

老年颅脑手术患者术后危险因素护理分析

宋玉慧,徐小飞,赵晓辉,何冰娟,盛玉霜,徐晚月(北京军区总医院神经外科,北京 100700)

【摘要】 目的 探讨老年颅脑手术患者术后的危险因素和护理方法。**方法** 对北京军区总医院神经外科 2011 年至 2013 年收治的 297 例老年颅脑手术患者的临床资料进行回顾性分析,分析其临床症状、格拉斯哥评级、损伤类型等,并比较护理前后并发症的种类及数量,致死人数等。**结果** 手术后 136 例患者发生并发症,占 45.8%。主要有呼吸道病变、消化道出血、心肾功能不全等。共死亡 127 例(42.8%),其中并发症致死 97 例(32.7%),占并发症发病人数的 71.3%(97/136),占死亡人数的 76.4%(97/127)。通过提高医护人员对危险因素的认知水平,做好病区消毒、清洁、隔离工作,加上合理运用抗菌药物进行抗感染治疗,有效降低了老年颅脑手术患者术后危险因素的危害。**结论** 针对老年颅脑手术患者术后危险因素采取有效措施,可有效减少患者的病死率、致残率,显著提高治疗效果。

【关键词】 颅脑手术; 危险因素; 护理方法
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.06.058 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)06-0842-02

随着生活条件的改变和医疗科技水平的提高,人类平均寿命较三十年前已经有了较大的提高,人口老龄化和老年患者手术问题也随之而来。老年患者手术难度明显大于年轻患者^[1],主要原因是身体机能衰退,使得老年患者术后恢复较年轻患者慢,并发症更多,因而具有更大的危险性。对老年患者的术后护理、危险因素的预防,促进老年颅脑手术患者的恢复已成为一项有研究价值的课题。通过对本院老年颅脑手术患者的临床资料进行回顾性分析,发现影响老年颅脑手术患者术后恢复的因素,对临床提供指导,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析本院 2011 至 2013 年收治并进行颅脑手术的 297 例老年颅脑手术患者的临床资料,其中男 193 例,年龄(73.5±9.3)岁;女 104 例,年龄(73.5±9.3)岁;跌伤 154 例(51.9%);钝物打击伤 34 例(11.4%);车祸伤 98 例(33.0%);其他伤 11 例(3.7%)。对所有患者进行脑部核磁共振成像(MRI)和螺旋 CT 检查,脑挫裂伤合并颅内出血 99 例,占 33.3%,硬膜下出血 104 例,占 35.1%,脑内血肿 31 例,占 10.4%,颅内多发性血肿 24 例,占 8.1%,迟发性血肿 14 例,占 4.7%,原发性脑干出血 11 例,占 3.7%,硬膜外出血 14 例,占 4.7%。

1.2 临床症状 所有患者均存在不同程度的意识模糊,使用格拉斯哥评级^[2]对患者昏迷程度进行评分。13~15 分的轻度昏迷患者 90 例,占 30.3%;9~12 分的中度昏迷患者 124 例,占 47.8%;5~8 分的重度患者 47 例,占 15.8%;严重脑损伤患者 36 例,占 12.1%。

1.3 治疗 患者均在就诊 36 h 内进行颅腔血肿清除手术,术后转入 ICU 病房,根据病情发展进行后续治疗。连续动态 ICP 监护可以尽早发现迟发性颅内血肿,有助于判断预后。若患者 ICP 大于 20 mm Hg 时行脱水治疗;大于 35 mm Hg 可判断为迟发性颅内血肿。对术后仍然昏迷的患者行亚低温治疗,以减轻脑水肿症状,加速脑细胞功能及结构的恢复。防止术后低血压及低氧血症。48 h 内若患者意识情况无明显好转,则手术切开气管进行充分供氧。增强营养支持,注射氨基酸、葡萄糖、脂肪乳营养液。

1.4 统计学处理 采用 Excel2003 对数据进行统计。

2 结果

手术后 136 例患者发生并发症,占 45.8%(136/297);主要有呼吸道病变、消化道出血、心肾功能不全等。共死亡 127

例(42.8%),并发症致死 97 例(32.7%),占并发症发病人数的 71.3%(97/136),占死亡人数的 76.4%(97/127)。见表 1。

表 1 术后并发症状况的统计[n(%)]

