

2617
中华护士学会内蒙古自治区分会1983年年会

学术论文资料选编

护 理 部 分

内部资料

注意保存

7

中华医学会内蒙古自治区分会 編印
内蒙古自治区衛生厅医学科学研究委员会

目 录

1. 婴儿肺炎护理的几点新体会.....	(1)
2. 我院外科处置室如何預防交叉感染問題.....	(4)
3. 传染病房的管理、隔离和消毒.....	(7)
4. 顱脑损伤的护理体会.....	(13)
5. 30例青霉素过敏的临床观察.....	(17)
6. 葯物統計速算表的制作及用法介紹.....	(24)
7. 长期禁食病人水电解質平衡.....	(27)
8. 908 次輸血輸液不良反应的分析和处理.....	(33)
9. 綠脓杆菌性角膜潰瘍的护理.....	(36)
10. 内眼手术的护理体会.....	(39)
11. 咯血引起窒息急救和护理.....	(43)
12. 眼压測量差誤的原因探討.....	(45)
13. 小儿急性腎炎护理的点滴体会.....	(48)
14. 支气管鏡检查术后合并症处理.....	(51)

嬰兒肺炎護理的幾點新體會

鐵路中心医院 陳毓平

由於氣候的關係，小兒肺炎在內蒙地區比較別的地方要多些，而且也比较凶險。我們來到這裡已經五年了，在這五年中深深体会到呼吸道疾病的季節至少要占全年的二分之一，也就是說要以內蒙地區的呼吸道疾病季節與北京區相比，要長2—3個月，因此可以想象肺炎的發病率在本地區內恐怕要占第一位。由於我們對這個問題的重視不夠，治療護理上仍有因循守舊不能與客觀要求相適應，結果頭二年以前我們的肺炎死亡率占總死亡率的第一位。為此，我們在1962年初冬，為了爭取治好更多的肺炎小兒，經過大家討論，擬定了治療護理的新辦法，一方面試行並在試行中隨時改正缺點總結經驗，至今年4月全面總結了六個月的治療護理（62年10月—63年4月）的體會。肺炎總數220例死亡率1.8%，較之往年顯著下降，我們認為其中除過一些其他的因素，比如每年的肺炎病原並不一致，前二年內各年的身體抵抗力也有所不同外，主要的在於我們改進了護理重視了質量，因而占總數23%（50例）三個月以下嬰兒無一例死亡，茲將我們的體會簡述如下：

一、對口腔及上呼吸道的護理：我們以往只要發現呼吸困難或發熱就報告大夫，大夫診斷之後就開医嘱，不是一針就是兩針或者是鼻腔內插上氧氣管，結果小兒更加不安與煩躁。最近我們体会到這種做法不見得都對，甚至還有不少錯誤。為什麼這樣講呢？這就牽涉着上呼吸道症狀的認識及對這些症狀出現以後怎樣護理的問題。

1. 當我們發現呼吸困難時，我們就要順便用耳朵听听嗓子里是否有哮喘聲（痰鳴音），看看口腔內是否濕潤還是有粘絲樣分泌物，鼻子通氣不通氣，面色紫紺不紫紺。因為三個月以下的小兒再加上有病時，不但氣管內的分泌物咳不上來，就連投給的藥物及口腔分泌物也常常圍繞在咽部，致使氣管不能暢通，結果影響了呼吸。若不早期發現及排除，就會加重病情甚至因窒息而忽然死亡。

2. 發現以上症狀之後怎麼辦呢？一方面我們應該報告大夫，另一方面我們就以止血鉗夾上較大的棉球或紗布蘸上生理鹽水，迅速敏捷的洗出口腔粘稠分泌物，並用电吸引器輕輕由鼻腔插入咽後壁吸引或由口內以敏捷手法趁咳嗽的一剎那將吸管深達咽部吸取，之後小兒一般能安靜入睡，以上的各種症狀也隨之緩解或減輕。

二、保持安靜及注意溫度：去年的肺炎護理中特別是三個月以下的小兒，我們幾乎採取了免去一切不必要的打擾和刺激，比如在治疗上大夫們都不開每2小時或4小時交替注射針，能口服的患兒盡量加大劑量減少投藥次數，不能口服的小兒每天都是2—3次的鼻飼，給奶後順便由鼻飼管投藥，至于輔助治療藥物如各種維生素等在危重期一律

免給，以免多次給藥給小兒帶來不利，如窒息不能安靜休息等。

三個月以下的患兒若體溫低於正常溫或不升時，我們盡量收容於暖箱內，並隨時觀察其溫度濕度以及小兒的呼吸及面色，不能稍有疏忽以免發生意外。

三、腹脹時：我們過去一遇到腹脹常是插入肛管，但很少能排出氣來，雖然反復的將肛管內充堵的大便洗去，氣還是排不出來。以後我們便在此種情況之下插入胃管，並輕輕按摩上腹部，結果大量的氣泡排出，脹肚立即緩解，小兒的呼吸困難也常常因此而減輕。

四、給氧時應注意的事項：我們對三個月以下的小兒都採取了間斷給氧，每次給30分鐘左右，在給氧的時候由於我們的設備較差，不能正確控制氧流標準，故我們以每秒鐘不超過6個氣泡的氣量給予，並每隔10—15分鐘檢查一次鼻管是否通暢，若為鼻涕堵塞時立即排除，使之暢通後再用。單純依水瓶內有水泡即認為鼻管內有氧流，往往是不對的，應檢查鼻管內有氣泡時才為確實可靠。

