

长沙市护理学会“97”学术年会

论
文
集

长 沙 市 护 理 学 会

一九九七年十二月

目 录

1. 重症颅脑损伤患者早期 ENNF 与临床监护 … 长沙市一医院	汤建荣	秦惠辉(1)
2. 肺心病的观察及护理…………… 长沙市一医院		彭立明(2)
3. 急性心肌梗塞病人的心理护理…………… 长沙市一医院		郭代芳(5)
4. 早产、低体重儿护理体会 …………… 长沙市一医院		李丹丹(7)
5. 气管异物并气管切开术后的观察和护理…………… 长沙市一医院		肖端明(9)
6. 脑血管意外亚型——蛛网膜下腔出血的护理 …… 长沙市一医院	李群	张细纯(12)
7. 垂体瘤患者护理体会 …………… 长沙市一医院		胡明友(14)
8. 手术病人发生静脉炎的分析 and 预防 …………… 长沙市一医院		高原芝(16)
9. 两孔法胆囊切除手术配合 …………… 长沙市一医院		范小艳(17)
10. 介绍一次性定量负压静脉采血器…………… 长沙市一医院		屈俭纯(19)
11. 护理道德在神经外科的应用体会…………… 长沙市二医院		马惠玲(20)
12. 谈癌症病人术前的心理支持疗法…………… 长沙市二医院		邓 宁(22)
13. 92 例光量子血疗的临床观察 …………… 长沙市二医院		熊宗艳(24)
14. 肺叶切除术中的护理配合…………… 长沙市二医院		江好平(26)
15. 建立导诊制度, 提高门诊工作质量 …………… 长沙市二医院		廖晓英(28)
16. 影响母乳喂养因素的分析…………… 长沙市二医院		刘宏辉(29)
17. 浅谈出入量记录中存在的问题…………… 长沙市二医院	马惠玲	邓红娟 (31)
18. 会阴缝合与羊肠线的选择…………… 长沙市二医院		董小文(33)
19. 严重创伤病员急救护理体会…………… 长沙市三医院		严泳湘(34)
20. 脑溢血病人急性期的观察及护理…………… 长沙市三医院		陈文辉(37)
21. 静脉留置针在手术中应用体会…………… 长沙市三医院		彭 清(39)
22. 脑出血 24 例护理体会 …………… 长沙市三医院		彭诗兰(40)
23. 抢救氨茶碱中毒患儿二例护理体会…………… 长沙市三医院		谢 立(41)
24. 浅谈断指再植术后的观察及护理体会…………… 长沙市三医院		李瑞文(43)
25. 透析器重复使用的体会…………… 长沙市三医院		陈秋雁(45)
26. 中风后遗症的中医护理…………… 长沙市三医院		严建平(45)
27. 一例喉癌患者出院指导的体会…………… 长沙市三医院		严泳湘(47)
28. 浅谈引产妇的心理护理…………… 长沙市三医院		邓莉亚(49)
29. 纳洛酮治疗急性酒精中毒患者的体会…………… 长沙市三医院		孙照群(50)
30. 自发性气胸的护理要点…………… 长沙市三医院		师银华(52)

31. 老年性便秘灌肠的护理·····	长沙市三医院	严建平(53)
32. 老年出血坏死性胰腺炎术后的护理·····	长沙市三医院	彭喜平(54)
33. 群体心理与护理管理·····	长沙市四医院	郭 勤(56)
34. 输血中的护理安全问题与防范·····	长沙市四医院	彭瑞萍(59)
35. 慢性副鼻窦炎的“三联”治疗及护理·····	长沙市四医院	李友良(60)
36. 老年人的手术配合·····	长沙市四医院	范利亚(62)
37. 氩氦激光血管内照射治疗脑血管疾病的护理·····	长沙市四医院	谢 蕾(64)
38. 胆石症术后的护理·····	长沙市四医院	蒋 利(65)
39. 7例胰岛素治疗糖尿病诱发低血糖昏迷的护理·····	长沙市四医院	曾伟平(67)
40. 急性上消化道大出血的观察及护理体会·····	长沙市四医院	谭立新(68)
41. BGXY—I型扁管式光量子血液治疗仪护理操作体会·····		
·····	长沙市四医院	张虹燕(71)
42. 冠心病病人的心理分析及护理·····	长沙市四医院	王艳娟(72)
43. 12例早产儿疾病的护理体会·····	长沙市四医院	彭佩群(74)
44. 住院病人的服药指导与护理·····	长沙市五医院	黄秀良(76)
45. 预防接种百白破疫苗异常反应体会·····	长沙市五医院	肖 平(78)
46. 浅谈毕业五年以内护士的素质培养·····	长沙市五医院	林 健(79)
47. 肺心病并发呼衰的护理体会·····	长沙市五医院	林 健(81)
48. 一例洁霉素所致重症药物性皮炎的护理·····	长沙市五医院	李 铭(83)
49. 成人呼吸窘迫综合症的护理体会·····	长沙市五医院	周星跃(84)
50. 肺结核并大咯血的护理体会·····	长沙市五医院	袁妹群(86)
51. 淡水淹溺患者的急救与护理·····	长沙市五医院	肖汉强(88)
52. 对19例乙脑患儿的护理体会·····	长沙市六医院	饶岁新(90)
53. 野荆液在临床应用中观察体会·····	长沙市六医院	刘淑兰(92)
54. 对重症肝炎患者实施的心理护理的做法和体会·····	长沙市六医院	陈燕霞(93)
55. 人工股骨头置换的手术室护理·····	长沙市中医院	刘大山(94)
56. 截瘫病人褥疮的防治·····	长沙市中医院	鲁灿阳(95)
57. 在职护理人员的继续教育·····	长沙市中医院	陈姣媛(96)
58. 强化戊二醛消毒灭菌效果及临床应用体会·····		
·····	长沙市口腔医院	祖凤香 李 莎(98)
59. 加强护士素质, 提高服务内涵·····	长沙市妇幼保健院	胡艳红(99)
60. 母婴同室护理体会·····	长沙市妇幼保健院	张利明(102)
61. 谈谈护理道德情感与患者康复关系·····	长沙市妇幼保健院	杨利燕(103)

