

扩张的耐受阈较低,容易导致血管性损害,引起血管破裂和灶性出血。产后因血容量、血凝状态、血管壁及激素水平有所改变,故也是脑出血的危险阶段<sup>[4]</sup>。

2.2 临床诊断 由于近年医疗水平的提高、围生期保健制度的完善和检查手段的进步,妊高征合并脑出血的临床诊断并不困难。有典型妊高征的孕产妇出现了神经系统的临床症状,即应考虑合并有脑出血的可能,头颅CT可及时明确诊断,并能准确定位定量。

2.3 处理 妊高征合并脑出血严重危及母体和胎儿的生命,需要妇产科和神经外科密切合作,协同处理。关键的两个步骤是彻底缓解妊高征和有效处理脑出血。胎儿娩出是缓解妊高征的方法,一旦抽搐和血压得以控制,即应终止妊娠。产前出血的患者应适时终止妊娠,这对控制血压、减轻脑损伤、保证母体的健康有益。32周以上的胎儿已有一定的成活能力,妊娠32周的孕妇出现妊高征合并脑出血者,应采取终止妊娠的措施;妊娠不足32周者,应以保证母体为重,权衡利弊,选择终止妊娠。我们体会:幕上脑内血肿小于28ml,且无脑疝症状者,可选择保守治疗,通过解除痉挛、镇静冬眠,降低血压,扩充血容量,脱水利尿,控制颅内压,维持水电平衡,改善神经代谢,活血化淤,防治并发症等措施,可望恢复。大脑半球血肿大于30ml,小脑半球血肿大于10ml,血肿量不足30ml但水肿严重,已形成脑疝者,

宜尽快手术处理。手术目的在于清除血肿,降低颅内压,使受压(不是破坏)的神经细胞有恢复的可能,防止和减轻脑出血后的一系列继发性损害,打破危及生命的恶性循环,提高治愈率和生存质量。妊高征合并脑出血起病急、进展快、病情重、病死率和致残率高,应准确把握时机,采取果断措施,争取成功机会。无论是产前还是产后的脑出血,只要具备手术指征,均应超早期(出血7h以内)或早期(出血48h以内)手术。关于手术方法,我们主张开颅清除血肿加去骨瓣减压。骨瓣大小以暴露良好、减压充分为原则,血肿清除量75%~95%为满意。术中发现血肿与出血点粘连过紧者,不必强行彻底清除,否则得不偿失。出血量大、出血发生在重要部位、贻误手术时机是抢救失败的重要原因。

参考文献:

- [1] 林其德,汪希鹏,王德智,等.妊高征病因学研究进展[J].中国实用妇科与产科杂志,1998,14(1):3-21.
- [2] Naden RP, Redman CMC. Antihypertensive drugs in pregnancy [J]. Clin Perinatol, 1985, 12(2):521.
- [3] Sliver HM. Acute hypertensive crisis in pregnancy [J]. Med Clin North Am, 1989, 73(3):623.
- [4] Kittner SJ. Pregnancy and apoplexy [J]. N Engl J Med, 1996, 735(11):768-774.

收稿日期:2000-04-05 修回日期:2000-12-16

本文编辑:程春开

## 重型颅脑损伤合并脾破裂的处理\*

曲利璋,宋宜进,刘运涌

(临沂矿务局中心医院神经外科,山东 临沂 276017)

关键词:重型颅脑损伤;脾破裂

中图分类号:R651.1<sup>+</sup>5;R657.6<sup>+</sup>2 文献标识码:B 文章编号:1000-2065(2001)03-0246-03

1993年8月至2000年8月我院收治的435例重型颅脑损伤病例中有21例合并有脾破裂,进行手术36例次,疗效满意,总结报道如下。

### 1 资料和方法

1.1 一般资料 本组男15例,女6例;年龄12~56

岁,平均41岁;车祸伤17例,坠落伤3例,砸伤1例。

1.2 颅脑损伤表现 浅昏迷5例,中度昏迷12例,深昏迷4例;一侧瞳孔散大5例,去大脑强直2例,锥体束征13例;GCS 3~5分8例,6~8分13例,均为重型颅脑损伤。CT检查:额顶颞区复合性血肿6

例,硬膜下血肿 5 例,硬膜外血肿 5 例,广泛脑挫裂伤 3 例,脑挫裂伤+脑内血肿 2 例,延迟性颅内血肿 6 例,外伤性蛛网膜下腔出血 8 例,线性骨折 5 例,凹陷骨折 1 例,中线结构移位 0.5~1.8 cm 15 例。

