

护理学会年会论文集

长沙市护理学会

一九九六年元月

★优秀论文大会宣读★

目 录

1. 42例腹部手术前后血钾变化分析..... 1
长沙市二医院——王惠敏
2. 股骨干骨折病人的临床护理..... 2
长沙县中医院——周学彬
3. 射频治疗前列腺增生症的体会..... 3
长沙市四医院——王瑞琪
4. 115例胎粪羊水临床分析及助产体会..... 4
长沙市妇幼保健院——向晓山
5. 一例多脏器损伤破裂临床观察及护理..... 5
长沙县二医院——刘香元
6. 护士异常心理浅析及对策探讨..... 6
浏阳市中医院——何梅林
7. 硫酸镁治疗妊高症的临床观察及护理体会..... 7
长沙市三医院——冯建君
8. 血液紫外光照射回输疗法治疗病毒性肝炎的临床观察与护理..... 8
长沙市传染病医院——张小慧
9. 谈护士交班工作..... 9
浏阳市人民医院——张裔如
10. 护士长夜查房三种形式的探讨浅论..... 10
湖大医院——郑建玲 省财贸医院——饶晶石
11. 浅谈输液时静脉穿刺易见回血法的体会..... 11
湖南省农科院卫生科——葛赛娅
12. 76例甲胺磷中毒护理体会..... 12
湖南航天局722医院——郭洪敏
13. 三测单、医嘱单质量检查的重点应从书写格式向内容深化..... 13
长沙市四医院——刘杰

42例腹部手术前后血钾变化分析

长沙市二医院王惠敏

摘要：本文通过对42例腹部手术前后血钾的观察，发现血钾较术前均有降低。因此认为：长期以来，一直强调的手术后三天内不予补钾的观点值得商榷。并提出：手术后应根据病人的血钾测定值情况，适当给予补钾，这对于术后病人的整体机能恢复，尤其是腹部手术后胃肠功能的恢复，起一定的促进作用。

关键词：腹部手术后三天，低钾，补钾。

传统的观念认为：外科较大手术后三天内不宜补钾，其理由是手术的创伤，使细胞内钾离子外流，导致手术后血钾升高。然而，本文通过对42例大中型腹部手术前后血钾变化情况的观察，发现术后血钾比术前血钾均有降低，部分病人甚至低于正常值。

1、资料和方法

1.1 临床资料 42例，男22例，女20例，年龄24-78岁，其中弥漫性腹膜炎6例，胃次全术12例，肠梗阻5例，胆道疾患13例，急性出血坏死性胰腺炎4例，胰头癌2例。

1.2 观察方法 使用988-3钾钠钙分析仪，采用离子电极法，每例病人均于手术前抽取静脉血，测定血钾，手术后三天内再抽取静脉血，测血钾作对比。

1.3 观察指标 各病种手术前后血钾情况如附表所示，数据

用均数±标准差表示,结果用t检验。

附表: 手术前后血钾比较表($\bar{X} \pm S$)

病 种	例数	术 前 单位 (mmol/L)	术 后 单位 (mmol/L)
弥漫性腹膜炎	6	4.94±0.28	4.12±0.36
胃次气	12	4.37±0.26	4.01±0.29
肠梗阻	5	4.39±0.27	3.78±0.19
急性出血坏死性胰腺炎	4	4.33±0.15	3.67±0.19
胆道疾患	13	4.45±0.21	3.65±0.23
胰头癌	2	4.61±0.14	3.71±0.2

术前术后比较: P 值 <0.05 有差异。

2、讨论

一般认为,由于手术所致的组织创伤,导致部分组织细胞坏死,细胞内钾离子外溢,使细胞外液钾离子浓度增高。而本文所观察42例术后三天血钾较术前均有降低,可能与下列因素有关。

<1> 手术后在病人未出现肛门排气之前,均实行禁食,在正常情况下,人体所需的钾,主要是通过进食摄取,当禁食后,机体摄取钾的正常途径就消除,而肾脏对钾的排泄不会因钾的摄入停止而停止。

<2> 术后大量静脉输入无钾盐液体,使细胞外液稀释,故血钾

浓度下降。再由于补液中含有较多葡萄糖，机体利用葡萄糖产热时，一部分钾离子进入细胞内，使血钾降低。另外每日大量液体从静脉输入，病人的尿量亦增多，随尿排出的钾也相应的增加。

