

练等康复治疗,同时定期进行评定,不断修正康复治疗  
方案,也都对语言功能的恢复起良好作用。

(收稿:1995-02-06 修回:1995-03-04)

## 高压氧治疗脑外伤并发脑疝术后三例的护理体会

秦发伟 米加丽

我院于 1993 年 11 月至 1994 年 9 月,应用高压氧  
(HBO)治愈脑外伤并发脑疝术后患者 3 例,其中 1 例  
深昏迷 20 天。现将 HBO 治疗中的护理体会报道如下。

### 一、病历摘要

**例 1** 女,29 岁。因车祸撞伤头部,3 小时后以“急  
性颅内血肿并发脑疝”诊断收入院。入院查体:血压  
19.0/12.0 kPa(145/90 mmHg),呈深昏迷,眼球固定,  
双侧瞳孔散大,对光反射消失,四肢肌张力增强。CT 检  
查诊断为“右颞叶挫裂伤,颅内血肿”。立即行血肿清除  
术,术后仍处于深昏迷状态,双侧瞳孔无对光反射。术  
后第 4 天出现呼吸困难、发绀、两肺满布痰鸣音,作气  
管切开术后,呼吸困难缓解,但昏迷依旧。于术后第 11  
天接受 HBO 治疗,采用阶梯式加压法加压至 0.25  
MPa(2.5 ATA),经气管切开处插管持续给 99.6%的  
氧,总给氧时间为 100 分钟,每日 1 次,10 次为 1 个疗  
程,共治疗 2 个疗程。至第 4 次出舱后出现眼球运动;  
第 8 次出舱后出现肢体大幅度不自主的运动。第 1 疗  
程结束时,意识开始恢复,呼之能应,能辨认人。拔除气  
管插管改 HBO 面罩吸氧又 1 个疗程后,意识完全转  
清,右侧肢体活动自如,左侧略差。出院 3 个月后随访,  
生活能自理。

**例 2** 男,31 岁。因车祸致脑挫裂伤,硬膜下血肿  
并发脑疝。术后浅昏迷状态,右侧偏瘫。术后第 11 天开  
始 HBO 治疗。第 1 疗程结束后,意识清晰,能独自下  
床。第 2 疗程结束后,瘫痪消失,活动自如。

**例 3** 女,34 岁。因车祸致脑挫裂伤,硬膜下血肿  
并发脑疝。术后运动性失语,右下肢瘫痪。术后第 15 天开  
始 HBO 治疗。2 个疗程后,语言正常,右下肢活动完全  
恢复。

### 二、护理方法

#### (一) 进舱前准备:

1. 了解病情,检查患者呼吸道是否通畅,进舱前

吸净痰液。熟悉在 HBO 治疗中可能发生的并发症及其  
应急处理。

2. 备齐舱内必需的器械和药品:①急救器械:吸  
引器、吸痰管、人工呼吸囊、听诊器、血压计、静脉输液  
用具等。②急救药品:洛贝林、可拉明、多巴胺、甘露  
醇、安定等。

#### (二) 舱内护理:

1. 呼吸的观察:包括升压、稳压、减压期间对呼吸  
频率及深度的观察。尤其在升压期间,高气压下气体密  
度增加,呼吸阻力增大,这时应严密观察患者是否有发  
绀、呼吸幅度增大、憋气等呼吸困难现象;一旦出现应  
立即通知操舱人员,减慢升压速度或稳压一段时间,待  
症状缓解后再加压。

2. 血压的观察:由于加压、减压对耳膜的影响,造  
成陪舱人员测量血压困难。为便于观察,我们在患者进  
舱前做桡动脉穿刺插管,外接一弹簧表,持续监测桡动  
脉压,这种方法减少了陪舱人员的工作量,只要把桡动  
脉插管固定好,就能准确观察血压的变化。

3. 静脉输液的护理:我院采用开放式吊瓶输液,  
加压时常见莫非氏管内气体被压缩,使液面升高,而减  
压时随着舱内压力降低,使输液瓶内及莫非氏管内气  
体膨胀,有发生气栓的危险,因此,要严格掌握输液技  
术,防止气体进入输液管道。

