

目 录

1. 記出入水量方法的改进	1
2. 肛表腋表在临床应用上的差数	3
3. 截瘫病人的褥瘡护理	4
4. 簡易弹性繃带对供皮区的应用	6
5. 簡易眼湿热敷法	7
6. 門診部小儿科候診室的工作介紹	8
7. 青霉素过敏休克一例介紹	9
8. 气管滴入法及其护理	11
9. 对腦手术准备和配合中的体会	13
10. 43例腦手术后病人的护理情况介紹	14
11. 肝性昏迷病人的护理	16
12. 重症大叶肺炎的护理	17
13. 肺結核咯血的护理	20
14. 烧伤的护理	21
15. 枝气管喘息病人的护理	23
16. 对开展計划护理的初步体会	25
17. 酚紅排泄試驗操作过程中的点滴体会	27
18. 精神病护理工作的經驗介紹	29
19. 腸瘻的护理	33
20. 使用护理卡片的几点体会	34
21. 人工餵养与奶庫	37
22. 无痛注射法	38
23. 心力衰竭病人的护理	39
24. 肺切除术手术室护士的体会	41
25. 肺切除病人的护理	43
26. 胃造瘻的护理	45
27. 对防止会阴破裂的初步体会	46
28. 利用废管型石膏的一点体会	48

記出入水量方法的改進

沈陽軍區總醫院

祝淑德 侯玉兰 刘丽利 李菊芳

一、为什么要記錄出入水量

水在机体的生活过程中是非常重要的，它不仅还是身体一切細胞与組織的必要构成成分，而且还是进行一切有关机体生命活动化学变化的媒介。身体水的含量是随年齡的增长而稍有减少。在成人，水占体重的70%，在初生嬰兒占体重的74%。每天水分摄入量与排出量必須相等，否則就要引起脫水或水肿等病态。

平常成人每天摄入水分总量約1500—3000毫升。它是由以下几个来源补給。

(一) 飲入的各种液体(飲水，飲料，湯，牛奶等等)。

(二) 固体食物中的水分。

(三) 各种物質在体内氧化产生的水分。

腎(尿)、肺(呼出水蒸气)、皮肤(出汗)、及腸(糞)排出水分的总量等于摄入水分总量(1500—3000毫升)，固体食物中的水分加上体内物質氧化产生的水分大約等于由皮肤(出汗)、肺(呼吸)、腸(糞)排出的水分，所以記錄出入水量时，就只記錄飲入各种液体量和尿量，即可瞭解水代謝是否平衡，帮助診斷和治疗。当心力衰竭，腎脏炎，肝硬化等病情加重时，出水量就少于入水量，水分积留在体内，出現水肿或肤水；当病情好轉时，出水量就多于入水量，水肿、腹水減輕或消失。根据出入水量可以判断病情病情的好轉或恶化。当然这只是临床上方法之一，再結合其他临床征候和化驗，医生就能做出較正确的診斷和治疗，所以記出入水量，不論是对内科或外科病人，都是非常重要的，特别是对泌尿、心腎、高热腹泄以及大手术的病人更是重要。

二、过去我們怎样記錄出入水量

記出入水量的重要性，已如前所述，那么

怎样才能記的准确呢？根据我們在实际工作中的体会，准确的記錄出水量(尿量)，一般比較容易，而入水量却不容易記准确。过去記錄入水量的方法是凭病人自己記着喝了几壶或者几杯，病情重篤者由护士記錄喝多少杯。有时病人倒上半杯水喝几口，水涼后倒掉了或者漱口的水都錯誤的算在入水量內。有时病人把冲洗水果倒掉的水也記在飲入的水量內。有时患者自己也忘記喝了多少，隨便說个数量，告訴护士記錄。因为我科收容对象是心腎疾病，記出入水量的比較多，但是所記的出入水量，由于上述原因，往往与临床病情变化不相符合，这样就很难使护理工作有力的配合医疗。为了克服記錄不准确的困难，曾用布花計算法。将杯子用絆創膏分成数格，每格50毫升，用布作成小花，放在一个紙盒內，喝几格水就取出相应数目的布花放到另一个盒內，每天早晨上班后数数布花，就可以計算出喝水的总量。但病人往往喝了水而不取出布花，結果不准确。以后又改用鉛筆記錄法，不会写字的病人就划一道两道，結果仍然不准确。为了更好的配合医疗工作，提高护理質量，所以于今年二月又提出改进記錄出入水量的方法，經過半年多的实行認為这法比較准确，茲介紹如下，以供参考。

三、現在我們怎样記出入水量

因为出水量(尿)比較容易記准确，入水量不容易記的准确，所以首先着重介紹入水量的記錄方法，凡記錄出入水量的患者，每人准备暖壶，儲水杯(以500毫升痰杯代用)，儲尿器(男病人用1000毫升葡萄糖瓶子，女病人用磁痰筒)各一个。均貼上絆創膏，註明床号，工休人員一看便知是記錄出入水量的专用容器，床尾也放上标记。

我們的暖水壺容量為1800毫升。需記錄出入水量的病人，在24小時內就給他準備一暖水壺，記在記錄單上。如果該病人不限制入水量，一暖水壺用完再灌一壺，亦記錄之。告訴病人，一天內無論為什麼用水，如飲用，漱口，都要用這個暖水壺里的水。漱口或喝不完涼了的水，要完全吐在或倒在儲水杯中。儲水杯裝滿時，通知護理人員記錄後再倒掉。不要自己將暖水壺里的水和儲水杯里的水隨便倒掉。每日早晨白班一上班，便由辦公室護士用下列公式總結24小時的入水量。

24小時入水量 = 暖水壺容積 × 24小時裝暖水壺次數 - 儲水杯中總水量 + 飲入液體食物，飲入液體食物即豆漿，牛奶，空湯等，因含固體少，所以當水計算，一大碗為500毫升，一中碗為300毫升，儲水杯水總量必須包括已經倒掉的水。

出水量（尿）的準確記錄比較容易，前已

述及，我們記錄尿量的辦法是將24小時尿放在儲尿器中，每日倒兩次記在記錄單上，早晨上班後總結。能去廁所的病人，將他的儲尿器放在廁所固定的地方，因有特殊標記和床號，病人小便可以直接撒入儲尿器中；大便時要用小便器接尿，然後倒入儲尿器內。不能去廁所病人的儲尿器放在污物處理室明顯的地方，由護理人員將尿倒入其中，亦於每早接班後則量之。凡記錄出入水量的病人，每隔一日測量體重腹圍一次，以便了解病情，重病不能起床者不測體重。如為限制入水量的病人，就按限制的水量灌入暖水壺中，如每日只准入水1000毫升的病人，他用的暖水壺就只灌水1000毫升，如漱口，放涼了倒掉500毫升，就再補上500毫升，24小時入水不能超過1000毫升。

我們這樣方法共試驗25個病人，結果比較滿意。這些病人出入水量的差數與當時病情是符合的。

表1 未改進記出入水量方法前一例

住院號	姓名	年齡	性別	診斷	記出入水量日期	入水量(毫升)	出水量(毫升)	差(毫升)	體重(公斤)	腹圍(厘米)
28792	高×明	27歲	男	慢性腎炎	1956年9月9日	1660	2000		46.3	65
					1956年9月10日	1660	1900			
					1956年9月11日	1640	2500			
					1956年9月12日	1458	2100			
					1956年9月13日	1920	2200			
共	計			五天的	8338	10700	2362	增1.3	增4	