<3> 手术的创伤、机体处于应激状态，故使肾上腺皮质激素分泌过多，而肾脏排钾量，主要由肾上腺皮质激素调节。所以肾脏排出的钾也增加。

<4> 术后，特别是腹部手术，一般均给予病人持续胃肠减压，腹腔引流或“T”型管引流，一部分钾可随引流物从体内排出。

<5> 术后虽然有组织细胞的损伤，细胞内钾离子的外溢，但腹部手术肌肉损伤少，细胞内钾离子外溢量也就较少，况且机体内钾离子的总量并没有增加，并有以上原因而导致的丢失，机体内钾离子的总量减少，故血钾也就只可能降低。

由此可见，原来一直强调的术后三天内不宜补钾的观点值得商榷。我们认为，手术后应根据血钾测定值情况，适当给予病人补钾，这对于手术后病人的整体机能恢复，特别是腹部手术后胃肠功能的恢复（促进肠蠕动，减轻肠胀气，促进肛门排气）起一定的促进作用。

参考文献

1. 高等医学院校教材《外科学》第三版，人民卫生出版社
2. 高等医药院校教材《诊断学》第三版，人民卫生出版社
3. 上海第一医学院《实用外科学》，人民卫生出版社

股骨干骨折病人的临床护理

长沙县中医院 周学彬

一、临床资料：我院二年来收治股骨干骨折50例：其中男性32例，女性18例，年龄最小2岁，最大78岁，根据病情，我们采取了相应护理措施，取得满意疗效。

二、护理体会

(一)心理护理：骨折多数由外伤所致，来势急、病人无精神准备、肉体承受较大痛苦、怕残废失去劳动能力。股骨干骨折一般都要进行内固定或牵引术，病人对手术产生焦虑恐惧感，害怕躯体创伤和疼痛，我们根据年龄用适当的语言向病人交代手术重要性，简单手术过程及护理措施，增加病人安全感，消除紧张情绪。如：一位男性患者，23岁，外伤半小时后车送入院，检查右股骨中段骨折，需要手术，病人即处于抑郁、恐惧感中，拒接受手术治疗，怕失去活动能力。我们即进行解释：象你这样的病，我院治愈几十例，无一因失误引起并发症失去生活能力，并列举几例手术病人治愈情况，主动与其交流，了解他的生活习惯、当前遇到的困难，尽量满足要求，帮他解决困难，使他对手术产生安全感，对医务人员产生亲切感、信任感，愉快地接受了手术治疗。

术后心理更加复杂，病人对手术效果急于了解，内心不踏实、心境不佳，骨折固定、牵引限制病人活动，情绪不稳、烦躁。病人回病房清醒后即告手术效果，并向其祝贺，使病人得到安慰和鼓励，解释术后不能活动是暂时的，并告知不能过早活动伤肢的重要性，满足病人生活需要，借一些书刊及告知亲友经常看望病人，以消除烦躁和寂寞感。

(二)观察、巡视：股骨骨折固定后，由于石膏夹板松紧度以及局部肿胀程度所致气血不畅、局部疼痛、肢体肿胀，必须随时观察患肢血运，检查远端皮温、色泽、表面血管充盈度、足背动脉搏动及足趾的活动，列入交班内容，发现肢端青紫、局部跳痛、麻木、外固定夹板移位，及时报告医师调整位置，注意伤肢有无水泡。术后内出血可渗到石膏表面，应随时观察石膏表面是否有血迹以及石膏外面床单有无血迹存在，用棉签沾龙胆紫沿血迹边界划圈，判断表面血迹是否扩大。行皮牵引病人：经常巡视牵引装置是否稳固，病人是否舒服、牵引角度和方向是否符合要求，牵引锤着地或靠床边说明重量不相符，通知医师及时调整，以免影响牵引效果。

(三)饮食：术后由于手术创伤影响，病人常不思饮食，加之卧床肠蠕动减少引起饱胀，进食减少。我们即配合家属了解病人平时饮食习惯和饮食爱好，给予相应饮食，并向病人解释进食后可增强机体抗病能力以及对骨折愈合影响等医学常识，针对病人对饮食要求给予高热量、高蛋白、高脂肪、含钙高的营养饮食，同时给予维生素多纤维食物，保持大便通畅。