62. 医护人员怎样预防爱滋病的传播	长沙市妇幼保健院	喻 忠(104)
63. 小儿颈静脉穿刺的体会	长沙市妇幼保健院	周 琪(105)
64. 一例罕见的会阴三度破裂缝合的护理体会	长沙市妇幼保健院	苏科誉(106)
65. 239 例外伤患者的心理护理体会	长沙县第一医院	唐亮辉(107)
66. 便秘, 饮食对心梗患者的影响及护理	长沙县第一医院	郑兆立(109)
67. 晚夜班巡视病房重要性的体会	长沙县第一医院	夏剑萍(111)
68. 26 例护理差错分析	长沙县第一医院	夏剑萍(112)
69. 一例多胞胎剖宫术后护理体会	长沙县第一医院	史 惠(114)
70. 临床老年静脉穿刺浅见	长沙县第一医院	袁定美(115)
71. 急性多发性神经根神经炎病护理体会	长沙县第二医院	冷伏元(116)
72. 护理差错的原因分析及对策	长沙县第二医院	廖建华(117)
73. 一例糖尿病伴重症胆管炎术后的护理	长沙县第二医院	易晶德球(118)
74. 隆鼻手术前后护理体会	湖南省财贸医院	朱玉兰(119)
75. 89 例护理差错分析	解放军 5712 厂医院	方孟能(120)
76. 浅谈产时产妇的心理护理	湖南地质矿产局职工医院	罗银莲(122)
77. 内科老年病人的护理	湖橡职工医院	罗琪(124)
78. 职工医院加强供应室素质	省地矿厅职工医院	王黔燕(125)
79. 学习护理管理, 提高护理质量	冶金设计院卫生科	李跃南(126)
80. 加强护理管理, 提高护理质量	浏阳市人民医院	曾绍莲(127)
81. 心理护理之我见	浏阳市人民医院	孙 跃(128)
82. 低能量 He—Na 激光血管内照射治疗体会	浏阳市人民医院	黎春秀 周胜国(130)
83. 高龄眼病患者的心理探讨及护理	浏阳市人民医院	赵美蓉(131)
84. 偏瘫患者恢复期护理	浏阳市人民医院	李 红(134)
85. 老年慢性肾功能衰竭病人的家庭护理	浏阳市人民医院	赵美蓉(135)
86. 一例心腔贯穿伤病人的护理体会	浏阳市人民医院	周奇英 邹习珍(137)
87. 破伤风抗毒素(TAT)皮试致过敏性休克一例报到	浏阳市人民医院	沈宏英(139)

重型颅脑损伤患者早期 ENNF 与临床监护

长沙市第一医院 汤建荣 秦惠辉

摘要:文章小结了在 58 例重度颅脑损伤患者(SCCL)中实施早期胃肠内营养鼻饲法(ENNF)的护理体会,并对 ENNF 期间发生的并发症进行了临床观察。认为在 SCCL 患者实施早期 PN+ENNF 营养支持有利于疾病的康复。在临床护理除应做好管道护理外重点应对 ENNF 期间可能同时出现的消化道出血、腹泻、高血糖症及胃潴留等并发症加强监护。

关键词:SCCL ENNF 护理

随着创伤营养学研究的深入,认为对重度颅脑损伤(SCCL)患者尽早实施胃肠内营养对促进疾病康复很有好处。由于 SCCL 患者创伤后机体一系列病理改变,在进行肠道营养的鼻饲喂养法(Enteric nutrition Nasal feeding ENNF)的同时可发生一些并发症,影响到 ENNF 甚至病情的转归。我科 1993 年 1 月—1997 年 1 月收治 58 例 SCCL 患者,在接受救治过程中,进行 ENNF,现将护理体会介绍如下:

1 临床资料

本组病例男 41 例,女 17 例,年龄 18—68 岁。其中脑挫裂伤 18 例,脑挫裂伤并颅内出血 31 例,脑干损伤 9 例。GCS 评分<7 分 38 例,8—10 分 19 例。除 7 例病情笃重只采用周围静脉输入营养支持(PN)外,余 51 例均在伤后 36—72h 间即实施 PN+ENNF。接受 ENNF 时间在 10—21 天,病情稳定改善后即改为口服进食(EN)。全组 32 例痊愈,占 55.2%,19 例好转占 32.7%,7 例死亡占 18.9%。

在实施 ENNF 期间同时发生的主要并发症有消化道出血、腹泻、高血糖以及胃潴留,见表 1。

表 1 ENNF 期间并发症情况

n	消化道出血	腹泻	高血糖	胃潴留	合计
51	6	11	5	8	30
%	11.76	21.57	9.80	15.69	58.82

2. 讨论与护理体会

2.1 SCCL 创伤后机体表现为能量消耗增加,分解代谢增加,若伤后早期不能及时适当补充足够的热能、蛋白质及其他营养物质,机体将分解利用自身糖原、脂肪和蛋白质

继而引起体重下降、低蛋白症、免疫功能降低、伤口愈合不良、感染率增高等,从而影响疾病的恢复以及神经元的修复和再生。^[1]早期实施胃肠内营养支持能维持消化道结构和功能的完整性,营养素经白门静脉系统吸收输送到肝脏,有利于蛋白质的合成和代谢调节。SCCL 多有意识障碍,不能从口腔进食,所以,选择 ENNF 是最佳营养支持方式。

2.2 鼻饲管道的护理:对 SCCL 有意识障碍时,插胃管宜选择质地较硬的中号胃管。鼻饲体位以右侧斜坡卧位为好。鼻饲前应先吸痰,以免鼻饲过程中痰液刺激引起咳嗽、呕吐。饲食后用少量温开水冲洗管道内流质然后封闭管道口。饲食后 30min 不搬动病人。胃管每周更换一次,固定胃管胶布每天更换一次,口腔护理 2 次/日。

