护理研讨

微创手术治疗外伤性硬膜下积液患者的护理

卢东文， 陆小妮， 韦庆伟

作者单位：533000 百色，右江民族医学院附属医院神经外科

作者简介：卢东文(1963－)，女，大专，主管护师，研究方向：颅脑损伤的救治与护理。E-mail：ludongwen882@163.com

[摘要] 目的 探讨微创手术治疗外伤性硬膜下积液的护理方法。方法 对28例采用微创穿刺引流术治疗的外伤性硬膜下积液患者在进行术前心理护理的同时，切实做好术后专科护理。结果 术后3～4 d复查头颅CT积液基本消失者20例，大部消失者8例，病人临床症状均有明显减轻，随访6个月至1年半均未发现有复发。结论 外伤性硬膜下积液的患者做好术前、术后护理，可减少后遗症，提高疗效。

[关键词] 外伤性硬膜下积液； 微创，手术治疗； 护理

[中图分类号] R 473.74 [文献标识码] B [文章编号] 1674－3806(2010)01－0087－02

doi:10.3969/j.issn.1674－3806.2010.01.39

我院自2006-01～2008-06共收治外伤性硬膜下积液82例，其中对28例积液量多、症状明显者行微创手术治疗，取得满意效果，现将我们的护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 28例病人选自2006-01～2008-06我院收治的有明确脑外伤病人。入选标准：年龄35～78岁，性别不限；受伤至手术时间为7 d～3周；GCS计分13～15分；头颅CT证实脑表面均有新月形低密度影或梭形低密度影，不合并其他系统或器官的疾病或损伤。男性21例，女性7例。外伤类型：交通事故伤19例、坠落伤5例、跌打伤残4例。其中积液20～80 ml 15例，80 ml以上13例；CT检查提示积液所在部位位于额颞部9例，额颞顶部15例，额颞顶枕部4例；中线移位>0.5 cm者14例，移位<0.5 cm者11例，无移位者3例。临床表现为剧烈头痛5例，轻微头痛11例，头昏6例，精神症状8例，视物模糊2例，健忘3例，定向力障碍2例，16例患者同时有上述1～3种表现。

1.2 治疗方法 行双侧钻孔引流5例，其余均行单侧钻孔引流。方法是在CT扫描的同时，按照三维立体定向的原理，对所穿刺的积液进行准确的定位[1]，局麻下用北京万特福公司生产的YL-1型一次性颅内血肿粉碎穿刺针，穿刺针的长度与依据CT测量头皮至积液最大层面的中心部位的距离基本等长，积液中心部位为积液穿刺靶点，避开头皮血管及重要功能区确定头皮穿刺点，在电钻驱动下，将穿刺针推送至积液中心部位，去钻留针，拔出针芯，即见积液引出，将穿刺针退出约5 mm左右后固定好，并放置引流管接引流袋持续引流。

2 结果

引流液全部呈淡黄色；术后均无感染、癫痫等其它并发症发生；本组28例病人中，术后3～4 d复查头颅CT积液基本消失者20例，大部消失者8例，病人临床症状均有明显减轻，随访6个月至1年半均未发现有复发。

3 护理实施及效果

3.1 做好术前心理指导及健康教育 由于患者及家属均存在较重心理压力，害怕手术不成功，表现为恐惧、忧虑等心理。因此应针对患者及家属的年龄、性别、文化程度、性格特征等，分次进行个体化健康教育和心理指导，先用通俗易懂的语言结合图片深入浅出地介绍手术方法、治疗原理、优点、疗效、安全性等，并说明手术治疗的必要性，介绍成功病例进行访视，解答家属提出的各种疑问，使他们解除顾虑、增强信心、安心照看患者。医护人员要多接触患者，以获得他们的好感，并做好解释工作，向患者及家属说明穿刺治疗的意义及手术前、后的注意事项，取得理解和信赖，以利配合。

3.2 环境设置 设单人病房，保持室内空气新鲜，通风2～3次/d，30 min/次，用0.5%含氯消毒液擦拭床头、床旁椅、桌面，清水擦地2～3遍，调节室温20～24 ℃，湿度50%～70%，限制陪护人员，防止交叉感染。

3.3 引流管和穿刺针护理 术后引流装置要保持一定高度，因过多引流不利于蛛网膜破口的封闭且有引起继发血肿之可能，还有可能引起低颅压。因此术后引流管不能放置过高或过低，如引流量大，引流管以抬高10～20 cm为宜。注意观察引流管是否通畅，引流液的色、量、质，防止引起颅内感染，搬动患者应关闭引流管。穿刺针和引流管要固定牢固，以防其松动脱落。更换外接引流管、引流瓶时，注意无菌操作，防止污染，引流时间一般最长不要超过1周。

3.4 体位和呼吸道护理 取头低脚高位，绝对卧床至少5 d，大小便均在床上进行，因此要注意定时翻身，以防止压疮的发生。保持呼吸道通畅，必要时给予氧气吸入，对痰多而粘稠者应给予雾化吸入，稀释痰液利于排出呼吸道。

