者不能经口饮食,吸收功能障碍等原因易引起营养不良。可根据具体病情选择合适的肠内、外营养液,亦可让家属准备一些有营养、易消化、易吸收的流质饮食,喂食前后均要给予温开水冲洗,并用无菌纱布将接口处包好;并可根据患者的病情,遵医嘱静脉输入营养药物,补充其所需的营养物质^[4-5]。

总之,责任护士要全面评估患者,严密观察病情,根据患者的实际情况,有计划有目的地进行护理干预,预防和减少各种并发症的发生,减轻患者的负担。同时应做好家属的健康教育,使家属接受并学会一些基本的预防措施,减少并发症的发生^[6]。

【参考文献】

- [1] 高海华,聂勤哲. 护理干预对脑外伤昏迷患者并发症发生率的影响[J]. 医学理论与实践, 2008, 21(9): 1089-1091.
- [2] 刘翠红. 脑外伤昏迷患者的护理体会[J]. 现代中西医结合杂志, 2008, 17(22): 3530.
- [3] 谢文忠. 95 例重型颅脑外伤护理体会[J]. 中国医药导刊, 2008, 10(4): 549-550.
- [4] 朱凌云,黄 慧,汤丽萍. 重型颅脑损伤昏迷行早期肠内营养支持 30 例临床护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2009, 15(4): 73-74.
- [5] 刘春梅. 颅脑外伤患者的护理[J]. 吉林医学, 2008, 29(2): 150.
- [6] 王晓妮,戴榕娟. 护理风险教育培训制度的建立与实施[J]. 东南国防医药, 2007, 9(5): 369-370.

(收稿日期: 2009-12-18)

(本文编辑: 潘雪飞)