4. 病情的观察和记录:如血压、脉搏、呼吸、输液  
量、尿量以及舱内治疗情况的记录。病情有变化时,应  
随时详细记录,并及时通知医师。

#### (三) 出舱后的护理:

1. 测量生命体征并做好记录,保持各种管道通  
畅,护送患者至病房,向病房工作人员详细交待舱内情  
况及治疗经过。

2. 患者出舱后,舱内紫外线照射 30 分钟,吸氧管  
道用 1:500 的“84 消毒液”(江苏爱特福药业保健品有  
限公司)浸泡 30 分钟后冲洗,晾干备用。

### 三、体会

作者单位:250021 济南,山东省立医院

1. 加强护理责任心,对危重患者要专人护理,视如亲人。由于我院的氧舱是单门单舱式,没有递物筒及过渡舱,所以要求护理人员特别细心,进舱前要把物品准备齐全以便于抢救应用。

2. 保持呼吸道通畅,提高有效吸氧量,对深昏迷、气管切开者十分重要。氧气管道与气管套管要紧密,防止管道受压、扭折。另外,要注意患者双肺呼吸音,有痰液时及时吸出。吸引器的吸力随舱内压力升高而增大,因此要调节至适当水平,以免吸力过大,造成气管粘膜损伤。吸痰动作要轻柔敏捷,严格无菌操作,避免呼吸道感染。

3. 舱内输液与舱外不同,输液速度在升压与降压

期间也不同,尤其是应用血管活性药物(如多巴胺、硝普钠等)时,要注意输液速度,以免血压波动而加重病情。预计舱内需用的药物,应先在舱外抽入空针带进舱内,尽量减少在舱内开启安瓿,如必须将安瓿带入舱内或紧急情况下需开启安瓿,可先用一块消毒纱布包住安瓿顶端,然后开启,以防安瓿爆裂。

4. 帮助患者进行语言和肢体功能锻炼:本组3例患者都有肢体瘫痪,我们着重对瘫痪肢体的关节、肌肉加强按摩和功能锻炼,尽早扶持站立,行走。对例3的失语情况,我们在每次吸氧后均进行语言训练,从单字到词,循序渐进,至第2个疗程结束,语言恢复正常。

(收稿:1994-11-17 修回:1995-03-01)

## • 病例报告 •

### 痛风性关节炎误诊为风湿性关节炎一例

杨观生 符日芳

患者男,54岁。曾长期在海上平台工作。9年前发现有游走性关节炎,疼痛在1~2天达高峰,呈刀割样,不敢触碰,走路困难。9年来曾在多处大医院及某医学院附属医院就诊,诊断均为风湿性关节炎,并服用吲哚美辛、布洛芬及皮质激素,症状能缓解,但停药后不久即复发,以夏天频繁,冬天少见。

查体:心肺(-),肝脾(-)。右下肢踝关节红、肿、热、痛,左手腕关节肿胀。类风湿因子测定(-),抗“O”625单位,血沉42mm/h,肌酐105 $\mu\text{mol/L}$ ,尿素氮5.8mmol/L,血尿酸1036 $\mu\text{mol/L}$ ,踝关节及腕关节拍片未见异常。

B超示右肾结石影2个(大小0.6cm $\times$ 0.8cm,1.0cm $\times$ 0.4cm)。

临床诊断为痛风性关节炎合并肾结石,用秋水仙碱和排尿酸药物治疗,限制高嘌呤饮食而临床治愈出院。

**讨论** 痛风是嘌呤代谢紊乱所引起的疾病,由于

此病过去少见,常造成误漏诊。

本例误诊达9年,就是由于有先入为主的思想。南方海上作业气温高,汗多,潮湿,疲劳常为引起关节疼痛的诱发因素,对游走性关节炎及抗“O”、血沉升高则只认为是风湿性关节炎,特别是用非甾体类消炎药与皮质激素治疗后缓解而对风湿病的诊断不再置疑。某附属医院曾怀疑为痛风但因血尿酸检查结果在正常范围,而未再作细致的检查观察和在发作时再行复查。

为避免误诊,凡遇下列情况者应考虑有痛风的可能:

① 以双下肢关节症状为主且疼痛严重,1~2天达到高峰者;

② 耳轮或四肢小关节处出现痛风结节;

③ 肾结石伴有关节痛;

④ X线示骨关节有穿凿样透亮区;

⑤ 血尿酸 $>381\mu\text{mol/L}$ ;

⑥ 秋水仙碱诊断性治疗有效。

(收稿:1994-10-31)

作者单位:524057 湛江,南海西部石油公司职工医院