由表一看出在方法未改進之前，患者高×明5天的出水量比入水量多2362毫升按現體重腹圍應該減少，但實際彼時體重反而增加1.3公斤

，腹圍增加4厘米，病情惡化所記的出入水量與病情不符合，但在方法改進後出入水量與病情是符合的，茲就25名中隨便選出3例介紹如下：

表2 改進記出入量方法之後三例

住院號	姓名	年齡	性別	診斷	記出入水量日期	入水量(毫升)	出水量(毫升)	差(毫升)	體重(公斤)	腹圍(厘米)
35685	常×氏	55	女	慢性肺原性心臟病 心力衰竭	57年4月8日	1500	1580		64	97.2
					57年4月9日	1200	2160			
					57年4月10日	1800	2330			
共	計			(三天的)	4500	6070	1570	減1.8	減6.6	

35147	刘×芝	31	男	慢性肾炎	57年5月30日	1000	900		54	70
					57年5月31日	2400	830			
					57年6月1日	1100	900		5.5	72.5
共 計					(三天的)	4500	2630	1930	增1.5	增2.5
35542	宋×洁	27	女	风湿性心脏病	57年9月5日	1850	1700		54	77
					57年9月6日	900	1100			
					57年9月7日	850	900		54	77
共 計					(三天的)	3600	3700	100	无增减	无增减

由表二看出常××三日的入水量是4500毫升,出水量6070毫升,出量多于入量1570毫升。当时体重减腹围也减,浮肿减轻。刘××三日的入水量4500毫升,出水量2630毫升,入水量多于出水量;当时腹围增体重也增。宋××三日的入水量3600毫升,出水量3700毫升,出入水量几相等,体重腹围无增减;以上三例的出入水量是与病情变化相适应的。

四、总 结:

过往记出入水量方法不容易准确的原因,是病人无准确的盛水容器,记录者只听病人自述喝了几壶或几杯。岂不知每杯是否真正满了或者是否真的完全喝净,或凉后倒掉,都是不

能肯定的,同时病人所述说的喝了几杯,是否就是几杯?也不能没有出入。用布花的办法和铅笔记录的办法,有时病人只管喝水,不取出布花或不划道,所以实行结果,仍然不能记录的准确,自从改用了现在的方法,水有一定的量(暖壶1800毫升),漱口和水凉了不能喝的水都吐在或倒在储水杯内,也有一定的量;尿有储尿器,亦易总结,故记录出入水量比较准确。但是有的时候护理人员工作忙亦偶而将储水杯内水倒掉,忘了记录或者尿未倒入储尿器内,影响记录的结果,如果每个护理人员加强责任心,认真的按照现在记出入水量的方法去做是可以准确的。

肛表腋表在临床应用上的差数

第二〇二医院

王文彬

测量体温是了解病情最基本的方法,也是护理工作每天必须作的工作。测量体温的部位分为直肠,口腔和腋窝。由这三处所测得的体温是不同的。过去我们都以口腔体温,比腋窝体温高 0.5°C ,直肠体温比口腔体温高 0.5°C 计算,所以直肠体温就比腋窝体温高 1°C 。但是,究竟以那个部位测得的体温最为准确,最有临床应用价值,一般的说:直肠体温比口腔体温高,口腔体温比腋窝体温高,所以都主张测直肠体温或口腔体温。但在成年人,不便于测

直肠体温,可以测口腔体温。小儿病人不能测口腔体温所以一般的就主张测直肠体温。我们过去就曾经有一段时间,对所有小儿都测直肠体温。但因在实际工作中体会到直肠测温缺点较多。所以就改用腋表给小儿测量体温,但是肛表和腋表在临床应用上相差 1°C ,有时与实际情况不符合。为了进一步证实,究竟相差多少度,我们对102名患儿用腋表和肛表同时测量。102名受检患者年龄分佈如表一。

表1 受检患儿年龄分佈

年 龄	不足一岁	1—3	3—7	7岁以上	合 計
患儿数	59	25	11	4	102

表2 肛表测温差数

相差度数(C)	0.0°	0.1°	0.2°	0.3°	0.4°	0.5°	0.6°	0.7°	0.8°	0.9°	1.0°	1.1°	1.2°	被测人数
人 数	2	3	9	14	14	16	11	9	12	5	4	2	1	102名
平 均 差 数														0.54度

为使这一工作合乎科学性，先校正体温計，将肛表，腋表各一支同时用温水試过，二表度数完全相同。測时将肛表腋表同时給患儿夾在腋下和插入肛門內，三分鐘后取出肛表，五分鐘后取出腋表。肛測腋測的差数如表2：

由上表可以看出，直腸体温和腋下体温相差度数为0°—1.2°C。平均每人相差度数为0.54°C。証明肛測是不能比腋測高1°C。所以今后在临床工作上不能加1°C，或減1°C。根据我們在实际临床工作的經驗，肛門試体温缺点比較多，如每次測温时都引起患儿大便、哭鬧不安、有时损伤直腸粘膜炎甚至互相傳染腸道傳染病等，更重要的是肛表和腋表体温相差並不是1°C。腋表測量体温虽然不如肛表准确，但只相差点几度，对診斷影响不太大，因此我們認為，除非特殊情况，一般小兒應該腋窩測温

較为妥当。应用腋測时因患儿哭鬧，出汗或夾的不注意，都能影响准确性，但是我們注意了这些問題，倘发生以上情况，都已及时糾正，認為有可疑时都測两次或三次。所以对体温的正确性不会有何影响。虽然如此，因为試測例数不多，尚不能說明都是完全正确，仅将点滴經驗介紹，以供参考。

总结：測定102例患儿肛表腋表並进行了比較，二者相差最高为1.2°C最低为0°C，平均差数0.54°C。

截癱病人的褥瘡護理

第二〇一医院

王世真

脊髓损伤所引起之截癱，临床上是不罕見的。截癱可給患者带来一系列的併发症，其中最主要者为泌尿系統上行感染及褥疮。而这些併发症的預防和治疗与护里工作有着密切的关系。我院骨科从1955年12月——1957年八月，共收治截癱患者九名，其中四例在入院时已具有不同程度的褥疮，除一例坏死組織已深及髓

关节腔，並有严重之化脓感染及全身中毒症状，經救治无效而死亡外，其余3例先后治癒。另外5例，由于采取了各种預防措施，均未发生褥疮。我們願就預防和治疗褥疮中的护理工作，談几点体会。为便于叙述起見，茲将收治之九名患者的情况列表于下：

姓名	住院号	伤后送院时间	住院日数	发生褥疮时间 (伤后)	褥疮程度		治愈日数	备考
					褥疮数及主要部位	几度		
王 × ×	1837	96小时	158					
邢 × ×	1747	21小时	65					
赵 × ×	2518	23小时	26					
郭 × ×	2407	4小时	264					
何 × ×	6549	23小时	190					
张 × ×	2784	7个月	534	17天	骶坐骨等十三处	第三度	255	
王 × ×	5568	4个月	87	20天	骶股粗隆四处	第三度		牺牲
张 × ×	6116	3个月	150	16天	骶部二处	第二度	65	
娄 × ×	6118	2个月	181	20天	骶股粗隆等四处	第二度	58	