1.3 合并伤 除合并四肢骨折 2 例、锁骨骨折 1 例、肋骨骨折 1 例外,均合并有脾破裂。其中脾实质破裂伤 1 处 6 例,裂伤 2 处以上 8 例;脾门中央裂伤 7 例。腹腔内积血 800~2 500 ml,平均 1 750 ml。入院时血压正常 5 例,正常低限 2 例;收缩压 <12.0 kPa 8 例,<10.7 kPa 4 例,<9.3 kPa 2 例。伤后就诊时间为 0.5~4 h,平均 2 h。

1.4 治疗方法 本组共进行手术治疗 36 例次,其中脾切除术 20 例,保留脾上极的部分切除术 1 例,在脾切除术同时去骨瓣减压血肿清除 6 例,先行开颅术后 6 h 因血压不稳定再次行脾切除术 3 例,先行脾切除术后因迟发性颅内血肿再行开颅术 6 例。气管切开术 19 例。

## 2 结果

住院期间死亡 7 例,出院后因肺部感染死亡 1 例;存活 13 例,随访 4~80 个月,良好 6 例,轻残 3 例,中残 3 例,重残 1 例。

## 3 讨论

约有 30% 颅脑损伤病人合并有其他部位的损伤,如四肢骨折、骨盆骨折、肋骨骨折,但重型颅脑损伤与脾破裂合并出现在同一病例,临床并不多见,结合本组病例,我们有以下体会:

3.1 及时作出正确诊断 重型颅脑损伤的病人伤后即刻昏迷,不能诉说腹部疼痛的病史,而脾破裂的临床表现取决于内出血的速度和失血量。出现明显的低血压性休克诊断比较容易。颅脑损伤后存在不同程度的血压升高、脉率变慢,抵消了脾破裂后低血压休克的部分临床表现,使机体似乎处于休克代偿期。查体时可有腹肌紧张度增加,但这种血性腹膜炎引起的腹肌紧张与消化道穿孔所致的腹肌紧张程度不同,经验不足的医生易忽视,加上早期腹腔穿刺可能为阴性,容易导致漏诊。我们采用腹部多处腹穿提高阳性率,同时可行辅助检查确诊。脾破裂的影像学诊断,B 超较 CT 优越。本组有 2 例颅脑 CT 扫描的同时行肝脾平扫为阴性,后经 B 超明确诊断。另外,对已明确诊断特别是已行脾切除术的患者,不应遗漏迟发性颅内血肿的诊断。这是因为在缺氧、强烈脱水、过度换气、凝血因素异常等情况下,

原本闭塞的血管可再次出血,从而导致迟发性颅内血肿。本组有 6 例先行脾切除术后发现病人意识障碍加深,此时不可误认为麻醉药物所致,应及时复查 CT。我们认为意识障碍加深就是复查 CT 的指征,对重型颅脑损伤的病例应在伤后 24 h、72 h 甚至 1 周常规复查 CT,以免遗漏迟发性颅内血肿,造成严重后果。

3.2 积极抢救低血压休克 颅脑损伤合并休克时,在原发性脑损伤引起的脑血流自动调节功能紊乱、脑血流减少的基础上又增加了脑血流灌注不足的有害因素,可加重继发性脑损害,破坏血脑屏障的结构和功能,从而带来严重的不良后果<sup>[1]</sup>。所以此时对病人的抢救重点不应是脱水治疗,而应维持正常的血容量,使中心静脉压和肺动脉压维持在正常水平,保持正常脑灌注压,即使病人已形成脑疝也应如此。纠正低血压休克时不应限制液体钠的入量,而应使用胶体液及高渗含盐液,使血压迅速上升<sup>[2]</sup>。本组病例行大隐静脉切开术 12 例,静脉套管针置入 5 例,其余多条静脉输液通道快速输入全血、白蛋白及 5% 葡萄糖氯化钠溶液等液体。随着休克的纠正,病人意识障碍减轻,此时可考虑使用脱水剂,或者血压维持正常 0.5 h 以上并有尿后亦可应用脱水剂。

3.3 正确的手术方法 脾破裂后裂伤的组织内夹有血凝块,可使出血减少或停止,这是脾破裂后保守治疗的基础。重型颅脑损伤者多烦躁不安,腹内压剧烈变化,易使血凝块脱落致再次出血,保守治疗的机会甚少。所以脾切除术指征应放宽,本组病例均施行脾切除术。至于颅脑损伤与脾破裂何者先行处理,则视具体情况而定。在血压不稳定、处于休克或临界休克状态时应先行脾切除术或与开颅术同时进行。术中应尽可能快速夹住脾蒂,减少出血,缩短手术时间。