2.3 ENNF 期间的监护:

2.3.1 消化道出血是 SCCL 死亡原因之一。SCCL 对消化系统的影响一是由于 SCCL 均有不同程度缺氧,胃肠道粘膜也受损;二是由于交感神经麻痹使小肠血管扩张、瘀血,迷走相对兴奋使胃酸分泌增加,损害胃粘膜屏障,致粘膜缺血、局部糜烂出血。护理过程中对此应密切监护,注意观察胃液及粪便颜色的变化,及早发现有否消化道出血情况。本组有 6 例并发消化道出血,经使用洛赛克等治疗痊愈。

2.3.2 腹泻是常见并发症,其发生率可高达 62%^[2]。腹泻多为大量水样便。腹泻认为系由于消化道粘膜缺氧水肿致消化吸收功能的紊乱,以及长期大量使用抗生素使肠道菌群失调所致。粪便检查提示霉菌感染所致腹泻占 69%。发生腹泻,应给予改良要素饮食,给予助消化药,应用抗霉菌药,可用制霉菌素研末 2 次/日由胃管注入,一般 48h 腹泻可停止。其间除观察粪便情况外,应注意皮肤护理,防止皮肤溃烂。

2.3.3 血糖的监测:高血糖在颅脑损伤后 24h 发生较为普遍,高血糖可进一步加重脑细胞的损害。因此,做好血糖监测和对高血糖的防治是必需的。护理要点是定时做好血糖、尿糖的监测、本组有 45 例预防性应用了胰岛素静滴,应依据血糖的水平,调控胰岛素的用量和滴速,使血糖得以维持在正常水平。

参考资料

1. Gadisseux, Ward. JD, Young HF, et al, Nutrition and neu - rological patient J Neuro Surg 1984 60 219。

2. 黄承瑶 重型颅脑创伤病人的肠道营养支持《中华护理》杂志 1996 8 P435

肺心病的观察及护理

长沙市一医院 彭立明

慢性肺原性心脏病(简称肺心病)是由于各种疾病引起肺脏的结构和功能异常,导致肺循环阻力增高,右心肥大甚至衰竭。为我国常见病和多发病。发病率约为 0.46%,高

寒及高原地带高于此数。虽经临床多年努力,住院病死率仍近 20%,可见本病危害性甚大。我科于 1996 年 6 月至 1997 年 5 月共收治肺心病患者 78 例,其中男 68 例,女 10 例,死亡 8 例。本文就护理观察及治疗本病方面介绍几点护理体会。

1 本病的护理评价:

因肺心病而要住院治疗大多是肺、心、脑功能失代偿的急性发作患者,病情较严重及复杂。例如肺脑患者,如观察不仔细,不能正确了解病情,就会延误治疗护理,则病情继续迅速恶化,待至出现紫绀或昏迷就难逆转。因此肺心病急性发作入院,首先应该了解病史,包括主诉、现病史、既往史。由于本病的低氧血症与高碳酸血症主要影响呼吸,循环以及中枢神经系统,故应重点了解这三个系统的症状与体征,在作出正确的病情估计基础上,才能制定出合理的护理计划。而对危重患者还应随时仔细观察病人的生命体征,作出护理判断。

2 呼吸系统的护理观察

我们见到肺心病人即使在代偿期及缓解期也有轻度缺氧现象:主动活动减少,轻度活动即感胸闷、气促、说话用短句,说话时换气次数增多,而急性发作失代偿期则缺氧明显加重,往往只能利用呼吸间隙说话。待到需用几次呼吸间隙才能说完一句话则已有严重呼吸困难了。在治疗中,还可看到呼吸频率增加及幅度增大或不变,提示通气过度;频率减少与幅度减弱,揭示通气不足;频率与幅度都减弱伴随呼吸痰鸣音提示呼吸衰竭;频率快慢交替与幅度浅弱及或呼吸时伴张口、点头、暂停提示严重呼吸衰竭。

参考以上呼吸现象,有助于对病人呼吸系统作出较正确的护理评价。

3 心血管系统护理观察:

我们观察所见,当肺心病人有急性呼吸道感染酸硷及电解质紊乱时,容易发生心律失常及心衰,而老年肺心病人更易于发生心律失常及心衰,后者往往并存有高血压或/及冠心病。

心律失常以房性早搏较多,其次是阵发性室上性心动过速,但后者在本病尤其应该与窦性心动过速相鉴别,例:男,67 岁,肺心病合并急性呼吸道感染。住院期间发生心动过速,心率 154 次/分,心律齐,心电图诊断:阵发性室上性心动过速。医嘱异搏定 5mg 静脉推注。注射后患者自觉较前舒适。但我们发现患者心率仍 120—130 次/分,咳嗽或床上稍活动后可达 140 次/分左右,考虑到阵发性室上性心动过速有突然开始与停止及心率不易改变的特点,而认为患者诊断符合窦性心动过速。及时与医生联系,给氧后,心率渐降至 110 次/分以下。

对用洋地黄的肺心病人,也必须注意观察脉搏、心率、心律、血压,因本病的洋地黄治疗量与中毒量接近,易发生中毒。例:男,73 岁,因心悸、气急、全身浮肿 1 周入院、诊断、肺心病、心功能Ⅲ级。服狄戈辛 0.25mg 一日 2 次。次日下午,自觉症状较前稍有好转,但观察脉率 94 次/分,每二次搏动后有一间隙,似为二联脉,疑有洋地黄中毒,即报告医生,作 ECG 为室性二联律,立即停服狄戈辛,静滴氯化钾,二联律渐消失。我们的体会是