(一) 褥疮的好发部位及原因

截瘫患者之褥疮可以发生在损伤平面以下的任何部位。但一般多发生在易于受压的骨突出部，如骶、髂骨前上棘、股骨粗隆、坐骨结节、足之外踝、跟部以及脊柱之隆突处，而且往往呈多发型。本组病例中有一例曾发生了13处，最少者2处。按褥疮的严重程度，本组四例皆为第三度褥疮。

一般褥疮的发生原因往往是因为病(伤)情严重，长期卧床，代谢机能低下，局部长期受压以及大小便、出汗等对皮肤浸渍所致。而截瘫患者除以上原因外，还由于肢体瘫痪，深浅感觉丧失，神经机能紊乱，营养失调而发生更严重之褥疮。我们在护理工作中感觉到这一点，如床铺稍有不适，协助患者翻身时之摩擦等，微小因素皆可引起局部皮肤发红。此种现象如不加以注意，就有形成褥疮的可能。

(二) 褥疮的预防

1. 床铺的整理：此类患者在住院期间，我们均令其卧于平板床上。床上铺以为排便用之带孔褥，或以两个普通褥双折上下各一代替，以便于排便时之护理。我们并选用各种大小之棉垫按患者卧位及体形，设法使各骨骼之隆起处架空，尽量避免受压和摩擦。患者在轮椅上活动时或在担架上搬转时均应如此处理。在铺垫时应先将棉垫抖松，尽力铺平，使其无

褶。对于损伤平面以下之肢体及其他部位尚需应用支被架，以免被子压迫。

2. 按时给病人翻身：避免局部长时间受压是预防褥疮的主要关键之一。一般说此类患者病情都很严重，伤后或手术后的长时间内，根本不能自己翻身活动，每一活动均须依靠护理人员协助。每次翻身的间隔时间可根据病人情况而有所不同；在伤后或手术后初期在白天1—2小时翻身一次，晚上2—3小时翻身一次。在翻身时要十分慎重，防止脊髓附加损伤及患者的疼痛，亦要避免在床上拖拉，使患者皮肤受摩擦。对于病情严重或体重较重的患者，翻身时应二人进行。

3. 皮肤护理：保持全身皮肤干燥清洁，按摩局部增进血液循环，对骨突部之皮肤，可使用皮肤保护剂。我们多采用50%酒精和按摩局部后，撒以滑石粉。使用之次数，可根据患者的情况确定。本组病例按摩及涂擦局部之次数，多者在每次翻身时均予进行(夜间减少)，少者一日二次。

本院五例按以上方法处理均未发生褥疮。

(三) 褥疮的处理包括以上预防的各项原则

关于创面的一般处理，是保持疮面清洁，防止污染。敷料包扎应确实，避免因翻身使之滑动或脱落。个别患者之皮肤对胶布过敏，贴

后起水泡，我們应用一种自制之“松香胶”固定敷料。即：将敷料贴复于創面后，敷料周围涂以松香胶，另以单层紗布复于其上固定之。此外，防止大小便浸湿紗布或出汗致紗布潮湿。此类患者，常常須行洗腸后排大便，因此更換敷料最好是在每次排便后进行。更換敷料之次数，可根据情况每日或2—3日一次，但对于有敷料滑脫、潮湿、污染等情况，应及时更換。

創面周围皮肤在每次更換敷料时均稍加按摩，以增进血液循环，加速癒合。对較大之創面可采用日光浴或灯光照射。本組一例有較大之褥疮經日光浴一週，創面有显著好轉。

2. 創面用藥的选择：一般是，氧化鋅軟膏，血球軟膏，高涨盐水等。但創面用藥应根据情况，随时变换。事实上一种藥物，並不能个个都适用，时时都有效。茲介紹以下几例創面用藥的經過。

例一：张××住院号2784，診斷为第二腰椎压缩性骨折，馬尾损伤。入院时全身有大小褥創13处。臀部三处較大，約占其全部褥疮面积的5/6。創面严重感染，有大量分泌物，肉芽水肿，周围有湿疹。当时选用氧化鋅軟膏，經用两週后，两小腿和足部之褥疮已完全癒合，臀部的三处，亦明显縮小，湿疹消失。因肉

芽好轉，乃改用凡士林紗布，經用数次，肉芽又現水肿，繼改用血球軟膏。又經過月餘臀部之創面癒合。薦部創面因大小便失禁，难以完全防止污染，所以迟至160天方癒合。另一处創面用磺胺乳剂35天治癒。

例二：楊××，住院号4200。診斷十二胸椎和第一腰椎脫位，馬尾损伤。骶部有褥疮一处，約8×7厘米大。开始用血球軟膏，后因肉芽水肿，改用高涨盐水加青霉素，十日后水肿消失。又經月余，虽肉芽尚好，但癒合甚慢，則改用大蒜乳剂以后，創面迅速縮小至2.5×2厘米大时，肉芽又現水肿，复用高涨盐水敷料20日完全癒合。

根据經過处理的病例，我們認為：創面較大分泌物多且有肉芽水肿的，选用氧化鋅軟膏、高涨盐水等为宜；如肉芽尚好，可选用血球軟膏、蒜乳剂、磺胺乳剂等，但这也不是絕对的，例一、二的用藥过程均可說明之。根据我們的体会，凡士林油紗布对創面癒合很少有所帮助。

对于龙胆紫及紅汞（10%），我們各用过两个病例。前者两例中，一例曾因感染发生痂下积脓，且因色深紫未能及时发现，一例治癒。后者二例均于二週内治癒。据我們的体会，这两种藥物对于一、二度褥疮，无深組織坏死者，可选用之，同时最好併用日光浴将更有益。

簡易彈性繃帶對供皮區的應用

沈阳軍区总医院

洪超英 顏光霞

在我院面頰整形外科所行的100次游离植皮术中，皮片生长率为95.2%，达到了良好的預期效果。供皮区一般說来多在2—3週内完全癒合。但在部分病例中，供皮区产生了癩痕增生与迟延癒合的併发症，不但增加了伤病員的痛苦，也拖长了住院的时间，因而引起了我們对这一問題的注意。

癩痕增生的原因，虽然目前尚不十分清

楚，但在供皮区來說，除体質外伤，取皮过厚等原因外，多为敷料松脫移动而引起感染，或擦破新生上皮所致，因而供皮区併发症的发生，和敷料的关系至为密切。

理想的供皮区敷料包紮应当是：压力均匀，松紧适宜，不易松脫移动，使用簡易，以及患者舒适方便。但因目前国内不易得到弹性繃帶，一般多采用普通繃帶或石膏繃帶包紮。

过去我們亦采用此法，但皆不能达到理想目的。为此自1957年4月起，我們改用了本文所介紹的“簡易弹性繃帶”。經我們使用和观察，認為較合于理想的要求，頗为实用。故將其制法、应用及优点介紹如下。