3.5 颅内压监测 如发现血压升高，瞳孔不等大，意识障碍加重，脉搏呼吸变慢、颅内压>180 mmH_2O时为高颅压，立即

万方数据

报告医生及时处理。正确使用降颅压及脱水药物，使颅内压平稳下降，血压控制在 120～150/160～90 mmHg，同时备好急救药品，以免发生意外；如因引流过度致清醒患者出现头痛、头晕、恶心、呕吐、血压下降、躁动不安，严重者出现意识障碍，生命体征显著波动，颅内压 <80 mmH_2O 时为低颅压。低颅压常并发颅内积气，应立即夹闭引流管，去枕仰卧位或足高头低位，快速静脉输入生理盐水 1 000 ml，5% 葡萄糖 2 000 ml，增加液体摄入量。症状严重时，腰穿缓慢注入生理盐水 20～40 ml 或过滤空气 30 ml，有利于充填蛛网膜下腔容积和脑积液的分泌；及时进行 CT 检查，如有大量颅内积气，应钻颅排气，以降低积气的占位效应。

3.6 穿刺针拔除　术后穿刺针的拔除时间应根据引流液量多少及引流液颜色，并根据头颅 CT 检查结果而定。颅内积气是微创术后常见的并发症，如有额部大量积气，CT 扫描似山嵴状，而呈“富士山征”[2]。因此术后拔除穿刺针时最好在头皮钻孔处缝合一针以免发生颅内积气。

3.7 生活护理　给予高维生素、高热量、高蛋白易消化的流质或半流质饮食，防止大便干结，必要时应用缓泻剂或采取按结肠走向按摩 3～4 次/d，行低压灌肠。做好皮肤护理，每 2h 翻身 1 次，按摩受压处皮肤，防止压疮发生。鼓励患者咳嗽、深呼吸，防止肺部感染。同时保持病房空气流畅，减少陪护，创造优雅、安静、舒适的休息环境。

3.8 出院指导　建立和保持有节律的生活制度，注意劳逸结合，避免剧烈运动，保证睡眠质量；建议患者家属与医院保持联系，以便出现紧急情况后及时复诊。

参考文献

1　劳英业. 高血压脑出血微创治疗的护理体会[J]. 微创医学，2008，3(3)：286－287.

2　王忠诚主编. 神经外科学[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1998：371－372.

[收稿日期 2009－08－27][本文编辑 黄晓红 吕文娟(见习)]

护理研讨

经皮肾镜气压弹道碎石术病人围手术期的护理

颜良英，　廖永芳，　卢冰冰

作者单位：535000　广西，钦州市第二人民医院泌尿外科

作者简介：颜良英(1978－)女，大专，主管护师，泌尿外科护士长，研究方向：泌尿外科护理。E-mail：yanliangying@126.com

[摘要]　目的　探讨 236 例经皮肾镜气压弹道碎石术(PCNL)病人围手术期的护理。方法　回顾性总结 236 例 PCNL 病人围手术期的护理体会。结果　236 例患者经精心治疗与护理后均痊愈出院，平均住院日 8 d。结论　充分的术前准备，细致的病情观察，及时发现和处理并发症，对提高 PCNL 病人的治疗效果有着重要的作用。

[关键词]　经皮肾镜；　气压弹道碎石术；　护理

[中图分类号]　R 473.6，R 692.4　[文献标识码]　B　[文章编号]　1674－3806(2010)01－0088－02

doi：10.3969/j.issn.1674－3806.2010.01.40

经皮肾镜气压弹道碎石术又称打洞取石术，是指不用开刀的方法将肾内的结石取出。1955 年 Goodwin 利用穿刺针行经皮肾穿刺治疗肾积水，1976 年 Fernstram 经皮肾镜取石(PCNL)成功。此后，经皮肾镜开始广泛应用于治疗肾结石，它具有成功率高、创伤性小、出血少、恢复快、痛苦轻、费用省、效果优于开放性手术等优点。我科自 2006-01～2009-07 利用经皮肾镜治疗肾结石 236 例，效果满意，现将护理体会总结报告如下。

1　资料与方法

1.1 一般资料　本组病例 236 例，年龄 16～78 岁，平均 41 岁，其中男 185 例，女 51 例，单侧结石 187 例，双侧结石 49 例。其中 31 例合并输尿管上段结石，合并高血压病者 32 例，合并糖尿病者 11 例。

1.2 手术方法　麻醉成功后先取截石位，留置 F5～7 输尿管导管，然后采用俯卧位将腹部垫高，重新消毒铺巾，B 超引导下定位选择穿刺点；皮肤穿刺点一般选择在脊柱旁开 10～12 cm，腋后线偏后 12 肋下或 11 肋间。穿刺成功后，置入斑马导丝，狼牌筋膜扩张器扩张，沿斑马导丝置入镜壳，进肾镜，用碎石杆将结石击碎后用取石钳逐块取出。检查各肾盂肾盏未见明显结石残留，碎石结束，放入斑马导丝，置入双 J 管，再观察无出血后，放肾造瘘管，留置尿管。

2　结果

236 例手术均获成功，术中术后未出现严重并发症，4 例术中因出血多视野不清，改行Ⅱ期手术，5 例患者有较少的结石残留，平均住院日为 8 d。

3　护理

3.1 术前护理

3.1.1 加强心理护理，手术前与患者热情、主动、耐心交谈，

万方数据