决定病人预后的因素很多,除了与我们诊断是否正确及时、处理是否得当外,还与原发性损伤的轻重有关。本组有 8 例死亡,其中 6 例与原发性脑损伤过重有关,另外 2 例分别死于肾功能衰竭与肺部感染。本组病例病死率为 38%,较一般报道重型颅脑损伤死亡率 50%~60% 略低,除与本组病例略少有关外,还与我们采取以下措施预防并发症有关:①及时气管切开解除呼吸道梗阻;②早期鼻饲,静脉应用制酸药预防应急性溃疡;③定时监测电解质与血浆渗透压预防肾功能衰竭;④早期应用低分子右旋糖酐及复合丹参,因为脑损伤后均存在不同程度的血粘度增高,红细胞聚集性增强,行脾切除术后血小

板可升高,加重以上病理变化,故应早期应用。

参考文献:

[1] 刘明铎.实用颅脑损伤学[M].北京:人民军医出版社,1992.71.

[2] 陈善成.颅脑外伤液体疗法的进展[J].国外医学·神经病学神经外科学分册,2000,27(2):102.

收稿日期:2000-12-29 修回日期:2001-04-18

本文编辑:程春开

## 整体护理在透析病人护理中的应用\*

倪 菁

(徐州医学院附属医院血液净化中心,江苏 徐州 221002)

关键词:透析;整体护理

中图分类号:R47 文献标识码:B 文章编号:1000-2065(2001)03-0248-02

整体护理是指以病人为中心,对病人实施以满足病人需要为目的的现代护理模式。我院透析中心自1996年9月起,率先在透析领域实施以病人为中心的整体护理服务,通过护士和病人的密切接触,改善了护患关系,促进了治疗效果。现将我院在透析工作中开展整体护理的实施方法及效果作以下分析探讨。

### 1 资料和方法

1.1 临床资料 我院自1996年9月至2000年10月,共对30例长期透析患者进行整体护理。其中男11例,女19例,平均年龄51岁;透析治疗每周2次,每次透析时间为5h,也就是医患共处时间平均每周至少在10h以上。

#### 1.2 实施整体护理的内容

1.2.1 详细了解病人情况 通过询问,了解病人的病因、病史、心理状态和经济状况,并征求患者及家属的意见,同他们一起制定适合于患者的透析方案,征得他们同意后实施。

1.2.2 合理安排透析时间 透析时间安排首先要考虑到患者的病情及残余肾功能的情况,其次要考虑到患者的工作性质、经济情况及天气冷暖。每次安排透析时间之前,都要全面、多次征求患者意见,直到患者满意。

1.2.3 关心体贴病人 长期维持透析的患者,长期受到病痛折磨,一般都情绪低落,待人接物都很低调。我们医护人员在这段时间内应尽量让他们感到舒适、满意,不受冷落。

1.2.4 定期组织病人座谈 座谈内容多是护理人

员从平时的观察中总结出的患者比较关心的话题,医护人员从正面引导病人,尽量解除他们的思想负担,保持一种积极乐观的心态。

1.2.5 做好患者家属的思想工作 长期维持透析的患者,会给家庭带来极大的精神负担和经济负担。唤起家属对患者治疗的信心,支持患者、配合医护人员,将对患者的治疗效果有极大的促进作用。

1.2.6 做好卫生指导工作 卫生指导不仅要包括患者的院内卫生指导,还包括患者日常生活中的卫生指导。由于长期透析患者机体抵抗力差,日常生活卫生指导可帮助他们减少感染机会。

1.2.7 做好用药指导 长期维持透析的患者,一般病程长、病情复杂、用药种类繁多,掌握丰富的药理学知识,指导患者正确用药、正确观察及防范其不良反应都是我们整体护理的工作范围。我们长期不懈地坚持指导患者用药,多次避免了不良后果,收到了良好的效果。

1.2.8 帮助患者排忧解难 通过交流,了解患者的生活困难,积极想办法帮助解决。有的长期维持透析患者由于工作性质的原因,在原定时间不能保证时,我们就做好各种准备,随时为他们加班透析,解决了他们的后顾之忧,使他们工作、透析两不误。

### 2 结果

整体护理在透析病人中的开展,使长期维持透析的患者都得到了及时、安全的透析治疗,并发症明显减少,透析效果满意。患者对护理人员态度满意,改善了护患关系及医护关系,促进了患者家庭的和睦,也吸引了透析患者,提高了医院的经济效益。