制 法

用普通白布制成長約8寸，寬約7寸的双层繃帶。在長边內側距邊緣的半寸处，排訂3—4个普通扭扣，另外按大腿之周徑制成長短不一，寬約一寸的帶子3—4条。帶子的兩端用双层白布，中間一段約兩寸左右用普通松緊帶。帶之一端鎖上一个扣眼，另一端鎖上两个扣眼，以便按大腿之周徑調节使用（如图）。用法：包紮前先将各帶子的一端（单扣眼端）扣在双层长方形白布的一边的扭扣上。上在患者的創面上，放一般的敷料后，再放上薄墊數块，不用絆創膏固定，將此长方形白布敷于其上，扣紧另一端即可。

优 点

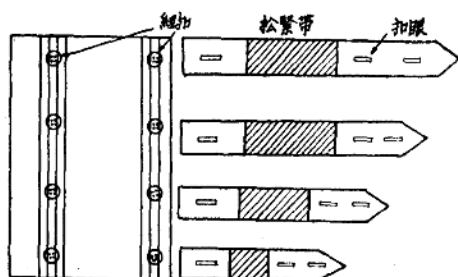
1. 包紮穩固，不易松脫移动且松紧适宜，便于患者的行走。

2. 对創面压力較均匀，保护亦較严密，因此避免磨擦，防止感染的效果較好。

3. 应用簡便，一般不易污染，如有污染，亦多污染方形白布，也易于清洗，不需調換帶子。

4. 節約材料，一尺普通白布就能制成一付，使用時間也較長，直至用破为止。

此种繃帶，根据我們半年多来的試用及观察，对供皮区的敷料包紮，确是較合理想，因之患者和我們都比較滿意。但毕竟是初步試用，經驗尚不多，有待于同志們进一步研究和改进。



簡 易 眼 濕 熱 敷 法

第二〇八医院

方純良 李全奎

热敷在眼病治疗工作中，居很重要地位，适应症很多。如：角膜炎、結合膜炎、臉边癰腫等进行热敷疗法，都有很大疗效。热敷能使局部充血，增加血循环，增强抗力，有消炎、止痛作用。但是眼病热敷做起来很麻煩，不方便，热敷的用具都要拿到病床旁边，如果三个病房同时有做热敷的病人，一个护士忙不过来，並且热敷的热度也不稳定，常換热敷布，中間有間断，影响治疗效果。

我們科全体护士，在向科学进军中，改进了眼病热敷法。根据我們的經驗，向大家介紹

一下：

用 物

1. 爐子一个；2. 凡士林；3. 棉絨；4. 小碗；5. 大鑷子；6. 热敷墊子；7. 热敷鍋一个；8. 小桌子一张；9. 椅子；10. 紗布罩子（用双层紗布做成，上口四寸，下口能罩住小碗口，高为五寸）以上用具可根据病人多少而定。

步 驟

將热敷鍋添水，放进热敷墊子，这时加热煮沸时，到病房把病人召集到处置室，坐在桌

边，患眼周围皮肤涂以凡士林，以免烫伤，这时把热敷垫从热敷锅里用镊取出，放进小碗，拿到病人面前，小碗口上罩纱布罩，上口紧贴患眼。这时小碗里热敷垫子蒸发出热气即起到热敷作用，如过热，病人可以自己调节（把罩子上口离开远一点，热气就放出一些）。爐子底面火不能停，热敷不热了及时换，换一次垫子可保持5—10分钟。一般病人热敷15—20分钟，在做的过程中只换3—4次。

这样一下子可做8—10人，护士负责将水保持在沸点，病人自己就能做，护士只须经常

检查。不论有多少人需做热敷，护士并不觉得忙。

优 点

1. 节省人力；
2. 能保持一定热度，收效好；
3. 设备简单；
4. 不易烫伤；
5. 及时方便；
6. 因病人做热敷去处置室，不影响病房整洁。
7. 不会互相感染。

門診部小兒科候診室的工作介紹

駐沈門診部

高 秀 坤

每个門診单位小兒科的工作是比较繁忙的，同时其特点是，急性病多，传染病多，候診人数多（家屬及患儿），因此必须具备寬大的候診室，阳光充足，通风良好，尤其应有預診室及数間隔离室，以防相互感染。但我們門診部由于条件的限制，只有一个不够大的候診室，一个隔离室，又没有分診室。因此不但候診秩序混乱，更主要的是在預防相互感染上增加了困难。为了克服这种条件的不足，从1955年开始試用候診室的“小桌制”。即专有一名护士在候診室进行工作，包括試体温，分科分診，維持秩序，候診教育等。二年来初步体会到它的重要作用，現加以介紹。

一、在医疗配合方面

（一）分科分診：凡是来診患儿先到候診室經過初步的簡單了解，根据病情，确定科別或是否为传染病。如发现挂号处給挂錯科者立即轉科，減少患儿候診時間。若为传染病立即进行隔离，縮短在候診室逗留時間，以免相互感染。經半年来的統計，就診人数为11097人次，其中麻疹为248人次，百日咳为400人次，

水痘为49人次，腮腺炎为47人次，猩紅热为15人次。若候診室不进行分診工作，这些传染病的扩展是不可想像的。为了完成这项工作，护士必須了解各种传染病的特征，及各科的理論知識，以便正确的掌握分科分診工作。

（二）配合診斷：凡是来診的患儿，無論是初、复診，都进行測体温，如发现体温高，或可疑为百日咳、麻疹、肺炎等，先进行白血球总数的紧急检查，以便及时帮助診斷。又如在夏季痢疾流行时，护士可先問診，如患儿为腹瀉，有脓血便，即可先作便检查。在診疗同时就可得到化驗結果回报，这样对医生在診斷工作上起了很大的作用，縮短候診時間，並得到及时的适当治疗。

（三）解释工作：对患儿的有关治疗护理問題，門診的各项制度以及手續等，护士可随时向患儿家长介紹。这样可減少医生訊問的時間並保持了診察室的肃靜。过去候診室沒有护士，患儿家屬有事即到診察室詢問，使医生忙于解释而影响了診疗工作，現在这种現象，基本上得到改善。

(四) 发现危重患儿：候诊室护士由于经过问诊及检温可以及时发现急危患儿，使之提前就诊，及时处理和作必要的急救，就可以防止了因时间拖延而造成不良后果。

二、在医疗保护制方面

(一) 贯彻医疗保护制给患儿良好反应：我们先美化了候诊室并设有图片、玩具、小人书等，使患儿在候诊时不致哭闹，并与护士先接触，避免小孩对医生的畏惧心理而取得检查时的合作。

(二) 维持候诊室秩序及肃静：能及时安排患儿的座位并帮助解决必要的问题，如喝水，大小便等。减少了病儿的痛苦，并使工作有条不紊。

三、在预防工作方面

(一) 卫生宣传：每日定时作候诊教育，包括门诊手续，挂号须知，以及卫生常识的宣传，重点结合季节多发病的预防，每週定出计

划，并有常备稿件。通过宣传使家属对一般小儿疾病的预防有了初步的了解，对照自己的孩子有很大作用。

(三) 对传染病的消毒工作：每个传染病的患儿诊断后，即用不同的消毒方法进行消毒，如紫外线照射及来苏液喷雾消毒等，并进行通风换气。在传染病流行时，候诊室每日消毒二次。