五、給食法：

1. 能自己吸吮奶汁的小兒，應按時給以母乳或牛奶，但喂牛奶時要輕輕將兒體扶起約45度，或抱於護士懷中，給奶前應將奶水倒於手背上試試溫度是否合適，並查看奶頭流奶情況是否標準，奶頭洞眼不宜過大過小，過大易發生吞嚥不及的噎噁，過小時使吸吮費勁而加重呼吸困難，標準的奶頭是滴奶如串珠狀，奶頭也不宜太硬，應選用軟一點的奶頭使之易于吸吮。當奶頭納入口內後，為防止吸之過猛，即吸一會就要休息一下，以免咳嗽及嘔逆可能引起的窒息。

2. 不能吸吮但有吞嚥能力者，可給予擠出的母乳或牛奶，但擠母乳時要媽媽清洗雙手，以酒精棉球擦拭乳頭後始可擠之，以免污染給小兒帶來不利。在此種情況下我們皆以滴管輕輕滴入口內，使其吞嚥完畢後反復再滴入之，這時心情要穩定，千萬不能急躁，否則不是授入量不足，就是滴入過多，甚至引起了惡心或逆流，嚴重時會造成窒息。

3. 不能吸吮及不能吞嚥者，除按醫囑給予靜脈点滴外，每日鼻飼投乳數量皆有適當的增減，當喘憋嚴重時，不能一次給予大量的奶水，以免使胃容量突然增脹，使膈肌上升，加重呼吸困難。因此必須適當增量並減少鼻飼的次數，我們在每次鼻飼後為了不妨礙小兒的自然呼吸，總是要撤掉鼻飼管的。

4. 鼻飼管插入應注意事項，盡量選擇細的以8—10號最宜，管端10公分處擦以石蠟油，插入時動作要迅速，落手要輕柔，千萬不能橫撞直碰。為了防止飼管由咽後進入口腔，故當插入約10公分時，輕輕將小兒下頷上推使之閉口，避免因咳嗽致使飼管進入口腔。插入之後一定要觀察小兒是否發憋，是否有咳嗽及發紫，並應將暴露於鼻外的飼管插入盛水的水碗內，看看是否有氣泡，有時因胃充氣，管端在插入試驗的水碗內時亦可出現幾個氣泡，不過迅即消失，這樣並不是誤入氣管內，用不着將管拔出，以免再次插入時，給小兒帶來痛苦。

六、輸液：50例三個月以下的嬰兒，絕大部分都給了液體治療，不過一般每次量都在300毫升以下，我們採取的靜脈穿刺部位大部在頭皮或手背，這樣利於保溫。刺入後要固定確實，以免脫落，滴入後要經常檢查局部是否有腫脹，看看附近的約束綑帶及床單有沒有濕潤，以防止由針頭處或皮管處往外滲水。還有在靜脈補液中應該特別注意的

事，就是在加入药时要先倒一点试看是否有化学变化，如混浊变色等。这一点请参考护理杂志第四期陶群龄氏阅读摘记一文，对我们实际工作中会有很大的帮助。

其次尚应该注意液体内若加有金霉素或四环素时，点滴架要远离暖气一公尺以外，因为我们不只一次的发现并通过试验后证明此种液体置于 28°C 以上地方即可开始变色。时间愈长变色的程度愈深；温度越高变色的速度越快；含药浓度与变色的深浅成正比，即100毫升内含有100毫克与100毫升内含有50毫克的体液，在同样可以发生变色的温度下，则前者更浓。生理盐水、葡萄糖液或葡萄糖生理盐水与变色的影响不大，当炎热季节若长时间点滴金霉素液时，宜于吊瓶处加冰袋，以免发生变色。

七、皮肤护理：三个月以下的婴儿，其皮肤甚为娇嫩，故应定时的翻身，如此不但对肺炎本身有好处，同时也可减轻某一局部的皮肤长期受压的缺点，因而也会避免了褥疮，此外尚有两点应该特别注意的是：

1.经常观察背部及臀部有无发红及紫紺，因为三月以下的小儿特别是新生儿，最易在臀背部发生皮下坏疽。

2.皮肤是否苍白，捏之有无硬感，都是在皮肤护理方面应该特别重视的。

小 结

1.提出了小儿肺炎 220 例的护理体会并着重叙述了50例三个月以下的婴儿肺炎护理法。

2.文内强调重视安静休息，免去一切不十分需要的打扰(如注射、投药、给食等)。

3.重视口腔，特别是上呼吸道的护理及及时清除分泌物以防止窒息。

4.提出投食、输液、给氧、鼻饲及排气中应注意的事项。

我院外科处置室如何預防交叉感染問題

內蒙古医学院附属医院 周紹敏

我院外科門診处置室每日所处置的創面有：完全无菌之清潔創面，污染創面，各种穿刺及封閉等，国内一些設備完善医院可将处置根据种类分別于不同处置室中处理，但絕大多数医院受房間所限难以絕對分开，往往因处理不当延緩病人治疗，因此預防交叉感染仍是一个問題有待进一步研究，我院于将近一年時間对此問題略做些探討，仅供各医院处置室工作之参考。