并发症		发生率	病死率
呼吸不畅	呼吸道梗阻	32(10.8)	25(8.4)
	肺功能不全	26(8.8)	21(7.1)
	肺部感染	31(10.4)	27(9.1)
消化道出血	食道出血	13(4.4)	2(0.7)
	胃出血	17(5.7)	8(2.7)
心功能不全		9(3.0)	8(2.7)
肾功能不全		8(2.7)	6(2.0)
总计		136(45.8)	97(32.7)

3 讨论

老年患者血管弹性较差,老化迹象明显,在受到外界应力击打时易发生破裂,且破裂后难以自行愈合,故老年患者迟发性血肿的发病率较高^[2]。而且迟发性血肿的早期表现不明显,血肿经脑部毛细血管微量渗出积累到一定程度后,病情会在短时间内恶化,导致脑疝的形成^[3]。本研究中 27 例患者在头痛后突然昏迷送医救治,但因贻误了最佳抢救时机,最终造成不治死亡。老年患者脑膜与颅骨内板附着更加紧密,术中不易剥离,且会出现程度不一的脑萎缩症状,导致颅内压更低,手术等外部创伤更易诱发桥静脉渗血点持续渗血,进一步导致硬膜下血肿的发生^[4]。老年患者机体代谢水平降低,循环系统功能衰退,这是老年患者进行手术时的高危因素之一,同时也是老年颅脑手术患者的死亡的主要原因^[5-6]。老年患者进行手术的另一大危险因素就是病情变化较快,病情发展不稳定^[7]。

在对老年患者进行治疗时,应注意以下几点。(1)对生命体征变化进行密切的观察。老年颅脑手术患者术后病死率、致残率均高于年轻患者。许多患者由于患有高血压,术后 24 h 内易引发脑部再出血,压迫脑组织、神经,往往会引起不可逆的脑部损伤。因此,对术后患者尤其是患有高血压的患者,在血压有波动时应立刻向医生汇报^[8]。(2)进行连续动态心电图监护。由于颅脑手术属于侵入性损伤,增加交感神经兴奋度,血管收缩,颅内压力增大而易导致脑低氧血症,加上老年患者心脏功能普遍存在衰退,可以导致心肌受到伤害^[9]。(3)预防并

发病的发生。术后并发症是术后死亡的主要原因,若出现多脏器衰竭时死亡率更高。本研究中术后 136 例患者发生并发症,占 45.8%。主要有呼吸道病变、消化道出血、心肾功能不全等。共死亡 127 例(42.8%),并发症致死 97 例(32.7%),占并发症发病人数的 71.3%,占死亡人数的 76.4%。

加强基础护理,减少非必要的侵入性操作,严格无菌操作,减少感染的发生概率;对口咽分泌物及时清理,保持呼吸道通畅,防止肺炎的发生。加强医务人员院内感染知识培训,防止病区患者间传染和以护理人员为媒介的传染,养成良好的消毒意识和严格的隔离制度,可有效防止感染的发生。对于确诊并发症的患者,进行合理的抗菌药物治疗有助于患者康复。原发病与并发症同时治疗,可以减少患者的恢复时间,增强患者的抵抗力^[10]。

老年颅脑手术患者院内危险因素有很多,多数诱因可寻,可通过仪器或检查进行干预,通过提高医护人员对危险因素的认知水平,做好病区消毒、清洁、隔离工作,加上合理运用抗菌药物进行抗感染治疗,可有效减少老年颅脑手术患者的病死率、致残率,提高治疗质量。

参考文献

[1] 龚小玲. 护理干预对颅脑手术患者并发静脉栓塞的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2010, 26(15): 18-19.

[2] 陈春林, 康晓明, 陈力行, 等. 重型颅脑损伤开颅术后早期气管切开对防治肺部感染的作用研究[J]. 实用心脑血管病杂志, 2011, 19(7): 1120-1121.

[3] 郭徐华, 陈光烈, 陈炜毅. 双侧开颅治疗重型颅脑创伤 55 例疗效观察[J]. 中国全科医学, 2011, 14(15): 1715-1716.

[4] 丁德武, 王力群, 於德滋. 重型颅脑损伤合并肺部感染的临床研究[J]. 实用心脑血管病杂志, 2010, 18(11): 1568-1570.

[5] Smith PR, Baig M, Brito V, et al. Postoperative pulmonary complications after laparotomy[J]. Respiration, 2010, 80(4): 269-274.