结 语

由于在候诊室实行“小桌制”，对工作效率有很大提高，过去儿科是四名军医四名护士，每天平均只能完成60—80名的门诊任务，而现在四名军医二名护士一名护理员，就能完成100—120名患儿的诊疗任务。因此门诊小儿科候诊室的管理工作是非常重要的。

注：“小桌制”即候诊室摆一小桌一名护士维持候诊的一切秩序。

青霉素过敏性休克一例介绍

沈阳军区总医院

刘永义 杨韵梅

随着青霉素的广泛应用，青霉素过敏反应的报告已日渐增多，其反应种类有药物性皮炎、荨麻疹、结节性红斑或多型性红斑、接触性皮炎、剥脱性皮炎、水疱性皮炎、出血性紫斑、血清病型反应及过敏性休克等。其中尤以过敏性休克反应比较严重、急骤、危险，在十数分钟内即有死亡者。国内于1952年自腾氏报告1例后，相继的报告有86例之多。贾氏收集国内外文献报告在229例中有49例死亡，平均死亡率为21.4%。我院传染病科自1954年1月至1956年10月，用青霉素治疗急性传染病567例，其中1例发生过过敏性休克，兹将其发生与处理经过报告于后，以供护理工作之参考。

病例介绍

患者×，男20岁，战士，住院号28096，患右侧

大叶性肺炎，于1955年4月27日入院，经磺胺类药物治疗后体温下降，三日后又升至38.4°C呈肺炎再燃症状，遂用青霉素治疗，首次10万单位，肌注后1分钟左右患者自觉头晕、舌麻、周身不适、气短，面色苍白，胸悶，五分钟后出现紫紺，出大汗，神志尚清楚，言语不清，大便失禁，当时血压脉搏测摸不到，呈重症休克，即行急救处置，吸氧2—3立升，每小时交替皮下注射肾上腺素1毫升和麻黄素1毫升，静脉注射5%葡萄糖液100毫升，头部放低，保温，静脉输入5%葡萄糖盐水1000毫升，内服苯海拉明100毫克，每半小时测血压一次，停注青霉素，约30分钟见好转，血压升至60/40，经40分钟后显见好转，脉细弱，仍觉周身无力，四肢发冷头痛，口渴，检查四肢轻度紫紺，60分钟后逐渐恢复，症状减轻，血压升至104/60。

讨 论

青霉素过敏性休克，常在数秒到5分钟内

发生甚少延迟至10分鐘以后才出現休克症状，个别患者未及救治于5—10分鐘內迅速死亡。本例在注射1分鐘后出現休克状态，40分鐘后好轉，60分鐘后逐漸恢复，此与其它文献所报告过敏性休克經過的时间相吻合。

青霉素过敏性休克多数发生在多次应用青霉素之后，或发生在經常接触青霉素的医务人员和制造工人，尤其是过去有过敏反应或过敏性疾患患者，更易过敏。賈氏报告不分年龄性别之差異，均可发生。

本例在反应恢复后，追問青霉素应用史及有无过敏素质，患者自訴于1954年在卫生所应用青霉素后，呈週身不适胸悶、头晕等輕度反应，此次应用前患者也曾向护士述及，但未能引起重視。以前应用四次，剂量患者不詳，近半年曾患蕁麻疹。

任何一种青霉素不論其出厂牌号用法，均可引起青霉素过敏性休克，賈氏报告青霉素制剂不論是油剂水剂和普罗卡因注射，口服或滴涂任何一种用法，均可致过敏休克，在其报告46例中以水剂肌肉注射者居多(50.1%)，普魯卡因青霉素次之(10.9%)。本例使用之青霉素系国产品，以生理盐水稀释后，用同一并給同病房另一患者注射10万单位，以剩余10万单位，給本例注射1分鐘后即发生反应，而另一例則无任何反应或不适之感覺，可見此次反应与藥品制剂和用法无关。

青霉素过敏性休克发作迅速，可在十数分鐘內死亡，可否恢复与救治是否及时有密切关系，因而早期发现及迅速急救是挽救的基本問題。急救应迅速准确，平时应有常备的急救用品。在2—10分鐘內将一切急救措施应用于患者身上，本例注射后护士尚未离开病房，又科內素日已有急救用品的准备——氧气，救急盘，因而在急救时用品比較及时，于10分鐘內得到救治。

过敏性休克反应的急救措施及用藥，一般应用吸氧，皮注腎上腺素及麻黄素交替使用，靜脉注射50%葡萄糖100—150毫升，內服苯海拉明，靜脉輸入5%葡萄糖盐水，头部放低，

少动保温，必要时可行人工呼吸等抗休克疗法，一般休克超过15分鐘者則很少死亡。

鑑于青霉素过敏性反应的日漸增多及其严重性，我科自此例发生后，即采取措施以免发生危險，建立了注射前进行青霉素过敏試驗的常规制度，到1956年10月止共进行115例(皮內注射法500—2000单位)，其中經過过敏試驗后，无一例产生过敏者，由此可見作青霉素过敏試驗的重要性。

皮肤过敏試驗，一般分三种，即：敷貼法，划痕法，皮內注射法，我科常用的为皮內注射法。茲介紹如下：皮內注射法是比较常用的方法，在前臂內側消毒后，用1毫升結核素注射器(或2毫升注射器)准确的用生理盐水稀释100—2000单位的青霉素溶液，用0.1毫升在皮肤消毒处行皮內注射。以同样方法在对側前臂內側以生理盐水做一对照观察。

皮內注射法阳性反应，一般表现为試驗处紅肿有时发痒，肿块直径超过1.0—1.5厘米以上，仅是紅肿不能認为阳性，肿块的直径大小更重要，反应的时间可分速发反应和迟緩反应，前者在20分鐘以內，后者在24—48小时。过敏試驗的三种方法以敷貼法敏感性最差亦不多用，皮內注射又較划痕法敏感，但易引起全身反应，故有人主张对有过敏可疑者，应行划痕为宜，我科所作115例系用皮內注射法一般效果很好。

陈氏报告皮肤过敏試驗对青霉素过敏休克意义較大，約有90%以上的阳性率多呈速发反应在24—48小时者多呈血清病型反应。

如試驗阴性但还有阳性可疑者，可用較大的剂量，文献报告，作过敏試驗虽用量較小(10—100单位)，但亦可引起过敏性休克而死亡者，故在試驗时对阳性可疑者应小心謹慎不可冒然用青霉素治疗。