肺心病人尤其老年病人使用洋地黄过量时,临床可以没有中毒的症状表现,心率亦可以在“正常”限内。

4 对中枢神经系统的护理观察

肺心病失代偿期患者,其精神及行为可有改变,但有时这类改变表现错综复杂,如不仔细观察分析,可能混淆诊断,处理失误,造成严重后果。

肺脑兴奋型有狂躁、精神错乱和抽搐易与代谢性硷中毒的狂躁、谵妄、肌张力增高相混淆,虽二者的治疗是完全不同的,但无论哪一种,都忌用镇静剂,临床上就有肺心病人治疗过程中发生代谢性硷中毒表现狂躁时应用小剂量镇静剂时出现呼吸抑制的现象,肺脑抑制型有神志淡漠、恍惚、嗜睡、昏迷易与低钠血症的嗜睡相混淆。

因此,护理时应对肺心病有精神及行为改变的患者,仔细观察异常的情况,瞳孔的改变以及血生化及血气分析,协助医生避免误诊。

5 氧疗

关于肺心病急性发作期显著低氧血症患者进行氧疗的护理已有较多阐述,而就如何合理的氧疗,以充分发挥氧疗的作用,我们体会如下:

5.1 氧疗时,最重要的护理是尽量保持气道的通畅,否则任何浓度流量的给氧都不能充分有效地进入下呼吸道。所以应在控制感染的基础上解除或减轻支气管痉挛,对痰量多又不易咳出者应予雾化吸入治疗并加强吸痰,必要时行气管切开。

5.2 一般以低流量持续吸氧方法较好,可缓解缺氧又安全并易于护理。但对有显著呼吸浅速,张口呼吸及已有呼吸衰竭表现者,有效地吸入下呼吸道的氧明显减少,以致缺氧继续加重,呼吸衰竭无法逆转。此时对这类患者应立即改高浓度给氧。

5.3 在以高浓度氧疗吸入过程中,应加强对呼吸、心律、神志的观察。如发现患者呼吸、心率较氧疗前加快,缺氧反而加重甚至昏迷,应警惕二氧化碳麻醉之可能,并立即与医生联系。

5.4 危重患者氧疗监护中,血气分析结果有重要指导意义。 $\text{PaCO}_2 > 60\text{mmHg}$ 时,提示已有呼吸衰竭,应予控制性吸氧,如 $\text{PaO}_2 < 30\text{mmHg}$ 时,是给高浓度氧的强烈指征。 $\text{PaO}_2 > 70\text{mmHg}$ 时,将出现明显肺性脑病症状,并警惕二氧化碳麻醉之可能。因此,我们认为护士应学习与掌握血气分析知识,在护理工作中注意参照血气分析资料进行血气监护将有助于提高护理质量。

6 雾化吸入疗法

在肺心病人的气道通畅护理中,雾化吸入疗法是用于呼吸道局部并协同使用多种药物的简便易行,奏效较快,针对性较强的一种无创性方法。也是当治疗急性呼吸道感染的全身性用药疗效不佳或出现严重副作用或患者有肝肾功能衰竭而禁忌全身用药时的一种补助治疗手段。但是临床上,我们在使用雾化吸入时,还存在不少问题。因反复吸入抗生素而发生药物致敏现象及耐药菌株的出现,由于合并应用激素而导致呼吸道二重感染,异丙基肾上腺素舒喘灵等支气管扩张剂可能诱发心律失常,心绞痛,加重高血压,并对合并

有支气管扩张症者诱发咯血。部分哮喘病人或痰鸣难咳出者经几次喷雾吸入而未能减轻症状,便误为药量不足而盲目增加喷雾次数而致药物毒,副作用增加,喷雾器与病人口腔距离不适合而影响疗效。所以在雾化吸入疗法护理中,我们应该注意以下几点:

6.1 护士应熟悉与掌握各种常用雾化剂的药理,协助医生掌握使用的适当症与禁忌症。

6.2 使用抗生素前应常规留痰作细菌培养及药敏试验。

6.3 如疗效不佳或病情加重,应观察有无耐药及局部二重感染现象,有无药物毒、副作用产生。

6.4 对较长期喷雾吸入患者应加强口腔护理。

6.5 应教会家属及病人正确使用。

7 安全护理

由于严重肺心病人有显著低氧血症,常有不同程度精神及行为上的改变,缺乏自知力与自制力,可以发生自行拔掉输液针头,损坏输液瓶,拒绝服药,跌倒甚至自伤等情况,肺脑病人还可发生嗜睡、昏迷。因此,这类病人最好能处于护士易于看到或听到的位置并应定时巡视观察患者神志,呼吸频率与幅度及节律、心律、血压等改变。

急性心肌梗塞病人的心理护理

长沙市一医院 郭代芳

急性心肌梗塞是心血管系统疾病中常见的危重症,常由各种原因引起的急性冠状动脉血流供应障碍,导致心肌细胞发生坏死。其主要的临床症是胸骨后剧烈的疼痛,可放射到左肩、左上肢前内侧达无名指与小指间,疼痛亦可放射到颈部、下颌部或右上腹部。常伴有烦躁不安、出冷汗、恐惧有濒死感,休息及硝酸甘油含服不能缓解疼痛。而持续不缓解的疼痛会给病人带来一系列的心理反应,表现为恐惧、紧张、悲观心理,据临床统计,我院今年收治急性心梗病患者 17 人,其中,14 人均有紧张、恐惧心理反应,另 3 人则有悲观心理反应。因此,护理人员必须了解急性期心梗病人的心理状态,根据不同的心理状态,采取相应的措施,加强心理方面的护理,从而保证急性心肌梗塞病人抢救治疗的临床效果。

1 恐惧心理

急性心肌梗塞患者一旦确诊,即会感到恐惧,尤其是脑力劳动者思想负担较重,患者常有濒死感。有些患者害怕疼痛,感到自己的生命会随时结束,心情极度的恐惧紧张,其结果势必造成交感神经过度兴奋,使心肌收缩力加强,心肌负荷加重,促使病情加重。对