一、我院处置室之工作概况

我院处置室每日可进行术前准备（門診手术），术后拆綫，各种封閉，不同細菌所致之肿胀切开排脓，简单之扩創縫合，各种化脓菌所致之污染創面的处置約50—70人次，上述这些处置在一个約20平方米之房間內处置，在此房間內設一准备室，在处置室內每次限定同时处置两名患者，我院因房間不多，因此如处理不当极易造成交叉感染。

二、过去半年內檢菌培养結果

在半年內共进行空气及各种处置用器械及藥品等檢菌共60余件，現將培养結果簡述如下：

表一 空 气				
空 气	培 养 时 間	每个平皿放置時間	每个平皿菌落数	次 数
	处 置 前	30分	5—10个	4 次
	处 置 中	30分	32—76个	4 次
	处 置 后	30分	18—20个	4 次
	午 后 处 置 中	10分	18个	4 次

从空气培养結果中可以看到在每日工作开始之一段時間內处置少，空气污染机会也少，故培养結果均为5—10个菌落之間，在处置后室內虽然沒进行清扫消毒，但因沒有患者在室內活动，因此尘埃飞揚机会也少，故此时培养結果菌落亦較少。

表二

换药用之器械及各种药物纱布：

品 种	培 养 结 果	次 数	备 注
换 药 碗	无 细 菌 生 长	4 次	
持 物 钳	无 细 菌 生 长	4 次	
换 药 镊 子	无 细 菌 生 长	4 次	
刀 剪	无 细 菌 生 长	7 次	
缝 合 线	无 细 菌 生 长	3 次	
凡 士 林 纱 布	无 细 菌 生 长	5 次	
维 氏 油 膏	无 细 菌 生 长	3 次	
攸 琅 油 膏	无 细 菌 生 长	1 次	
雷 凡 诺 尔 纱 条	有 细 菌 生 长	1 次	超过一周未消毒
盐 水 棉 球	有12个—多数生长	5 次	每周更换
盐 水 棉 球	无 细 菌 生 长	5 次	每日更换

过去处置室各种处置用器械等均为一周或二周消毒更换一次，上面所检查之结果除末一项之盐水棉球外其他均为每周更换消毒一次之结果。

根据上面之培养结果可以肯定看出处置室之消毒工作及适当利用空气较为洁淨时安排处置可以避免交叉感染。

三、除消毒不当外其他易造成感染之因素

1. 我院位于祖国西北地区，天气较冷，来院门诊患者多穿着较多衣服很易增加空气污染机会。

2. 清洁及污染创面随到随处理，一般无时间要求不能很好利用上班后一段时间做无菌处置，也易造成交叉感染。

3. 必须在每个处置后医护人员及器械等要严格进行消毒。

4. 有特殊细菌感染者必须根据其菌种特性予以及时的特殊消毒与隔离。

5. 凡有创面患者每次换药时皆需用盐水棉球，因此每日启开盐水棉球缸之机会也多，每次启盖时难免空气中之细菌要落入，生理盐水本身没有杀菌能力，因此如按固定时间每周更换一次势必会有细菌生长，如果为防止启盐水棉球盖机会多而采取一次将盐水棉球分放于每个换药碗中用无菌治疗巾遮盖也易因遮盖不严而污染，或使盐水棉球干燥。

6. 在做各种处置中如不严格遵守各种无菌操作规程，缺乏严肃之无菌观念及责任心也是造成交叉感染之主要原因。

四、根据上述之多种原因而采取之改进措施

1. 严格遵守各种消毒操作规程，如疑有污染时立即进行消毒处理。

2. 盐水棉球缸每日更换一次，盐水棉球按一日用量准备，如当日用不完可冲洗晒干后再消毒使用。

3. 初次来院处置者难以按要求时间来处置，如非特殊感染者可立即处置，特殊感染者单独处置后要严格消毒，在第一次处置时处置护士根据其创面情况预约其下次来处置时间，清洁创面尽量在室内较清洁时处置，污染创面稍晚一些处置，手术拆线及封闭等在上班后其他各种处置进行前给予处置，根据经验如与患者交待清楚很容易按约定时间来诊。

4. 处置护士每次换药时一定要详细了解患者创面情况以备下次来诊时仍由上次之处置护士处理，这样可以减少一次检查创面情况之手续，并可防止因检查创面不进行手之清洗而准备换药用品造成准备室之备品污染。

5. 如有特殊细菌污染者，必须严格进行特殊消毒，如炭疽、绿脓杆菌、大肠杆菌等要进行隔离与特殊消毒，被污染纱布等要焚烧，器械也要严格消毒。

6. 换药用过之换药碗及镊子等用 2—5% 来苏儿液浸泡 30 分钟进行初步消毒，然后用高压灭菌消毒备用。

7. 每日处置前后空气用适量紫外线杀菌灯进行灭菌，并用 2% 来苏液喷洒地面，用湿拖布擦地，尽量动员病人脱穿衣服要轻。

8. 工作人员在每个处置后要洗手及用 1—2% 来苏水洗手。

五、点滴体会

1. 经过半年时间的摸索初步总结经我室所处置的 8163 名各种患者尚无一例由于处置室工作不当而致之交叉感染后延缓创面愈合者。甚至有一例曾因经济困难不能入院植皮患者创面 25cm × 8cm，在处置室植皮得到很好疗效，所做之清创缝合多为一期愈合。