(四)预防并发症：

- 1.抬高患肢，以促进局部血液回流，减轻肿胀疼痛，搬动病人时，三人平抬，协同配合，保护患肢，嘱病人不能任意变动患肢位置，术后1—2周骨痂未形成更应注意，以防骨折端再次移位增加痛苦影响骨折愈合，并协助病人大小便，预防患肢移动。

- 2.经常作受压部位，骶部、足跟、踝关节等处按摩。由于卧床时间长，骨折固定活动度少，加上大小便时便盆对尾骶部的磨擦，小儿尿液污染，更易发生尾骶部褥疮，应在尾骶部加以气圈或用软枕托起将尾骶部悬空，定期用红花酒精按摩，皮肤溃烂予以双氧水冲洗再以生理盐水洗净，局部涂以龙胆紫，如有感染时加庆大霉素

涂敷效果更佳，我科 5 例溃烂病人采用上法 5 - 7 天溃烂结痂治愈。同时保持床单平整、干燥，尿湿及时更换，每日热水抹洗全身，促进全身血循环，使病人感觉舒服。

3. 由于病人卧床时间较长，处于强迫体位，常易发生肺部感染，故应注意室内空气流通，禁吸烟，鼓励病人咳嗽，有利于肺通气，减少肺部并发症，防止受凉、感冒。

(五) 功能锻炼：

1. 股骨骨折后 1 - 2 周血肿机化演进，伤肢肿胀、疼痛、骨折断端不稳定，可按摩远端脚趾及踝关节等处，并适当地活动脚趾及踝关节。

2. 3 - 4 周是骨痂形成期，肿胀基本消失、断端逐渐稳定，可适当地活动，活动范围由小到大，在小夹板固定及持续牵引下，可进行撑臀抬臀、伸屈髋、膝等活动。

3. 临床愈合期：此期关节功能都基本恢复正常，病人可弃拐行走，逐步增加蹲下起立及旋转摇膝动作，指导病人出院坚持锻炼，特别是股四头肌锻炼，加强营养，增强肌肉力量，直到功能恢复为止。

(六) 其他护理：手术早期为炎症期，此期应保证抗菌素在血浆中的有效浓度，应按医嘱准时给药，并观察药物副作用，如链霉素用后有无发麻、耳鸣等神经及耳毒性，保持液体通畅，保护静脉，由于用药时间长，静脉穿刺时从远心端向近心端注射，发生静脉炎予以热敷和硫酸镁湿敷，皮牵引者每日用 75% 酒精点滴钢针两端与皮肤相接处 3 次，针眼处的痂皮不能随便擦掉，防针眼感染。

射频治疗前列腺增生症的体会

长沙市四医院泌尿外科 王瑞琪

应用射频温热治疗前列腺增生症(BPH)是一种简便、经济、有效的新技术。它是通过温热效应($43.5-46.5^{\circ}\text{C}$)作用于前列腺部位,引起组织血管的坏死,线粒体和核仁破坏^{<1>}使增生组织变性、局灶坏死、软化、吸收等变化,从而致增生组织萎缩,解除对尿道的压迫,以恢复病人的正常排尿功能,我院从1994年9月-1995年10月用射频治疗前列腺增生32例,均取得了较满意的效果。治疗后1-2月随访,总有效率为86.5%。

临床资料

一、一般资料:

本级32例,年龄43-84岁,平均65岁。其中有18例(56%)伴有其他系统疾病,如高血压、糖尿病、呼吸和神经系统疾病。

二、临床表现:

患者均有下尿路梗阻病状,如排尿困难、无力、尿线细、分叉和夜间尿频。

三、治疗方法:

本级患者均经射频治疗,整个疗程为一次,时间3小时,一般温度为 $43.5-46.5^{\circ}\text{C}$,患者平卧位或半坐位,2%利多卡因 5-8ml灌注尿道,以减轻疼痛,经尿道口插入带电板的16下气囊导尿管,气囊以15ml生理盐水或空气充盈,并向下牵拉,气囊即位于膀胱颈部,电板正好对着前列腺,全部治疗时间和温度均为电脑控制,治疗中患者尿液可经导尿管流入引流袋。