于这样的病人,护士病人交谈应多用安慰、解释、鼓励的语言,忌简单、生硬或有刺激性语言。对病人的提问耐心解释。使病人从迷惑、恐惧等精神困扰中解脱出来,并使其具有应付病变的能力。而且,护理人员要应端庄的举止、精湛过硬的技术和热情的服务,使病人感到舒服、宽慰,产生安全感和信赖感,用暗示的手段和强有力的事实说服病人,让其获得心理上的平衡。例如,一急性心肌梗塞病患者,入院后过于紧张、恐惧,害怕疼痛,性格变得急躁,言语不近情理,对之,我们给予宽容理解,做到言语和气,操作轻松,以最大限度减少对病人的不良刺激。治疗上给予镇静、镇痛、溶栓等对症治疗,耐心进行说服解释工作,帮助其树立治病的信心。此后,患者逐渐变得乐观、开朗、幽默,病情也逐渐控制稳定。

2 紧张心理

紧张是患者病情急性发作期间常见的心理的反应。精神紧张可使血中儿茶酚胺激素明显增加,脂类和糖类增加,血压升高,心率加快,心肌收缩力加强,心脏负荷加重。在临床中我常会看到一些患急性心梗的病人,当心自己的病治不好,怕疼痛随时发生,怕医生不用好药,事业心重的病人担心影响工作等等,总之,对待这样的病人,我们要充分理解他们的个性,讲明身心休息的重要性,更重要的是经常巡视病房,了解病人的需要,帮助病人解决问题。最好是病人床旁配备呼唤仪,医生护士随叫随到,这样病人会感觉很安全,病房要保持安静,一般心脏病患者均害怕吵闹,较高的说话声、走路声、关门声等响声均能刺激患者情绪紧张,心悸不适。例如:有一广泛前壁急性心梗患者,系某一中学毕业班班主任,临近高考前的繁重工作及过度劳累,诱其突发急性心梗,入院后患者担心自己的工作任务没完成会影响学生的考试成绩,影响学校的高考录取率,加之探视人员多,休息不好,严重影响了治疗效果,二天后并发肠麻痹,根据其情况,我们采取了相应的措施,严格谢绝所有探视人员,单位领导也密切合作,要其安心治病,通过加强心理护理及基础护理,保证人病人真正身心休息。四周后,病人病情完全稳定好转,能下床适度活动。

3 悲观心理

心肌梗塞病人往往因胸闷、胸痛症状的发作,以为自己随时都有死亡的可能,因此而悲观失望,整日忧心忡忡,处在矛盾的心态之中,中年人往往规划自己以后有限的人生,考虑对婚姻、子女、家庭工作的安排,回忆一生所走过的道路,表现出沉默寡言,但也有的表现心理烦躁、粗暴。在这种情况下,我们应多接触病人,让病人倾吐心中的苦闷和忧虑。尽量让病人畅所欲言,以发泄感情,多询问尽量满足病人的合理需要,给以最大的精神安慰,用美好的语言温暖患者因病疼而受伤的心。例如:有一女患者60岁,住院后闷闷不乐,少言寡语,治疗后心电图提示明显好转,但在查房时患者仍主诉胸闷,心里难受,精神不振,情绪低沉。这时,我们就有意识接近她,让她倾吐内心的真言挖掘她的潜意识,使她的心理得到疏通。通过谈话,我们知道,她年轻时丧夫,一直未再婚嫁,一生含辛茹苦,得病后认为,命运对太不公平了,丧失了生活的信心。在这种情况下,我们准许亲朋对她陪伴,营养食堂提供可口的饭菜,大家一有时间就陪她拉拉家常,让她体会到了家庭和社会的温暖,从而使她对我们产生了信赖感,也增强了她战胜疾病的信心,精神上得到了解脱,

很快就痊愈出院了。

实践证明,做好心肌梗塞急性期的心理护理,对病人安全渡过危险期,预防并发症非常重要。护理人员经过细心观察找到患者的思想敏感点,打通情感交流渠道,向他们灌输蓬勃向上的希望,坚强的意志,乐观进取意识,以驱逐悲观、抑郁、恐惧,即可达到技术无可实现的目的。

参考文献

- 1.《临床心理学》 美 D·P·萨库索主编 科学技术文献出版社 1991 年 6 月 P86—89
- 2.《医学心理学概论》 严和骏主编 上海科学技术出版社出版 1986 年 2 月 P102—132
- 3.《现代临床心脏病学》 尉挺主编 军医大学出版社 P629

早产、低体重儿护理体会

长沙市一医院 李丹丹

早产儿又称未成熟儿,指胎龄不足 37 周的活产婴儿。低体重儿是指初生一小时内体重不足 2500 克,低体重儿大多数为早产儿和小于胎龄儿。据报道 75% 以上的围产儿死亡与早产有关。

我科在 1996 年一年中护理五例早产、低体重儿,其中例一胎龄 26 周,体重 1300 克;例二 28 周体重 1700 克;另三例 35 周,体重分别是 2000 克、2050 克、2200 克。现将护理体会介绍如下:

关键词: 护理 早产儿 低体重儿

护理措施

1. 保温 由于早产儿生理解剖特点决定,其体温调节机能尚未完善,早产儿出生 6 小时内产热能力低,对环境因素的影响极为敏感。处于潮湿环境的早产儿,可通过蒸发、对流和辐射等方式使大量的热量在寒冷的环境丢失。因此,我科根据患儿病情轻重给予温箱及热水袋保温。

1.1 温箱保温

例一 26 周胎龄,男性,1300 克,属极低体重儿,出生后半小时内由妇产科转入我科新生儿病房。患儿哭声弱,体温不升,全身皮肤轻度发绀。立即置已消毒后预热的自动调节温箱,箱温调至 34—36℃,相对湿度 65—75%,由于早产儿出生后产热能力低,机体与体表

之间存在温差梯度,可通过传导散热。正常情况皮下脂肪可以阻止这种传导,但早产儿、低体重儿皮下脂肪薄,这种散热加速。若将棉被包裹患儿置于温箱,则箱温不能直接作用于机体,而早产、低体重儿本身的传导散热仍在进行,因而达不到保温目的。所以,我们将早产低体重儿以裸体或薄单衣放入温度适宜的温箱内,护理人员每 15 分钟观察病情一次,两小时测试一次体温。集中护理操作,避免过多打开温箱增加体热散发。