2. 曾有少部分病人在就诊前创面即为大肠杆菌或绿脓杆菌污染，经过医生给以适当治疗及我室严格消毒隔离无一例造成交叉感染。

3. 由于严格执行上述各项措施，病人多于短期内获得治愈，而降低门诊换药复诊率，使患者早日走上建设社会主义工作岗位，也使护理人员少之情况下减少了工作忙乱。

4. 由于经验不足，例数很少，仅供处置室工作之参考。

傳染病房的管理、隔離和消毒

內蒙古自治區醫院 焦秀娟
張炳英

我院隔離病房是在危重傳染病人來院後需急救的情況下設立的，一般只收容布魯氏菌病、肝炎、結核、傷寒、痢疾等部分乙類法定傳染病以及疑似傳染病發燒待查的病人，不收烈性傳染病。我院系綜合性醫院，過去對傳染病房管理、隔離消毒和設備等方面都不很合乎要求，1962年通過中央“關於改進醫院工作若干問題的意見”（草案）的學習後，聯系到各科室具體工作，傳染病房全體醫、護、工同志們提出討論如何貫徹四十條中的第二條“……嚴格隔離消毒防止交叉感染……”要作好這一條是需要各方面的配合和這一方面的知識，因此在內科黨支部直接領導下由護理部重點協助指導，擬出改進工作計劃，首先得到院領導的支持，組織了傳染病房的全體醫、護、工全體人員以及其他各科室病房護士長、住院處、供應室、洗衣房和伙食科等單位有關同志共40餘人參觀學習呼和浩特市傳染病院，主要學習他們對傳染病人由入院起至病人出院過程一系列消毒、隔離工作和各輔助科室的配合工作，參觀後科內即時組織討論，研究決定以邊學、邊整、邊改的精神工作人員進行了學習，有關科室的大力協助配合，增添了消毒隔離設備，如隔離衣、褲、泡手盆、消毒缸等和消毒藥品的供應，經過各方面努力在很短時間內即收到顯著效果，加強了薄弱環節，採取了一定的措施，現已逐步走向正規。

根據我院具體情況和現有條件，主要在以下幾個方面進行了改進并用文字肯定下來作為傳染病房工作規程，有利於工作的執行和檢查：

一、明確傳染病房清潔區和污染區的劃分：

清潔區：辦公室、治療室。

半污染區：走廊。

污染區：病室、污物室、廁所。

嚴格保持清潔區不被污染、半污染區及污染區要作到隨時消毒工作。

二、隨時消毒和終結消毒制度的建立：

1、凡能洗的布類物品如單子、衣服等有糞便尿漬污染者先浸泡於2%來蘇水缸內，2小時後與其他衣單裝入污衣袋內經高壓蒸汽消毒後送洗衣房。（現在改為直接送洗衣房煮沸消毒）。

2、傳染病人用過的棉被、棉褥等不宜煮、泡的物品經日光曬6小時以上，遇陰雨天用紫外線消毒1小時。

3、污物處理：污物碎紙價值不大的廢物用後投入污物桶內，每日1—2次送焚化爐焚燒，消化系統傳染病人的大小便及吃剩下的食物等分別先經10%漂白粉溶液消毒後方

可倒入下水道再經化粪池发酵消毒，并禁止剩下的食物作为动物的飼料。

4、便盆、小便器、痰盂每天用2%來苏溶液浸泡消毒，便盆刷子泡于5%來苏溶液內随时取用。

呼吸系統傳染病人之痰盒內放5%來苏或5%石炭酸溶液用于痰的随时消毒。

5、空气消毒：病房每周用3%石炭酸溶液定期噴霧消毒一次，走廊每日用紫外綫消毒2次，每次30分钟。

6、数人住的傳染病室內的桌、椅等物每日用2%來苏水擦拭一次消毒。

7、傳染病房門內、外之擦脚棕垫及門扭布套用2%來苏水打湿并保持經常湿润，以达到随时消毒的目的。

8、地面消毒：每日用2%來苏溶液擦拭或用2%來苏水潮湿鋤屑清扫2次防止尘土飞揚。

9、病历牌、治疗盘、药盘不可拿进傳染病室內；同样的藥物，病种不同注射器要严格分开不可混用。

10、凡傳染病人用过的注射器、針头、导管等物，先經3%來苏液或3%石炭酸溶液浸泡1—2小时后方可送回供应室。

11、傳染病人出院后之病室內一切用物按上述消毒法严格消毒，小壺、痰盒、碗筷用高压蒸汽消毒，床头柜及抽屜用2%來苏水刷洗后置日光下曝曬消毒，病室用紫外綫照射1小时，繼續開門窗通风换气至少6小时以后方可收容其他病人。

三、病人管理：

病人入院后，应詳細介紹傳染病房住院病人守則，要求病人严格遵守住院制度，严禁随地吐痰，病室門前挂隔离卡片标識分“呼吸隔离”、“簡便隔离”和“严密隔离”以鉴别隔离要求。