讨论

近年来,我国前列腺增生发病率有所增加,手术治疗是理想的方法,但由于BPH患者多系年老体弱,且常伴有其他系统的疾病(本组占50%),手术治疗有一定的危险性。而射频治疗BPH安全、痛苦小、并发症少,对前列腺增生有排尿困难而不愿手术者,年老体弱合并其他半发症而不能手术者,是一种较为理想的治疗方法。

射频治疗的原理是利用射频电磁波局部深层加热前列腺增生组织(42℃以上),使其增生组织萎缩坏死,从而达到拓宽受阻尿道,使排尿通畅的目的。本组患者经射频治疗后,28例症状改善,且在治疗中及治疗后均未发生严重的并发症,治疗时患者均有尿道灼热感和阵发性膀胱刺激症状,一般能忍受,仅一例患者,治疗中温度升至42.5℃时,不能忍受这种热力及膀胱刺激症状。即给予安定10mg肌注,自觉症状缓解不明显,医嘱给予杜冷丁50mg肌注后,坚持完治疗。

射频治疗后,前列腺部尿道粘膜有水肿和充血,因此,95%以上患者治疗后1-2天内有尿频、尿急和尿道刺痛症状,三天后症状逐渐消失。本组有2例治疗后有轻微血尿,可能与插尿管时损伤尿道粘膜有关。如治疗前合并尿潴留,治疗后2-3周能拔管自行排尿。

射频治疗前应注意做好病人的心理护理,解除病人的忧虑情绪,使病人积极配合治疗,以达到治疗的最佳效果。

参考文献

- 1.王奇文 首次加拿大经尿道射频治疗前列腺增生症的研究,国外医学泌尿系统分册 1993.7 38
- 2.赵文汇 前列腺增生症射频治疗后两种尿管置入方法的研究 中华护理杂志 1994.7 408

115例胎粪羊水临床分析及助产体会

长沙市妇幼保健院 (41007) 向晓山

胎儿如为顶先露,破膜后羊水内混有胎粪则为胎儿宫内缺氧胎儿窘迫的表现,如处理不当可引起新生儿窒息甚至胎儿死亡。本文根据115例分娩时羊水为胎粪样进行分析及羊水为胎粪样的助产体会。

一、临床资料

我院自1994年3月-9月共收住院产妇758人,发现有胎粪羊水115例,发生率为15.19%。

表1 分娩方式

	平 产	吸引器	剖宫产
例数	71	6	38
%	61.82	5.2	33

二、结果与分析

(一) 胎粪样羊水的发生与各种因素有关:

1. 脐带异常: 115例胎粪羊水中有43例分娩时发现有脐带绕颈、绕身或者脐带过短、打结,影响胎儿的血液供给,发生率为37.3%。
2. 过期妊娠或胎盘功能Ⅲ级34例占29.5%,因过期妊娠,胎盘钙化,胎盘血液循环减少,造成胎儿宫内缺血缺氧。
3. 产程中宫缩过强,急产易造成胎儿宫内缺氧,或者产程延长,

继发性宫缩乏力；产妇心理负担过重等因素约占22.6%。

4. 妊娠高血压综合症，妊娠合并其它疾病引起胎儿宫内缺氧，造成胎粪羊水约11%左右。

(二) 分娩方式与围产儿预后见表2

分娩方式与新生儿窒息情况

平 产			吸 引 器			剖 宫 产		
轻度	中度	重度	轻度	中度	重度	轻度	中度	重度
16	2	3	1	5	1	6	0	0
47%	5.9%	8.8%	2.9%	14.7%	2.9%	17.6%	0	0

二、讨论与体会

1. 早发现早处理心中有数，要求孕妇定期产前检查进行胎心监护及B超检查，观察胎儿颈部是否有脐带搏动及胎盘功能情况，发现有异常应提早住院待产，对过期妊娠者留尿作E/C值并尽早处理。