1.2 热水袋保温

根据患儿病情较轻,无并发症,体温在 36 至 36.5℃,体重 2000—2500 克,胎龄在 35 周左右,我科采取热水袋保温。调节室温 26℃,湿度 65%,患儿所需柔软衣被、尿巾加温至人体正常温度 37℃,布套热水袋 3 个,热水袋水温 50—60℃,热水袋置于患儿布包两侧及足底,热水袋水温低于正常体温给予更换。治疗护理尽可能集中,以免过多打开包被增加体热散发,测量体温每日六次,及时观察病情。患儿体温正常,体重增加,各种反应正常,疾病减轻,可减少 2 个热水袋。

2 母乳喂养。

母乳是早产儿最理想的食物,有很多代乳品取代不了的优点,母乳有利于早产儿的消化吸收。早产儿的消化道粘膜未发育成熟,通透性大,对牛奶等异性蛋白比足月儿更易引起过敏。早产儿肾功能发育未完善,吃了酪蛋白的牛奶不易消化吸收,而且排泄较困难,可发生晚发性、代谢性酸中毒及氮质血症。母乳中脂肪为乳化得好的小脂肪颗粒又含肉碱(牛奶中缺乏),对脂肪有氧化作用,有利于脂肪消化吸收。母乳的渗透压接近人血清渗透压,对肠粘膜损伤小,坏死性小肠炎的发生率低。我科为了促进早产儿、低体重儿的生长发育,防御和抵抗外界致病因子的侵袭,坚持母乳喂养,喂养方法如下:

2.1 鼻饲管喂养。选用导管软,刺激小的硅胶管,按患儿发际至剑突的长度作好明显标记,缓缓插入,确切认为导管在胃部后固定,方可注入奶液,按患儿所需能量、热卡多次少量给予母乳鼻饲,2 小时一次,最初奶量不超过 5ml。十天左右视病情好转,体重增加,吸吮能力增强,吸吮后无呛咳、无发绀现象,可拔除胃管,给予汤匙,奶嘴喂养母乳。例一、例二采用鼻饲管喂养母乳,效果良好。

2.2 汤匙、奶瓶母乳喂养。对于觅食能力强,吞咽吸吮功能好的早产儿选用。汤匙最大容量不超过 1ml,奶嘴滴奶不宜过大,倒置奶瓶不滴奶液,患儿能吸动为宜。喂养时,抬高患儿头部 15—30 度,头偏一侧,谨防呛奶窒息。喂奶次数以多次少量为宜,随患儿出生日龄增大,病情允许,减少喂奶次数,增加奶量。

3 抗感染

早产儿低体重儿特异性和非特异性免疫功能不成熟,皮肤和粘膜娇嫩,易破损和感染,网状内皮系统和白细胞的吞噬作用较弱,血清补体 C1、C3、C4 比成人低,白细胞对真菌的杀灭能力低下,这些原因都使早产儿易患各种疾病。因此,我们对本文五例患者根据病情轻重给予相应的抗生素、氨基酸、能量合剂及其辅助药物预防治疗。

3.1 根据病情轻重选用不同种类抗生素,采用每日二次静脉滴注。

- 3.2 给予静滴氨基酸、能量合剂,以增强早产儿的营养、能量及热量。
- 3.3 给予5%小苏打滴注,纠正水电解质平衡紊乱。
- 3.4 给予低流量输氧,纠正各种原因造成的缺氧状态,促进代谢。按常规更换氧导管。

4 加强基础护理

- 4.1 选用2%苏打水每日二次口腔护理,以防并发霉菌性口腔炎。
- 4.2 每日一次以75%酒精消毒脐轮,并观察脐部有无感染及分泌物的性质。
- 4.3 在病情允许情况下,每日温水泡浴,给予按摩,促进血液循环,防止并发硬肿症。保持皮肤清洁干燥,大小便后清洗臀部,并涂以鞣酸软膏,以防红臀现象的发生。
- 4.4 密切观察生命体征及病情变化,液体速度维持4—6滴/分,以防过快,过量而并发肺水肿及心衰,并作好各种详细记录。

讨 论

由于我们认识早产、低体重儿的发生、发展的危害性,抓住了抢救、治疗、护理有利时机,掌握了及时保温、母乳喂养,积极抗感染等辅助治疗重要环节,选派素质好、业务能力强、责任心强的护士担任护理工作。使五例患儿转危为安,未发生并发症。

1. 在保温措施中,我们严格控制箱温温度及湿度,以水温计准确测量热水袋水温,积极为病人创造有利升温环境,使患儿体温在预计的时间恢复正常,控制了硬肿症的发生。

2. 在母乳喂养工作中,重视母乳采集消毒工作,母乳收集后严格巴氏消毒,存于奶库。奶具一人一用一消毒,消毒方法采用高压蒸气灭菌法。鼻饲管每周更换一次,并从另一鼻孔插入。喂奶后,托起患儿轻拍背部使胃内空气排出,防止了因溢乳而引起的窒息。患儿在住院期间内均不同程度增加体重200—250克。

3. 由于及时应用抗生素严格控制并发感染发生,通过采取有效护理措施,患儿未感染鹅口疮、脐部感染及红臀现象。

因此,早产、低体重儿通过合理的护理与治疗,对降低其死亡率,减少并发症颇为有益。

气管异物并气管切开术后的观察和护理

长沙市一医院五官科 肖端明

内容摘要:气管异物多见于小儿,因异物堵塞气管而引起呼吸困难,缺氧而死亡。而气管切开术是挽救病人生命的手术,病人的生命完全依靠所插入的气管套管来维持才免

于窒息。因此病人的护理问题以及术后的观察在整个手术后的治疗中占有非常重要的地位。包括体位、饮食以及专人护理,而保证气管套管通畅无阻是护理的主要目的。密切观察术后病人的病情变化防止再次发生呼吸困难,迅速判断,及时排除险情,使病人转危为安,拔管出院,才能使病人获得良好的治疗效果。