严格隔离之患者不可离开病室单位，簡便隔离和呼吸隔离之能行动的病人除經医师、护士允許在指定地点活动外，不可外出。

四、对工作人員的要求：

在傳染病房工作之医护人员要严格遵守隔离消毒制度，要求每个医、护、工人員要熟习傳染病房工作制度和常見几种傳染病的护理常规。

五、隔离制度：

凡接触傳染病人要严格执行隔离制度：

1.戴帽子必須罩住头发。

2.戴口罩必須盖住口及鼻孔。

3.隔离衣必須保持衣領及里面清洁不被污染。

4.穿脫隔离衣方法要按一定的步骤：

①戴好帽子及口罩，取下手表，卷衣袖过肘。

②手持衣領，一臂伸入袖內抖至臂上伸出手，如法穿另袖，扣好領扣。

③扎好袖口带，以手控住身后隔离衣的边緣，两手在背后对齐折迭系好腰帶。

④脫隔离衣时先解开腰带，松掖在身前。

⑤解开袖口带将袖之上部稍塞紧于肘部衬衣袖内，泡手于2%来苏水盆内用毛刷刷洗手2分钟，擦干来苏盆内之小手巾擦干手。

⑥解开领扣，用衣袖裹住手，解松腰带。

⑦脫下隔离衣里面面向外折迭，提起衣领挂于衣架钩上或钉上（因我院隔离衣一律挂在室外）。

⑧用肥皂水刷洗手。

六、規定以下隔离要求：

（一）呼吸隔离：用于呼吸道传染病。

1. 与病人接触时应戴口罩。
2. 凡經病人口鼻分泌物接触过的用具均应消毒。
3. 护理病人后应刷洗手。

（二）簡便隔离（床边隔离）：用于伤寒、痢疾、布鲁氏菌病等。

1. 护理病人有污染工作服时应穿隔离衣。
2. 所有病人接触过的用具須消毒。
3. 护理病人后应刷洗手。
4. 护理气性坏疽、布鲁氏菌病等病人有分泌物时应戴橡皮手套。

（三）严密隔离：

1. 病人須单住一室并不得离开单位。
2. 护理时应戴帽子、口罩、穿隔离衣。
3. 其他各項要求与簡便隔离相同。

七、結合工作进行科学研究：

为了作好消毒隔离防止交叉感染，結合我們日常工作有力的說服干部更好的执行制度，初步作了兩項科研工作：

1. 单纯用紫外綫进行空气消毒和綜合措施进行消毒效果观察，见表一、表二、表三、表四。

2. 来苏水泡手不同剂量的效果观察，1%与2%的溶液刷洗手效果的比較见表五。

表一 傳染病房区域单用紫外綫照射10分钟空气消毒效果观察：

地 点	30瓦2537A°紫外 綫 照 射 时 間	照 射 距 离	消 毒 前 后 菌 落 数 比 較		灭 菌 效 果 百 分 率 %
			前(暴露1')	后	
走(中) (东) 廊(西)	吊灯照射10'分钟 (直 射)	3 米	182个	83个	54.4
	吊灯照射10'分钟 (輻 射)	12米71公分	176个	80个	54.6
	吊灯照射10'分钟 (輻 射)	6 米90公分	560个	148个	73.6
病(中) (东) 室(西)	台灯照射10分钟 (折 射)	2 米	468个	142个	69.7
	台灯照射10分钟 (直 射)	2 米	452个	54个	88.1
	台灯照射10分钟 (折 射)	2 米	504个	324个	35.7

表二 传染病区域单用紫外线照射30分钟空气消毒效果观察:

地 点	30瓦2537A°紫外 线 照 射 时 间	照 射 距 离	消 毒 前 后 菌 落 数 比 较		灭菌效率 百 分 率 %
			前	后	
治 (中)	台灯照射30分钟 (直射)	2 米	225个	50个	77.8
疗(东角)	台灯照射30分钟 (直射)	2 米	315个	87个	72.4
室(西角)	台灯照射30分钟 (直射)	2 米	208个	65个	68.8
医 师 办 公 室	台灯照射30分钟 (折射)	1.5米	390个	204个	47.7
	台灯照射30分钟 (折射)	1.5米	920个	632个	31.3
	台灯照射30分钟 (折射)	1.5米	254个	91个	64.2
护 (中)	台灯照射30分钟 (直射)	1.5米	384个	31个	91.9
士 (东)	台灯照射30分钟 (直射)	1.5米	532个	38个	92.9
办 (西)	台灯照射30分钟 (折射)	1.5米	448个	115个	74.3

表三 传染病区域综合空气消毒法应用后紫外线消毒效果观察:

地 点	30瓦2537A°紫外 线 照 射 时 间	照 射 距 离	消 毒 前 后 菌 落 后 比 较		灭菌效果 百 分 率 %
			前	后	
医 (中)	台灯照射20分钟 (折射)	1.5米	22个	5 个	72.3
办 (东)	台灯照射20分钟 (折射)	1.5米	19个	10个	47.3
室 (西)	台灯照射20分钟 (辐射)	1.5米	78个	11个	85.9
护 (中)	台灯照射20分钟 (折射)	2 米	94个	32个	75.9
士 (东)	台灯照射20分钟 (辐射)	2.5米	26个	5 个	80.8
办 (西)	台灯照射20分钟 (辐射)	2.5米	110个	24个	78.2
病 (中)	台灯照射30分钟 (直射)	2 米	280个	18个	93.6
(东角)	台灯照射30分钟 (辐射)	2.5米	205个	14个	93.2
房(西角)	台灯照射30分钟 (辐射)	2.5米	267个	12个	55.1