[6] 马龙, 吴昆, 李娜, 等. 择期颅脑手术患者肺部并发症的相关危险因素研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(3): 276-278.

[7] 李瑞龙, 郝解贺. 开颅术后颅内感染相关危险因素分析[J]. 山西医科大学学报, 2011, 42(6): 510-513.

[8] 孙莉, 范素红. 心脏手术中皮肤压疮的预防及护理[J]. 全科护理, 2010, 8(19): 1721-1722.

[9] Agostini P, Cieslik H, Rathinam S, et al. Postoperative pulmonary complications following thoracic surgery: are there any modifiable risk factors[J]. Thorax, 2010, 65(9): 815-818.

[10] Yadav YR, Yadav S, Sherekar S, et al. A new minimally invasive tubular brain retractor system for surgery of deep intracerebral hematoma[J]. Neurol India, 2011, 59(1): 74-77.

(收稿日期: 2013-08-21 修回日期: 2013-11-03)

经皮穿刺心包置管治疗大量心包积液的护理体会

周 婷, 周 莲, 赵 兰(第三军医大学附属西南医院心血管内科, 重庆 400038)

【摘要】 目的 探讨经皮穿刺心包置管治疗大量心包积液的效果及临床护理。**方法** 选择 2012 年 8 月至 2012 年 12 月第三军医大学附属西南医院诊断为大量心包积液并行心包穿刺置管的 7 例患者为研究对象, 在剑突下或心尖部置入中心静脉导管, 加强术前护理, 术中配合, 置管后做好体位、留置导管、心理及生活方面的护理指导并密切观察病情, 探讨经皮穿刺心包置管的治疗及护理效果。**结果** 7 例大量心包积液患者均成功置入 Seldinger 导管。导管留置时间 5~30 d, 中位时间 17 d。置管后 1 例出现穿刺点渗液, 1 例出现导管松脱, 1 例发生导管堵塞。**结论** 经皮心包置管治疗大量心包积液具有安全、简单、痛苦少、损伤小、并发症少、引流彻底、恢复快等优点, 结合行之有效的护理是取得满意疗效的重要保证。

【关键词】 大量心包积液; 心包置管; 护理
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 06. 059 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)06-0843-03

心包积液主要病因多为结核、肿瘤、自身免疫性疾病, 大量积液引起的急性心包填塞造成明显的血流动力障碍, 若不及时处理易导致心包填塞而危及生命^[1]。传统治疗以多次心包穿刺治疗为主, 给患者造成极大的痛苦, 而且可能损伤心肌, 造成血胸、气胸、冠状动脉损伤、心脏破裂等严重并发症。近几年来国内外不少学者将 Seldinger 技术运用于心包腔穿刺置管引流心包积液, 在超声心动图引导和定位下, 以剑突旁途径穿刺, 极少有并发症发生^[2]。本科室开展此项技术也取得显著疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 8 月至 2012 年 12 月本院诊断为大量心包积液并行心包穿刺置管的 7 例患者为研究对象。其中男 5 例, 女 2 例, 年龄 38~72 岁, 平均年龄 58.2 岁。大量心包积液病因: 结核 4 例, 肿瘤 2 例, 甲状腺功能减低 1 例。7

例患者均有不同程度的胸闷、呼吸困难、心率过快、烦躁、面色苍白、食欲下降、多汗。经心电图、X 线征、超声心动图证实心包腔内有大量积液。

1.2 方法 患者床旁半卧位, 常规消毒铺巾, 在超声心动图引导和定位下, 于剑突旁偏左 1 cm 处穿刺, 以 2% 利多卡因逐层局麻成功后用穿刺针 40° 斜角向左肩胛方向刺入, 有落空感后回抽出不凝液体, 确定为心包液后, 沿穿刺针送入长导丝, 超声心动图下沿长导丝送入中心静脉导管达心包腔约 6 cm, 退出导丝, 注射帽封管, 确定导管通畅后缝线固定导管。聚维酮碘消毒穿刺点, 用无菌敷料覆盖穿刺点及导管, 胶布妥善固定。

1.3 护理

1.3.1 术前护理 大量心包积液的患者多有胸闷、气促、呼吸困难等临床症状, 甚至有濒死感, 经皮心包穿刺具有一定的危险性, 这些都可导致患者产生恐惧、紧张、焦虑等情绪^[3]。关心