关键词:气管异物 气管切开 护理

气管异物多见于小儿。为活动性、初期与喉异物相似,当异物进入气管,刺激声门下区,便可出现阵发经呛咳、吸气性呼吸困难、三凹征、干咳及高调的吸气性哮鸣音、紫绀等。

临床资料

我科自 94 年至 96 年共收治气管异物 8 例,8 例手术均为 7 岁以下儿童,其中男性 5 例,占 62.5%,女性 3 例占 37.5%,来院经 X 光照片确诊后立即行气管切开术。

8 例气管异物的病人均作了气管切开取出异物,取出物为黄豆、花生米、葵花子等,由于手术及时、护理得当,病人均在术后十日左右拔管出院,获得良好的治疗效果。

现就 8 例手术的护理和观察的体会介绍如下:

2 术后护理

气管切开术是挽救病人生命的手术,病人的生命完全依靠所插入的气管套管维持才免于窒息,因此病人的护理问题在整个治疗中占有非常重要的地位,在护理过程中,我们着重注意以下几点:

2.1 体位:一卧位或半卧位,去枕,使颈部舒展,以利于咳嗽和呼吸。术后当日不宜过多变换体位,以免套管脱出,以后经常嘱患者变换体位,并早日下床活动,以防止发生肺部并发症。

2.2 饮食:为保证伤口早日愈合,必须保证各种营养物质的供给,多给牛奶、鱼内汤、鸡蛋等高蛋白食品为宜,辅以水果蔬菜,忌食辛辣,防止被动吸烟,以免呛咳而导致气管脱出。

2.3 专人护理:因为术后病人暂时失去发声能力,加之小儿的表达能力差,既有危险也难向医护人员呼救,护士更要体会患儿的心情,做到护理周到、解释耐心、语言轻柔和蔼,使患儿产生亲切感,并随时密切观察病情变化及心理反应,为安全患儿床边要加床栏,防止坠床。

2.4 防止脱管和保证呼吸道通畅:保证气管套管的通畅是局部护理的主要目的,需要做到以下几点:1)因初戴套管时病人多有不适,告诉病人决不可自行拔管,必要时可约束双手,术后第二天调节套管系带的松紧,以在系带与皮肤之间恰能插进一指为好,每日清洁伤口换药更换敷料。2)随时经套管吸出分泌物,凡呼吸时套管内发出响声,表示套管内分泌物过多,排出不易,用一根细的导尿管、插入气管套管内将分泌物吸出。3)注意套管的消毒清洁,术后头两天分泌物多,内管每隔 2—4 小时洗涤干净后再煮混消毒(痂多时可在水中加入一片苏打片)以后随分泌物多少而酌情消毒。4)每隔 2 小时向套管内滴入

2—4 滴药液(a 糜蛋白酶、青链霉素等)一方面可泡化呼吸道,使分泌物变稀而易于排除,并有预防和控制感染的作用。痰多时可作超声雾化吸入。5)用消毒生理盐水浸湿的纱布,1—2 层盖住套管口,可增加充气的湿度,又可挡住异物和灰尘的吸入。6)保持套管的通畅,术后最初 1—2 天常有大量分泌物排出,如不及时擦去,易重新吸入或留置于管口干燥形成干痂,堵塞管道,再次引起呼吸困难,护士要经常守候在床边,一有分泌物排出,立即用纱布擦去或随是地吸出套管内的分泌物。

3 术后观察

术后主要是观察呼吸情况,即再次发生呼吸困难。在护理 8 例患儿时曾出现过以下几种情况,针对出现的问题,我们迅速判断,及时排除,使病人转危为安。

3.1 被分泌物或痂皮堵塞而出现呼吸困难:采取 1)首先拔除内套管,扶正病人头部;2)用导尿管通入外套管吸痰;3)立即清洁消毒内套管,用小刷子除去管内存积的分泌物;4)经处理后再将内套管插入,并注意插入时是否顺利,有无呼吸困难等。

3.2 脱管:在护理一例 7 岁男孩时,该患儿曾出现呼吸困难伴烦躁不安、急躁、恐惧、发绀、出汗、突然能够呼喊,我们立即通知医师的同时,用棉花检查发现无气体进出,检查外套管无变动,可能为脱管或病人头部过度后仰导致导管远端与气管前壁抵触。扶正头部仍有呼吸困难,导尿管通守远端受阻,我们采取握住外套管双耳将外套管远端向颈椎方向推移的方法,使呼吸困难缓解,医师来后更换套管。

3.3 防止术后大出血:一例 1 $\frac{6}{12}$ 女患儿出现呼吸困难伴发烧、咳嗽,气管中有痰音同时伴有伤口出血,并经套管吸出血液并伴有呛咳,套管与脉搏一致的搏动,这是术后大出血的先兆,由于我们及时观察发现,立即通知医师紧急处理才免于发生严重的不良后果。

3.4 堵管的观察:呼吸困难解除,病情好转,伤口愈合良好,医师考虑拔除套管,需作拔管前的堵管试验,堵管期间要严密观察病情变化,每班均要有严密的交接班并记录,呼吸良好,活动时也不呼吸困难时即可拔管,在堵管试验期间,如果出现任何异常情况,护士应首先立即拔除堵塞物再通知医师处理。

脑血管意外亚型 ——蛛网膜下腔出血的护理

长沙市一医院神经内科
长沙市神经病学研究所

张细纯 李 群

摘要 蛛网膜下腔出血患者的护理现在大多数都是按出血性血管病的护理对待。但蛛网膜下腔出血好发的年龄、症状、预后等与脑出血有不同之处,治疗与护理及病情观察也有其独突的一面。我病室自1995年3月至1997年6月收治了86位蛛网膜下腔出血患者,通过对患者的心理护理、饮食护理、体位与休息等护理,取得了很好的效果。