2. 做好心理护理，对个别吵闹厉害的产妇应关心，对她讲明分娩的过程，减轻心理负担帮助顺利渡过分娩关。

3. 适时应用人工破膜，产妇宫口开大2-3cm胎膜未破者给予人工破膜，可以及早发现羊水情况，本组有83例是人工破膜时发现胎粪羊水占72.16%。

4. 严密观察产程进展及宫缩情况，勤听胎心音破膜后应观察羊水性状，运用胎心监护仪观察胎心音与宫缩之间的关系。如出现迟

发性胎心音减慢提示子宫-胎盘功能不足，必须引起临床重视，应配合医生积极处理，迅速输氧，静滴5%碳酸氢钠及能量合剂，如出现散发性胎心音减慢，减慢胎心音与宫缩无关可能是脐带受压影响，可以嘱产妇改变体位并严密观察胎心音的情况。

5. 正确选择分娩方式，胎粪样羊水胎心音缓慢不规则者，情况紧急须尽快缩短产程，结束分娩，从根本上解除胎儿缺氧，胎儿预后与分娩方式的选择关系密切，我们应根据产次、胎儿体重的估计、宫缩及宫口开大情况选择最佳分娩方式如胎心音有改变或估计短时间内不能从阴道分娩行剖宫产者，本组38例为上述情况，如宫口开全可借用产钳、吸引器迅速结束第二产程。

6. 新生儿窒息的抢救：顶先露胎粪羊水均有胎儿宫内窘迫，娩出的新生儿呼吸道多有大量分泌物，而清除呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅是抢救新生儿的关键措施。因此，助产前应备好吸痰器、氧气、气管插管新生儿喉镜及急救药品，胎儿娩出后首先吸净呼吸道分泌物，然后根据窒息情况分别输氧、气管插管、脐静脉注药等，必要时行胸外心脏按压及口对口人工呼吸，待新生儿呼吸建立、皮肤转红、哭声宏亮方可断脐，同时要注意保暖。

7. 预防产后出血及感染，胎儿娩出按摩子宫双合谷注射催产素20u，并仔细检查产道有无损伤，若会阴有伤口应嘱产妇取侧卧位，用1/1000新洁灭尔擦洗外阴，每日2次，保持外阴清洁，用抗生素预防感染。

一例多脏器损伤、破裂临床观察及护理

长沙县二医院 刘香元

患者，男性，30岁。因被手扶拖拉机碾伤腹部4小时而急诊入院。该外伤后腹部疼痛难忍，呼吸困难，心冲、气促、头昏眼花。诊断为腹部闭合性损伤，脾破裂，失血性贫血、休克，体查：体温 36.70°C ，脉搏140次/分，呼吸30次/分，血压10/5Kpa，急性重病容，重度贫血貌，背部肿胀，压痛明显，隆起一包 $10\times 12\text{cm}$ 。腹腔穿刺抽出不凝固血性液。3起提示腹腔有大片液暗区。照片未见骨折，胸片示两肺急性肺水肿，以右侧为甚，即在连续硬膜外麻下行剖腹探查术。术中证实：脾破裂（行切除），空肠上段穿孔（行修补术），降结肠系膜损伤出血，双肾挫伤，胃挫伤，后腹膜巨大血肿，弥漫性腹膜炎，失血性贫血、休克。术后经严密观察病情变化，监测生命体征，输血、输液、精心护理，患者住院29天痊愈出院。

一、急救与处理

对于外伤性多脏器破裂合并创伤性出血性休克的患者，入院后立即抢救予以抗休克处理。

1. 氧气吸入，由鼻导管给氧，流量每分钟4升。湿化瓶内加入50%酒精，并保持呼吸道通畅。

2. 立即建立两条静脉通路，快速补液，交叉配血，加压输血，扩充血容量。

3. 给予导尿插管并保留，以观察单位时间内的尿量及补液的速度。

4. 做好术前准备，备皮、备血、持续胃肠减压，抽血作检验。

二、术后观察及护理

1. 严密观察生命体征记出入水量。因大手术后生命体征尚未平稳，出血的可能性依然存在，我们按每15-30分钟给测量一次，观察患者有无烦躁不安，面色苍白、四肢厥冷、血压下降出血性休克症状，并详细记录24小时出入水量，肾挫伤后，观察尿量可了解肾功能血容量情况，并作为补液量参考，为临床提供可靠的依据。术后第一天第二个四小时尿量少于100ml，立即报告医生，调整补液速度，给予利尿剂，防止忽视的是原肾功能代偿不全。体温的观察对于术后病人是关键，术后48小时内体温升高不超过38℃，可视为吸收热，不必处理，如果体温升高超过38℃或术后48小时之后仍升高则提示有感染的可能。患者术后第5天体温持续38℃以上，不超过39℃，查看伤口无红肿、渗液，考虑是血肿吸收所致。根据情况加大了抗菌素的应用。第6天体温降至正常。