总 結

1. 我科自1954年4月到1956年10月用青霉素治疗传染病567例发生过过敏性休克一例。

2. 应用青霉素前应詳細詢問患者青霉素应用史，有无反应，尤須对患有过敏性疾患及过

去应用时曾引起全身不适，胸悶等輕微症状应引为注意。

3. 对首次应用青霉素后应作短時間观察（1—10分鐘），尤其对过敏可疑者以便急救。

救。

4. 每一疗程开始首次应用青霉素前应作皮肤过敏試驗。

5. 平时应有常备的急救用品。

氣管滴入法及其護理

沈阳軍区总医院

焦惠杰 田玉生

一、前 言：

枝气管滴入法是近年来治疗結核及肺脓瘍常用的一种有效治疗方法，已被广泛应用。但是因为缺乏經驗，在治疗操作过程中有时未能普遍的达到理想的要求。

我院自1953年开始用于住院及門診病例，治疗效果良好，今将五年来之气管滴入护理操作初步經驗介紹于下，以供参考並希指正。

二、适 应 症：

（一）肺下叶或肺門附近的新鮮空洞、因藥液易流入空洞內，最适合支气管滴入疗法。

（二）萎縮疗法的輔助疗法。

（三）外科手术前的准备工作。如空洞太大或胸腹有显著粘連，可先行气管滴入疗法，使空洞縮小，痰中結核菌減少，身体抵抗力增强，可減少因手术的感染播散机会。

（四）肺空洞周围有浸潤性病變者，新发现的肺脓肿。

（五）两肺肺气肿，外科及压縮疗法均受到限制，可試用。

三、器材之准备：

（一）消毒盘两个，各鋪消毒巾两块，两个盘分別使用，所放物品如下：盘一：

1. 12—16号导管，放在盘之蒸布內（导管数量按插管人数准备）

2. 20毫升注射器装好藥液，套上护針管，置盘之蒸布上（按人数准备）

3. 2毫升之注射器装好2%可卡因2毫升，

套上护針管（亦按插管人数准备）置盘蒸布上。

4. 滴入藥內須加鏈霉素或青霉素亦装好置盘蒸布上，以上均为无菌的。

盘二：

1. 酒精棉球缸一个

2. 5%来苏水缸一个，內盛大鑷子1—2把。

3. 麻醉噴霧器一个，內盛2%可卡因。

4. 无菌手套，每病人准备一付。

5. 弯盘，胶布（固定导管用）无菌甘油（滑潤导管头），1/1000过錳酸鉀液200毫升洗鼻腔用。

6. 5毫升注射器內盛3毫升生理盐水（准备溶苯巴比安鈉用）

7. 苯巴比安鈉1克（可卡因中毒时用）

（二）怎样准备导管：

一般均采用鼻內插入法。后鼻道之直下方为食道，食道之前方为气管，导管如为直形，則易插入食道內，有鑑于此，我們在消毒之前，将导管弯成圆圈，首尾相套，用胶布粘好，头务粘在內側为佳，放入鍋內煮沸时要放平，以防弯曲，消毒20分鐘取出凉后，去掉胶布即可使用，用过多次的导管已成适合的弯度，不必再弯了。使用此法后，插入效率显著提高。

四、操作方法：

（一）术前向病人說明手术方法，插入鼻道时有酸痒感，插入气管时有咳嗽，无其他不适，打消顧慮，並教与配合方法：如插入时，

头部委式，大吸气与作噤下动作等等。

(二) 用1%过锰酸钾液漱口及洗滌鼻腔。

(三) 以2%可卡因液在咽喉及舌根部麻醉3-5次后，再以2%可卡因2毫升噴霧麻醉鼻腔2-3次，用完之噴霧器以75%酒精棉球消毒。

(四) 咽反射消失后，将已准备好之导管，涂上甘油或石脂油，自鼻腔向咽后壁插入約12—13厘米，管头与悬雍垂齐，应位于正中綫上，头前曲舌拉出，作大吸气，迅速将管插入气管，如未插入則可将导管拉回原处，再插。

(五) 导管插入气管后，病人有剧烈的咳嗽，此时将导管口曲折捏紧，並使病人以紗布掩口，防分泌物之四方噴射，再将导管深入数厘米，导管插入最长不能超过25厘米，插入后立即注入2%可卡因2毫升，以后用胶布固定插管，注入2%可卡因时，应注意針栓被剧烈咳嗽噴出打碎。

(六) 操作之先应从X光綫确定病变部位，以决定滴藥体位，如病变在右肺尖則病人右侧臥，后傾45度，床脚垫成30度右或左傾斜。床脚垫高，体位安排好，在20—30分鐘內徐徐滴入藥液15毫升，已經滴过几次的可以自己插入导管，到时就讓病人自己插。

(七) 滴完后徐徐抽出导管，用紗布包好，污染物及带出痰放在污物盘內妥善处理。

(八) 患者保持原来安排好之臥位靜臥1—2小时方可起床。

五、术前及术后的护理：

(一) 在第一次作气管滴入时应向患者說明此項疗法之重要性，解除精神上的顧慮，並要求患者做好配合工作。

(二) 在疗程开始前应做過敏試驗。試驗方法系用2%可卡因0.5毫升口含5分鐘。在試驗前后要測血压，脉搏呼吸，如有以下症状之一者，均为可卡因過敏反应，应及时报告軍医。

1. 血压降低。2. 脉搏細弱。3. 呼吸浅促无力。4. 面色蒼白。5. 軀干强直发生痙

攣。6. 舌运动障碍語言困难。

有可卡因過敏反应之患者，可改用10%普罗卡因。

(三) 初次作插管之患者应禁食，以免插管时引起呕吐，以后习惯了則可不必。

(四) 舌根及咽喉部麻醉完全恢复后方可进食，以免食物誤嚥气管。

在插管时患者可能有剧烈之咳嗽，噴出分泌物可能带有大量結核菌，並須注意消毒及隔离。

六、点滴經驗介紹：

(一) 作可卡因過敏試驗实有重要意义，可以防止操作中发生過敏反应。我院今年曾发生過敏反应三例，均在滴入后发生，当即給予苯巴比安鈉1克（溶于3毫升生理盐水中靜脉注射，一小时后恢复，以后滴藥改用10%普罗卡因噴霧及气管內滴入麻醉，再未发生過敏反应。

(二) 插管遇到困难时的注意事項：

1. 操作者一定要穩而細緻，無論如何难插亦不要表現慌亂，且囑病人要安靜勿煩燥，尽量合作。

2. 应选择病人自訴鼻腔通暢側进行插管，必要时到鼻科检查。並要作好鼻腔消毒及麻醉。

3. 实难插入时：

(1) 将导管插至咽头正中中部，使病人作深吸气动作，将导管迅速插入；

(2) 导管插至咽头正中中部，叫病人連續輕咳将导管迅速插入；

(3) 导管插入咽头正中中部令病人将舌伸出，以紗布垫好拉住，令其发“哈”的声音，将导管迅速插入或用鈍头鑷子輕輕夾住管头往前稍送約1.5厘米而入气管內；

(4) 导管插入咽头正中中部，病人用鼻吸气，但須稍延长，将导管迅速插入。

(三) 滴藥办法：

行滴入数次后，病人对此已成习惯，可令其自行滴入，如感觉欲咯时則暫停滴入。

對腦手術準備和配合中的體會

沈陽軍區總醫院

張釋君 孫玉清 郭怡敬 胡紹琴

腦手術特點，不僅所使用特殊器械多，術中需要時間長，而且患者病情變化亦較大，因此手術室人員必做好準備，才能做到密切的配合，使手術順利完成。本文特介紹我院手術室對腦手術配合的體會，以供參考。

一、術前準備：

(一) 術前應清點和檢查手術所需要的器械。除一般器械外，尚需特殊器械，如電凝器、電切器和電牽開器等。這些器械是電氣裝置，故使用前應詳細檢查線路及各連接處是否妥善，以免在術中發生故障，對手術有所影響。這些電器械是於手術前放入70%—75%酒精中浸泡滅菌，三十分鐘後即可使用。