关键词:蛛网膜下腔出血 护理

蛛网膜下腔出血为急性出血性脑血管病的一种,为脑底部或脑表面的血管自发性破裂,血液直接进入蛛网膜下腔所产生。任何年龄均可发病,青少年以血管畸形破裂出血为多见,青壮年多为脑动脉瘤破裂,而老年人则以动脉硬化破裂为主。脑血管解剖特点为管壁薄,小动脉直接从主干动脉呈垂直状分出,分叉较多,且血管分叉处内弹力层和肌纤维中断,加上血管病变如畸形、粥样硬化等,致使在血液冲击下薄弱部分易形成动脉瘤而破裂出血。大多数无前驱症状,少数发病前可有偏侧头痛、复视等神经系统症状。本病发病急骤,突然出现剧烈的炸裂样头痛,伴以恶心和喷射性呕吐。部分可出现短暂意识障碍或谵妄、虚构、幻觉等精神症状,或出现癫痫病发作。个别极严重患者很快进入昏迷,出现去大脑强直,甚至突然呼吸停止而死亡。因此,在护理蛛网膜下腔出血的病人时应根据其病情轻重程度而制定不同的护理计划,有目的、有计划,循序渐进地进行护理,现将护理体会介绍如下:

1 临床资料

本组病人均为我病室收治患者,以中华医学会第二次全国脑血管病学术会议第三次修定的《各类脑血管病诊断要点》标准确诊为蛛网膜下腔出血。86例患者中,男性为47例,女性为39例,年龄最大的72岁,最小的19岁,平均年龄为56.3岁。

2 护理体会

2.1 心理护理:蛛网膜下腔出血患者好发年龄为中青年,突然起病多伴有剧烈的头痛,明显的呕吐等症状,易导致患者精神紧张、烦躁,主观急躁等情绪异常的表现。因此,护理人员要有恻隐之心,高度的责任心,就如逊是逊,所说的“见彼苦恼,苦已有之”。首先耐心与病人解释清楚,讲明病情,使患者能够与医护密切配合。同时护理人员对患者多接近,多安慰、多关怀与多鼓励,对病人病情轻重的不同,不同的思想活动、不同的文化程度及工作岗位等采取不同的措施,以真诚的态度与病人交谈,解释疑问,消除疑虑。

2.2 体位与休息:绝对卧床休息,头部垫高 15°C — 30°C ,以减轻脑水肿,减少不必要的搬动,护理操作时动作轻柔,以免加重出血,翻身时头部不宜过伸、过屈或过度扭转,以免影响脑的血流供应。保持呼吸道通畅,头偏向一侧,防止口腔分泌物及呕吐物误吸引起窒息和吸入性肺炎。合并高热者头部置冰袋冷敷,以减轻脑水肿,降低体温,减少脑的耗氧量与代谢率,减轻高热对中枢神经系统的损害。病室保持安静、整洁,病室温度控制为 18°C — 22°C ,相对湿度为 40%—60%。减少或限制探视人员,必要时遵医嘱予以镇痛剂及镇静剂,减轻病人疼痛和不安,以保持安静休息。患者需绝对卧床休息 4—6 周。一般情况下,蛛网膜下腔出血者头痛和脑膜刺激征在 2—3 周后逐渐减轻或消失,待病人自觉症状减轻后难以遵守,护理人员要耐心地与病人解释交待清楚,使之自觉配合。另外,尽量避免引起颅压增高的因素,如用力大便、咳嗽、情绪激动等。

2.3 密切观察生命体征及病情变化,神志、瞳孔、血压、脉搏、呼吸等视病情而定,急性期每 2 小时一次,病情稳定后改为每 4 小时一次,出血后 2—3 天常有低至中度发热,为血液吸收所致,1 周左右恢复正常。如体温过高或 1 周后仍有发热需考虑有其他系统感染。发现病人剧烈头痛,呕吐且逐渐发生意识障碍如进入朦胧状态或昏迷及瞳孔不等大时,提示出现脑疝,应马上做好降颅压处理,控制脑水肿。发现病人躁动不安、脉搏增快、血压下降、脉压减小、上腹部不适,提示消化道出血,积极配合医生给予镇静,止血处理,并密切注意病人生命体征变化,呕吐物及大便的颜色、性状量等,并作详细记录。警惕如下蛛网膜下腔出血的并发症。

1) 脑血管痉挛 主要由于出血后血凝块的直接刺激和红细胞破裂后氧合血红蛋白浓度升高引起,使症状再度加重,一般发生在出血 3 日以后,7—8 天达高峰,持续 2—3 周,发生率可达 30%—50%。

2) 再出血 多发生在病后 2—4 周,头痛呕吐再度出现。

3) 正常颅压脑积水 由于出血造成粘连或矢状窦旁蛛网膜粒损害,致脑脊液吸收障碍,患者出现精神症状、痴呆、步态障碍、尿失禁、抽搐等症状。

4) 心律失常 由于植物神经功能障碍,儿茶酚胺在心肌中含量蓄积及颅内压增高所致。

2.4 饮食护理:并发消化道出血或有呕吐者暂禁食。饮食上应以清淡、易消化的食物为主,多吃蔬菜、水果等富含纤维素的食物,少吃肥肉及动物内脏,适量的家禽、鱼、瘦肉。患者每日总热量应控制在 2000—25000 千卡左右,早餐应占全天总热量的 20%—30%,中餐占 40%—50%,晚上占 20%—25%。食物不应过咸,每日摄盐量不超过 2—3 克,每日液体入量不超过 2000 毫升,合并高热者可入 2500—3000 毫升,以免加重脑水肿及血压上升。蛛网膜下腔出血患者需戒烟及戒酒。近年来的研究认为高血压、吸烟、酗酒为脑血管疾病有关的致病危险因素,而高血压是最重要的危险因素,酗酒是出血性脑血管病的重要危险指标。

2.5 保持情绪的稳定性 蛛网膜下腔出血患者大多数与情绪变化有关,护理人员应针对其病人特点对病人进行宣传教育,使病人情绪上不过于紧张,思想上又高度重视,善