附综合消毒方法: ① 2 %来苏水擦地。

② 3 %石炭酸溶液喷雾消毒。

③ 紫外线照射30分钟。

表四 对 照 紫 外 綫 消 毒 效 果 观 察

物 品	紫 外 灯	灯 管 消 毒 前 的 处 理	照 射 距 离	照 射 时 间	培 养 结 果 (細菌数)	灭 菌 效 果 率 百 分 之 百
金黄色葡萄状 球菌(培养皿)	2537A°	用无水酒精擦 拭灯管灰尘	2 米	30分钟	0	100%
金黄色葡萄状 球菌(培养皿)	(对照未用紫外线灯照射)				菌落满布 培 养 皿	

表五 1%与2%来苏溶液泡手消毒效果观察比較表:

护 士 的 手	刷 洗 消 毒 时 间		消 毒 前 后 培 养 菌 落 数 比 較		灭 菌 效 果 率 百 分 之 百
	1 % 来 苏 水	2 % 来 苏 水	前	后	
护理病人前		刷洗 2 分钟	右 手 394个	52个	86.2
		刷洗 2 分钟	左 手 140个	11个	92.0
护理病人后	刷洗 2 分钟		右 手 652个	452个	30.7
			左 手 496个	224个	54.8

几 点 体 会

一、依靠党的领导，充分发动群众是作好一切工作的保证。

我院内科传染病房是在原简易病房的基础上办起来的，本着党的“调整、巩固、充实、提高”和“勤俭办院”的方针，以医疗工作为中心，积极抢救疑难重症，提高医疗质量的思想指导下，依靠党的正确领导和医护工的密切合作，充分发挥了群众的干劲，在短时期内传染病房的消毒隔离工作，有显著改进，基本上达到了传染病房的要求。在二年内我们共接受了六〇六名各种传染病患者的治疗任务，其中未发生一名交叉感染，减少了病人的痛苦，直接支援了农牧业生产。

二、共产主义协作推动了工作前进：

在传染病房改进工作过程中，得到各方面很大的援助，我们到呼市传染病院参观学习时，传染病院的领导以及医、护、工全体同志给予了我们很大帮助，详细的介绍了传染病院各项管理工作，护士长熟练地做了穿、脱隔离衣的技术表演，病房工友同志耐心的传授着他如何处理传染病人所用的便器和清洁卫生的方法，收到了立竿见影的效果。例如参观后工友老王同志首先积极改进了卫生工作，连厕所的白漆门扇也擦洗得物见本色，得到休养员的一致表扬，当消毒药品感到最困难的时候，药局同志及时解决了消毒药品的供应问题。这些共产主义协作风格，有力的推动了我们的工作的前进。

三、护士长总查房是促进工作改进的好办法：

我院自1962年开始建立了全院护士长总查房制，主要查病房管理和护理工作，检查护理常规执行情况，同时这些护士长也是训练护理基本功的教练员。总查房不但可以彼此督促检查，互相学习，取长补短，也是练兵过关的好机会，比如查传染病房时，提问护理人员各种传染病的护理常规，护理人员当场表演穿脱隔离衣，洗手手法等，如作的不对给予即时纠正，督促护理人员学习。实践证明护士长查房是有利于护理工作的改进，促进护理人员多看书，多练基本功，掀起不断学习的风气。

四、通过科学实验来改进工作能取得良好效果：

由空气细菌培养（表二）与（表三）菌落数来看，有显著差别，这是通过第一次（表二）细菌培养结果，对大家敲起警钟，提高了警惕，采取积极措施后，细菌菌落数迅速下降，见（表三）。有的护士说：“不看不知道，一看吓一跳：我们手上有这么多细菌（见表五）以后工作前后可得好好刷洗手”。

讨 论

一、粪便消毒问题：粪便消毒是切断传染病传播途径的措施之一，如何做好消化系统传染病粪便消毒工作，是个复杂的问题，常涉及到药品来源，物质设备和人力。在消毒药品比较紧张的情况下，我们没有用药物消毒，而是把传染病人的粪便直接倒入厕所由下水道经化粪池发酵灭菌，同时我们医院用水量，每日平均入下水道的污水排除量达一百吨以上，经稀释方法也可达到灭菌目的，我们曾对接受污水河流的下流地区进行了解，并无类似传染病发生，初步证明发酵灭菌与稀释方法在粪便消毒方面，能起到一定作用，但是不能保证下游地区不受感染。原因：1.化粪池发酵温度不易掌握；2.下水道单位时间内排水量小不稳定，有时不能马上达到稀释的目的。因此，我院为了安全起见，即时采取措施，凡系消化系统传染病人的粪便，必须先经10%漂白粉溶液消毒处理后，再倒入厕所经化粪池排除，我们认为这样作，在一般城市医院还是可以办得到的。