(二) 手術所用的顱鉗，應於手術前檢查鉗頭銳利程度，如有不銳時應進行修磨，並應注意消毒時禁與其它器械放在一起，防止損傷銳刃。滅菌時用紗布包裹煮沸或用高壓蒸氣滅菌。

(三) 腦組織止血除用電凝器外，大多是用銀夾，因此在術前準備時應將銀夾放於銀夾台上，同時應檢查銀夾鉗與銀夾的按裝是否合適，這樣可在術中隨時應用，做到不耽誤時間。

(四) 腦手術中常常需要各種不同大小形狀的棉花片，應事先做好。在一般開顱術常用的有兩種：一種是短的、寬二厘米、長五厘米。另一種是長的，寬二厘米、長八厘米。制做好後將其排列放於兩層玻璃紙中間折疊起來，外用雙層包皮包裹，用高壓蒸氣滅菌。使用前浸於生理鹽水內。

(五) 準備好橡皮圈、骨腊、安全針、軟質橡皮引流管及胎膜等腦手術常用的器材。

二、術中配合：

(一) 手術室工作人員的分佈位置，應作妥善的安排，以減少手術中的混亂，有助於手術的順利進行。

(二) 病人的姿位，是以病變部位來決定，如顱後凹手術，要求俯臥位，或側臥位。腦幕上手術，要求俯臥位或將頭偏向一側。手術時間一般較長，床墊應柔軟、平坦、乾燥，以免造成褥瘡。為不妨礙呼吸，面部上需放一托盤，後再蓋以敷布在側臥位時應特別注意，防止肢體受壓，經常檢查肢體末梢的色澤。俯臥位時更應注意呼吸功能，在軀干兩旁即由肩關節到髖部用兩個柔軟的大棉捲墊妥，使胸腹稍懸起，利於呼吸。

(三) 輸液注意事項：因手術時間較長，又多用局麻，病人常因疼痛、疲勞、不耐煩以致躁動，而使輸液受到影響，故應特別注意，為了不妨礙手術的進行，應儘可能選擇下肢大隱靜脈較為理想。

(四) 護士的配合：切開皮瓣時，護士應迅速傳遞止血鉗，在皮瓣側用小號彎止血鉗，對側應給直血管鉗，然後以橡皮條圈將止血鉗數個為一組，束在一起，再用安全別針固定在敷布上。這時給術者骨膜剝離器，進行分離骨膜，然後用已連接好的顱鉗，先用尖的扁形鉗頭，後用擴大的圓鉗頭。一般的鉗四——六個孔，有的病例應收集骨沫，留在手術終了時填於顱骨孔內。鉗完顱孔後給綫鋸導器，將綫鋸由一孔引入另一孔，將顱骨鋸開。在顱骨鉗開中，護士應準備沖洗用的橡皮球，用鹽水沖綫鋸條，減少因摩擦生熱容易發生的斷裂。顱骨瓣用鹽水紗布包裹好。如此時顱骨邊緣出血應

給骨脂止血。遇有顱內壓增高者應遞給腦室穿刺針進行減壓。切開硬腦膜後應以較大的鹽水棉花片將手術以外部位的腦組織蓋好，以免造成不必要的腦損傷。在進行腦手術時應準備好剝離器，腦壓板、長槍狀鑷子、沖洗橡皮球，並將長短不同的棉花片擺在術者附近，清擦腔道。腦內如有出血應迅速遞與銀夾及電凝器進行止血。進行深處手術應準備電牽開器作照明用。采下標本時應放於標本瓶內保存以防丟失。手術結束時應用生理鹽水清洗手術野，準備細絲綫小彎圓針縫合硬腦膜，有硬腦膜缺損時，可給胎膜修補。骨瓣復位後給準備軟質橡

皮管做引流再縫合皮膚。包好敷料以絆創膏固定防止敷料滑脫。

三、手術後護理：

術終病人之包紮應由兩人共同進行，擦清面頸部之血跡，一人托頭，一人包紮，松緊應適合，不應壓迫耳翼，如需繞纏頸部更不宜過緊，以免發生呼吸困難。對顱內手術後之病人的移動，應由一人專門扶托頭部，輕放於車上，交給負責醫生，或隨至病房輕放在病床上，以免引起病人的不適或發生危險。送回病房後則手術室工作就基本上完成。

43例腦手術後病人的護理情況介紹

沈陽軍區總醫院

神經外科全體護士

我院自1954年7月至1957年9月，先後共進行了各種腦疾患手術43例，其中7例在術後數日內由於傷勢和病情嚴重而死亡，其餘36例均逐漸恢復和治癒。現將我們對腦手術後病人的護理情況介紹如下：

一、專人護理：

按時測量體溫、脈搏、呼吸和血壓，並在腦手術後一、二日內的患者床旁備好急救盤（盛有開口器、舌鉗子、氣管切開刀、導尿管、急救藥品等）及吸痰器、氧氣，以備急救之用。專門護理的人員，應當仔細觀察患者的病情變化，不能有一點疏忽。在本組病例中，一例顱後凹蜘蛛膜炎的病人，因顱內壓力過高，延髓功能受累，呼吸每分鐘4—7次，由於護理中能及時發現了這種情況報告軍醫，使患者得到救治，轉危為安。在這43例病人的護理中，還沒有因為觀察不周而耽誤病人治療的情況。

二、對意識障礙和昏迷病人的護理：

患者在手術後由意識清晰轉變為意識障礙與昏迷，或麻醉期已過病人仍不清醒時，即應想到可能是腦血腫或腦水腫的形成壓迫所致，

應加以特別注意。對這種病人的護理，主要是保持呼吸道的通暢，清除或吸引口腔的分泌物，防止嚥下性肺炎的發生。本組43例病人術後意識障礙或昏迷者共17人，其中9名術前即有意識障礙情形，8例是術後發生。其中第三腦室造瘻術一例，術後昏迷達三個月之久，由於妥善的治療和護理，終於得到好轉。

三、躁動不安和驚厥的護理：

對於躁動不安和驚厥，一般處理方法是給予鎮靜劑。但是護理上妥善的照顧，往往可以減少藥物的使用。在本組病例中有12例出現躁動不安，2例發生驚厥。在處理上除給以鎮靜劑外，我們特別注意護理上的照顧。在床邊加以床擋，以免發生墜床。我們避免了應用縛縛病人的強制方法，因為這種方法易引起病人用力掙扎而使顱內壓更加增高發生不良後果。同時並要防止自傷，如給驚厥患者白齒間放以紗布捲，以防咬傷舌頭。護理人員應當慎密觀察病情，儘可能發現躁動不安的原因。在以上的病例中，有2例是由於膀胱充盈而不安，經導尿後即好轉。

四、患者体位、局部及皮肤的护理：

对于手术后意识清醒者我们采用了平卧位或头高位，以减少脑的充血。对于昏迷和呼吸道分泌物多的患者应避免仰卧，而采用侧卧位。一般的应将患侧置于上方，尤其是大脑肿瘤摘除术后，以免突然引起颅内内容的大转移而发生意外。