2. 饮食与补液：由于行肠修补术，有胃挫伤，术后禁食，持续胃肠减压，术后第一天定时抽出的胃液为咖啡色，我们特别注意了进食的时间，术后第四天肛门排气，开始进少量流汁，逐渐改为半流、普食、进营养丰富、少渣易消化食物。补液遵医嘱，按先后顺序，注意药物的配伍禁忌，原则先盐后糖，先晶后胶，先快后慢，见尿补钾，补足每日生理需要量，患者入院肺水肿，考虑肺挫伤，补液时随时调整补液速度，观察有无咳嗽及血性泡沫样痰，防止肺水肿加重和心力衰竭的出现。

3. 口腔护理：

患者病情危重，留有氧管、胃管、禁食，口腔随时有可能感染，我们采用0.9%生理盐水每天3次清洗口腔，防止了口腔炎和化脓性腮腺炎的发生。

4. 各管道的护理及引流观察：病人从手术室返回病房，带有腹

腔引流管4根、胃管一根、导尿管一根，病人取平卧位，固定好引流管于床边，防止脱落与扭曲，受压和阻塞，保持通畅，引流袋每天更换。引流液的观察，如果48小时引流液为血性且量多，应考虑有活动性出血，本患者术后48小时-72小时引流液逐渐减少50ml以下，引流液为淡红色，第三天拨除双上腹腔引流管，第四天全部拨除，伤口敷料无渗血和渗液。胃肠减压术是为了抽除胃液肠内积气、积液，使肠道充分休息，改善胃肠道血运，促进胃肠道功能恢复，我们发现胃液咖啡色，将负压引流袋接胃管改为定时用空针抽吸胃内容物，随时观察胃液的变化，术后48小时咖啡色液体逐渐转为淡绿色到正常。

5. 体位与活动：术后6小时去枕平卧，并协助病人两侧交替。24小时生命体征基本平稳，取半卧位，使腹腔液积于盆腔最低位，既减少毒素吸收又便于引流，利于改善通气功能，减少肺部并发症，使腹肌松弛减轻伤口疼痛。在协助更换体位时，注意避免因急躁变更体位而引起吻合口移位和崩裂，术后6天协助其在床上活动，第7天下床病情逐渐恢复。

1995. 10. 31

护士异常心理浅析及对策探讨

湖南省浏阳市中医医院 何梅林

摘要 本文针对目前护理人员中存在的异常心理,从历史因素、社会因素、工作强度、护理劳动价值、家庭以及自身素质几方面进行了原因分析。并对排除对策作了探讨。

关键词 护士异常心理 原因 对策

每一个人都有对自己职业产生不同程度的心理反应,护士作为社会中的一个群体,亦会有各种不同的心理反应。其中有的护士积极上进,热爱护理专业,工作认真负责,立志为护理事业的发展奉献出自己的青春,乃至生命;有的护士消极等待,无可奈何,对护理工作没有正确的认识,得过且过,安于现状,“做一天和尚撞一天钟”;有的护士甚至随时准备放弃护士职业,到处活动,想方设法,寻找机会,跳出护士行业。前一种反应是正常的,是有利于护理工作的开展和护理队伍的稳定,是积极的;而后两种心理反应是属于异常的,它不但严重影响着护理工作,给护理管理带来困难,而且直接影响着护理队伍的稳定,阻碍护理事业的发展,是消极的。这就必须引起广大护理界的重视。笔者通过多年的护理临床实践和护理管理工作,现将护理人员的异常心理进行分析、归纳,以供大家参考。

究其产生的原因,笔者认为有以下几方面的因素。

一、历史因素。护理学起步晚,虽然说在我国有着悠久的历史,但经过几千年漫长的封建社会,一直都是保持医护不分家的状态,直到十九世纪中叶,在西方医学和护理学的影响下,才逐步得以形