二、紫外线用于空气消毒现已普遍应用，但是应用的效果如何和操作方法尚未引起足够的重视。根据我院初步观察结果来看，紫外线消毒杀菌能起到一定作用，但是如不注意距离、幅度、灯管有无灰尘等收效是不很理想的，如表一、表二。紫外线如在用前，灯管以无水酒精擦净灰尘，光线直射，距离2米左右效果较好，见表四，（用吊灯时，距离地面不要太高，最好不要超过2米以上。）如能配合综合消毒方法，则更为理想。

顱腦損傷的護理體會

中國人民解放軍第二五三醫院 高素英

顱腦損傷一般可分為開放性與閉合性兩大類，在臨床外科中急性顱腦損傷是較常見的，並為進行搶救一急症之一，在搶救中護理質量的好壞密切的關係着搶救的成果。現將我們近二年來收治的83例急性閉合性顱腦損傷在護理中的點滴體會作一討論，供同道參考。

一、病情分類及護理常規

我們根據全國鄭州會議的分類標準，結合我科的實際情況而制訂了各類型的護理常規。

1. 輕型：意識清楚，頭部軟組織僅有輕度損傷，自覺輕微頭痛、頭暈，生命體征第一次檢查均正常者。

護理要点：①臥床休息自由臥位。②二級護理，普食。③入院後之六小時內體溫、脈搏、呼吸、血壓1—2小時測一次，隨時注意瞳孔意識變化或新症狀的出現。④對症治療，視病情更改測溫、脈、呼吸、血壓時間，⑤六小時內重點記病情記錄。

本型有36例，經臨床觀察及護理，我們感到本護理常規實用可行。

2. 中型：意識朦朧，半昏迷或昏迷，傷勢較重，頭部軟組織有嚴重損傷，有顱骨骨折，劇烈頭痛及嘔吐，生命體征有明显改變。

護理要点：1. 絕對臥床休息，側臥位，2. 一級重點護理，清醒後半流食，3. 入院後24小時內體溫、脈搏、呼吸、血壓30分鐘測一次，以後視病情更改，密切注意瞳孔意識變化及新體征的出現，4. 對症治療及處理，24小時內記病情記錄。

本型通過35例的護理體會，有5例由於及時發現新體征，而改為重型護理，未因觀察不及時而誤搶救之機。

3. 重型：昏迷不醒，傷勢特重，或入院後昏迷逐漸加深，頭部軟組織傷重而廣泛，或有顱骨骨折，並有血腫可疑，呼吸道不通暢，劇烈頭痛及嘔吐，大小便失禁，體溫逐漸增高，脈搏慢，血壓高或低，呼吸不穩，或有腦脊液鼻漏，耳漏等，生命體征反應嚴重。

護理要点：1. 專人護理，2. 側臥位，頭微高（休克除外）3. 當時或當口禁食水，以後視病情給流質或鼻飼食，4. 入院後12小時內15分鐘測體溫、脈搏、呼吸、血壓各一次，以後視病情更改，隨時觀察記載瞳孔意識變化，及新症狀的出現，5. 對有休克、呼吸阻塞、中樞性高燒應立即處理（輸血、輸液，冬眠物理降溫、排痰）6. 急救物質的

准备。

本組共收治腦干損傷，顱內血腫，廣泛顱內出血，腦脊液耳鼻漏等12例，通過按以上護理常規護理後，感到對病情變化可隨時掌握，有3例即時發現了顱內血腫而手術得到証實。

二、病情觀察

急性顱腦損傷之病情隨時都在變化着，醫生能否準確掌握病情，不失時機的進行搶救是與護理人員的精心細致的觀察，及時發現詳細記錄，有着密切的關係，所以當病人入院後，我們立即協助醫生進行全面檢查，了解病史及外傷情況，測體溫、脈搏、呼吸、血壓及觀察瞳孔意識變化，根據傷情進行理髮或清潔傷口及暫行包紮。對有頭皮裂傷者均作青霉素、破傷風抗毒素過敏試驗，為保持呼吸道通暢可取側臥位，必要時給吸氧或排痰。

觀察的重點為：

1. 體溫：一般輕型中型顱腦損傷的體溫變化不大或僅有微熱，我們不作特殊處理，但對重型顱腦損傷或因顱內血腫而行開顱術後，我們都施行了低溫治療。這樣可減少機體的耗氧量，降低腦的代謝率，降低顱內壓，減少腦水腫，增加中樞神經對缺氧的耐受力，防止中樞性高燒，所以在低溫過程中，我們感到體溫控制在33—35°C之間最為妥當。應15—30分鐘測溫一次，隨時掌握體溫的變化情況，防止體溫上升，因體溫過高达不到治療目的，面過低又能使心血管方面發生紊亂。在其間，更應防止病人發生寒戰，因寒戰會使體溫反應性增高，基礎代謝率和顱內壓亦隨之增高，造成腦組織缺氧及腫脹，而失去冬眠降溫的意義。所以必須定時給冬眠藥（杜冷丁100²g 善魯迷近 50²g 冬眠靈 50mg）視病情和年齡給量，同時行物理降溫，置冰袋和冰水灌腸，一般將冰袋放於大血管處（腹股溝、頸部、腋窩、臍窩，大腿內側及背部）使體溫控制在穩定狀態。在冬眠期間我們深深体会到要將病人体溫控制在一定範圍之內，必須6—8小時和視病情給冬眠藥，並行物理降溫，如果腦干受損一般減用杜冷丁（因能抑制呼吸中樞）若給冬眠藥1—2小時之後病人仍有寒戰，10%水化氯醛灌腸等，這樣既能促使病人安靜，又能延長冬眠時間。我們共有8例重型顱腦損傷進行了冬眠護理，感到維持體溫的平穩是很重要的。發現體溫有逐漸上升，就應加冬眠藥和更換冰袋，若不及時處理，待體溫超過36°C，再行降溫是比較困難的，這樣既是冬眠受到影響，又給工作中造成忙亂現象。最後失去冬眠的意義。