对于手术部位应妥善保护，严防敷料脱落或移动，而致伤口受到刺激或感染。如有渗血浸透敷料者应进行更换。

在不妨碍局部创面的情况下，应经常给患者更换体位，并进行防止褥疮的其他措施。对于头部一侧位的患者，更要注意防止头皮褥疮发生。在本组17例意识障碍的病人中，有的卧床长达三个月之久，一例额叶肿瘤手术患者，由于疏忽和照顾不周，发生了 3×3 厘米的头皮褥疮，这一点，是值得我们今后注意的。至于其他部位则没有发生褥疮。

五、对抗高热：

脑手术后一部分病人体温突然升高，其原因多是手术的部位靠近视丘下部，致使体温调节中枢遭受紊乱，或颅内感染所致。本组病例中，术后发生高热者（ 39°C 以上）9例，我们除了给予一般的对症疗法外，主要是应用以下两种方法，并收效良好：

(一) 长期间的酒精擦浴：以30—50%的酒精溶液，遍擦周身（腹部除外）15—20分钟。酒精浴后一般体温可下降 1°C 以上

(二) 冰水灌肠：以 0°C 水300—500毫升，内加醋柳酸0.6—1.0克，灌入直肠内，经20—30分钟更换，如此反复2—3次，体温就有明显下降。

手术后稍晚时期发生高热者，多系颅内感染的感染，应及时报告军医，予以处置。

六、营养和液体的补充：

一般手术当日都不给任何饮食，对于少数口渴的病人，可每次给予一、二匙白水。翌日开始给予全流汁，以后按病情逐渐改为半流食或一般饮食。术后呕吐较重、下嚥困难或昏迷病人而不能进食者，给予静脉补充液体和维生

素等。在限水期间（较大手术后3—4日内）每日摄入量限于1000—1500毫升左右，对高热多汗患者可酌情增至2500毫升，使尿量保持于1500毫升左右。本组病例中有4例意识障碍，1例嚥下困难，较长时间不能进食，我们采用了鼻饲法。进行鼻饲时，应注意用具的灭菌和食物的温度适宜。我们有一例鼻饲中发生过腹泄，其原因可能是食具不洁而引起。

七、眼的护理：

主要是洗眼、点眼，必要时戴眼罩，以预防眼疾之发生。我们对于意识昏迷的病人，都适时给予揩拭眼部的分泌物，进行洗眼和点眼。在靠近额部手术者，眼睑常发生水肿（数日内），除病人适当解释外，并给予热敷，以促进其早日消失。

八、耳鼻口腔的护理：

耳鼻的护理主要是对耳道鼻孔流出血液或脑脊液者，口腔的护理主要是清除口腔分泌物、嗽口、予防口唇干裂等。

本组病例中，2例颧底骨折，其中一例耳道出血。我们进行清擦后，以无菌棉球轻轻塞住，但忌紧密填塞，以防液体反流，发生化脓性脑膜炎。口腔护理我们着重于意识障碍的病患，给每人准备一套清拭口腔的用具（包括一个小碗内盛硼酸棉球、镊子一把、开口器一个），每次食后，予以清拭。并给口唇涂以甘油或液体石蜡，以防干裂。

九、尿失禁、尿潴留和便秘的护理：

手术后尿失禁和尿潴留的情形皆可发生。本组病例中有9例在意识障碍和昏迷的情况下，发生尿失禁，6例发生尿潴留，除一例因时间较久，我们作了留置导尿管外，其余都为时较短，只进行了一般的处理，如随时更换床单，进行热敷，间隔导尿等方法。对于便秘病人除给予缓泻剂外，也施行了灌肠。

十、肢体的功能运动和离床活动：

部分患者在脑手术后还有肢体功能障碍，有的可以随疾病的痊愈而好转，有的仅可部分恢复或甚至不可恢复。但是，如果能够加强病人的自动和被动运动，则可促进功能恢复，减

輕障礙程度。本組病例中有 9 例偏癱，我們均定时的或不定时帮助患者进行肢体运动，对功能恢复起到一定的作用。

离床活动的時間，是根据病人的具体情况而不同。一般病人在三、四日內即可坐起，一周后即可离床活动。但沉重的病員，需經相当长的时期后才能起床活动。

十一、精神护理：

部分患者由于遺留有头晕、头痛、记忆力不佳、視力、听力和肢体功能运动障碍等症状，而产生情緒悲觀，影响疾病的恢复。在我們的病例中，多数患者都对自己的病情顧慮重重，对此类患者，医护人员应热情耐心，經常給以解释和安慰，並动员亲友和其他休养員协助我們进行这项工作，尽可能解除其思想顧慮，以利

疾病的痊愈。

結 語

一、脑手术后一、二日內应有专人护理。专人护理的責任是仔細观察病情的一切变化。对于意識障碍和昏迷的病人，应特別注意預防吸入性肺炎。对于躁动不安的病人，应特別注意局部伤口的保护，严防敷料脱落而致創口污染。

二、对于脑手术后发生高热的病人，应及时进行处理。我們的体会是：給予患者长时间的酒精擦浴和反复的冰水（加醋柳酸）灌腸，是解除高热的較好方法。

三、在病人长期的臥床中，应注意皮肤的护理。在疾病恢复过程中，随时都应注意患者的肢体功能运动，並給予精神上的安慰和鼓励，有利于疾病的早日痊愈。

肝性昏迷病人的護理

沈阳軍区总医院

程振亚 莫俊臣 李吉昌

肝性昏迷是肝脏病发展到最严重阶段的表现，它的后果是不好的，发生的原因因为胆血症、食道靜静脉曲张破裂出血、血中丙酮酸和乳酸的增高、血糖过低、血氨过高、大量放腹水、过度应用麻醉剂等。肝性昏迷的症状，一般可分为二期，即前驅期和昏迷期。前驅期的時間长短不一，其症状主要是嗜睡，煩躁不安，譫妄，活动迟緩，共济运动失調，震顫，抽搐，由前驅期可突然或逐漸轉入昏迷期。一旦发生昏迷，虽然还能有恢复的希望，但究为少数。因此必須严密观察昏迷的前驅症状，以求早期发现，及时进行搶救，据 A. G. Riddell 氏 1954 年报告 29 例中有 21 例死亡，8 例恢复健康。李剑青氏 1956 年报告 20 例有 14 例死亡，6 例恢复健康。

肝性昏迷在外科范围内，多因門靜脉高压症伴有程度不同的食道靜静脉曲张，突然破裂大

出血，故早期发现呕血及出血的先兆，协助医生及时治疗，是防止昏迷发生的先决条件。出血的先兆是上腹部不适；心慌，头昏，目眩，脉快，出冷汗，口渴，噁心及血压下降等。昏迷一旦发生，不要惊慌失措，应及时迅速搶救。

我院外科三年来遇到肝性昏迷五例。其中一例因胆道梗阻繼发胆血症，二例因食道靜静脉曲张破裂大量呕血，二例因門靜脉高压症施脾摘除脾腎靜脉吻合术后。

例 1，住院号 17151，在脾腎靜脉吻合术后七天，就开始有意識半昏迷状态，言語不流利，尿失禁。但因我們过去沒有遇到过这样疾病，临床經驗少，未能認識出肝性昏迷前驅症状。持續 20 余日，突然进入昏迷，9 小时后死亡。

例 2、住院号 19553，診斷肝硬化，門靜脉高压症，于看电影后，突有心窝不适，胸悶，心慌，出冷汗，