2. 血壓、脈搏：顱腦損傷後，在護理觀察中，一般的病人入院後血壓脈搏是逐漸的平穩，若在觀察病情時，發現脈搏越來越慢，血壓逐漸升高，呼吸隨之而變深變慢，則說明有急性顱內壓增高之現象，有顱內血腫之可能，應予以密切注意，結合其它病征變化，隨時報告醫生，我們曾遇4例均經手術證明為顱內血腫。

例1. 崔××男25歲，住院號31226，因乘馬摔傷，頭部左側着地，當時昏迷20分鐘左右，清醒後入院。入院時檢查體溫36°C，脈搏63次/分，呼吸20次/分，血壓130/90mmHg，意識清醒，自述頭痛，有輕度嗜睡現象。觀察中發現患者突然出現意識阻滯逐漸加深，進入

昏迷，血压高至140/90mmHg，脉搏慢65次/分，呼吸呈鼾声，左侧肢体活动受限，当时报告医生，经开颅探查证明为右侧急性硬膜下血肿，由于及时发现，经手术抢救了病人生命，于63年8月6日已治愈出院。

3.呼吸：根据脑损伤的轻重，呼吸变化也各不相同，轻型或中型病例的呼吸变化不大。但严重脑损伤，呼吸改变是重要的病症状之一。一般呼吸减慢或急促，甚至呈现出阵发性呼吸（如颅内出血，脑干出血，呼吸中枢受压）呼吸随着病情的进展变化是复杂的，需立刻作好急救准备，保持呼吸道通畅，我们采取了以下几项措施：

1.详细观察病人呼吸的深浅度，如呼吸急促，则说明机体内 CO_2 不能充分排出，而又不能吸入足够的氧量，在这种情况下，我们就给作辅助呼吸，大量给吸氧，否则造成呼吸性的酸中毒。

2.体位变化也有助于呼吸的改善，如病人有呕吐，应将头偏向一侧，并用舌钳将舌拉出，防止舌后坠而影响呼吸，也利于吸出呼吸道的分泌物，同时大量给氧，可改善组织缺氧情况，减少肺部感染。

3.间断吸痰，但每次插管吸痰时间不能超过5—10分钟，一次吸痰不得超过1—3分钟，以免影响气体的交换，而致缺氧发生窒息，并应徐徐移动吸引管，避免在一个部位吸引过久，损伤局部粘膜，形成损伤。吸引管每日更换三次，用后擦净，浸泡在2%硼酸水内，防止污染。

4.病人清醒后，可鼓励其咳嗽，护理人员可经常给叩背或当咳嗽时，双手压胸廓，辅助患者咳嗽，有利于痰之排出。

例2 宋××男35岁，住院号27674，因摔伤后4小时入院，入院后检查，体温未测，脉搏80次/分，呼吸16次/分，血压130/80mmHg，一侧瞳孔散大，光反应消失，眼球固定，意识由伤后清醒已进入完全昏迷，左侧偏瘫，呼吸呈阵发性呼吸，手术前，曾有两次呼吸暂停，经即刻开颅探查，发现为右侧急性硬膜外巨大血肿，清除约500CC，术后病人又曾数次呼吸暂停，而由于抢救措施得当，挽救了病人的生命，于63年1月8日出院。

4.瞳孔：瞳孔的变化，对观察颅内出血和脑疝的形成具有重要意义，当病人入院后就将瞳孔的大小，对光反应，详细描述于记录单上，以作每次观察之对比，如一侧瞳孔散大，对光反应迟钝，对侧肢体活动受限，常表示颅内急性压迫或颅内继续出血和脑疝的形成，双侧瞳孔缩小，常为脑受到严重损伤，双侧瞳孔散大，并伴有眼球固定，多表示脑干和严重脑损伤的末期。

例3.贾××男19岁，住院号29529，因乘马摔伤，右侧头顶及颞部着地，伤后当即昏迷，在入院当时有数分钟的清醒，随后又转入昏迷，并间断出现了大脑去强直性抽搐，血压高至170/120mmHg，呼吸慢11次/分，并且时而停止，脉搏慢60次/分，右侧瞳孔明显散大，光反应消失，经开颅探查，证明为左侧急性硬膜外血肿，虽然经四个小时的手术抢救，呼吸仍深慢7次/分，继而变为表浅，甚至消失，血压逐渐下降至50/30mmHg，脉搏快而弱150次/分，两侧瞳孔散大，光反应消失，入院7个小时，终因脑干损伤过重，中枢衰竭而死亡。

5.意识：对病人的意识观察，是护理工作不可忽视的一项，根据意识的障碍深浅来判断脑损伤的严重程度，所以入院后一定要注意病人处于清醒、嗜睡还是昏迷状态，