维普资讯 http://www.cqvip.com

士，使大家认识参加继续教育是护士的权力和应尽的义务，树立自强不息，奋发向上的拼搏精神，学好本领为人类健康奉献自己的力量。科室成立继续教育小组，负责在职教育，护士长是领导小组成员之一，负责科室的在职教育，做到院科任务明确，职责分明，齐抓共管，互相督促检查的良性运转。

二、实施继续教育的具体方法：学习方法上采用讲座和集中办班相结合，以院内为主。为使护士有更多的学习机会，凡医教科和护理部组织的全院性业务学习，护士长都可组织有关人员参加。

1. 在讲座与办班中主要有高级专业职称的主任和有丰富临床经验主管护师授课，既保证授课质量，护士长又可根据本科的业务需要和讲课时间，有计划地安排不同层次的护理人员听课，做到有的放矢。

2. 充分发挥护士长的积极性。护理部重点抓护士长的计划落实情况，要求护士长制定计划后交护理部备案，以便督促检查。护士长也可把专科讲课题目分派给不同层次的护士，在充分准备的基础上进行小讲课，科内做到人人关心教育，在学习中取得锻炼和提高。

3. 调动护士的学习积极性。把继续学习的目的、内容传达给每个护士，让她们了解在职教育的重要意义，调动护士的积极性，很多护士利用业余时间参加院、科组织的业务学习。如上半年参加院科两级业务学习2110人次，通过19项护理技术操作考核达4458人次；选送品学兼优的护理人员外出学习、参观12人次；参加高等教育自学考试22人；护理部对临床护士的在职教育进行抽查，在22名护士中完成学习任务过半的达80%以上。

三、存在的问题：1. 护士编制不足是影响继续教育计划实施的原因之一。由于我院成立时间短和各种原因护士流失现象存在，育年护士比例失调，育龄妇女增加，医院这个特定环境频繁的夜班造成护士身体素质下降，以及五天工作制的实行等，使临床护理人员更加紧缺。在这种情况下挤时间安排护士参加在职教育确有一定难度，故定编时除参照工作量外，还要考虑护理工作范畴的扩展，护理教育，护理科研和护士在职教育等因素，才能使编制更加合理，确保继续教育的贯彻落实。

2. 提高护士的自身素质。随着医学科学的日新月异，护理事业的发展，人们对医疗卫生保健的需求增多，对护理工作提出了更高的要求，护士必须有危机感，紧迫感，树立自强，奋发向上的进取精神，才能适应护士事业的发展和改革的需求，激发护士的求知欲，使大家的学习态度由"要我学"转变为"我要学"，从根本上调动各级护理人员的积极性，使护士继续教育真正成为培养各级护理人员促进护理事业发展的良好途径。

（收稿：1998－01－22）

257－258 腰椎管狭窄 减压术 护理 31

腰椎管狭窄症减压修复手术护理体会

△ R681.505 R473.6

韩丽娟* 肖淑艳**

腰椎管狭窄是最常见的腰腿痛性疾病，是因椎管发生骨性或纤维性管腔狭窄，由椎间盘突出，黄韧带增厚，小关节突的骨质增生和炎症水肿形成椎管内径狭窄引起，压迫马尾神经或腰骶神经根而引起腰痛，下肢痛，下肢麻木无力，间歇跛行等症状。严重者可有下肢不同程度瘫痪和大小便功能障碍。此种病人痛苦大，失去劳动能力。近几年来，我院骨科采取在硬膜外麻醉下行椎板减压，椎管探查，腰骶神经根松解手术方法，共治疗83例，经手术治疗和手术前后的精心护理，避免了术中感染和术后的并发症及不良反应，使腰腿痛症状消失或明显减轻，经半年至三年的随访，术后患者恢复良好，现将手术前后的护理体会介绍如下。

一、临床资料：本组83例中，男52例，女31例；年龄30岁至65岁之间，平均年龄42岁，此种病人开始时症状较轻，曾用理疗、按摩、牵引、服用中西药等非手术疗法对症治疗后暂缓解，以后又数次复发，逐渐加重，故采取腰椎椎板切除减压修复手术，效果较好。

二、病人术前准备：①心理护理：病人在手术前顾虑重重，常担心术后发生并发症及复发，为此我们应详细耐心地为病人及家属介绍手术重要性及手术方法，

* 作者单位：154000 黑龙江省同江市中医院
** 佳木斯医学院第一附属医院骨外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

并发症的预防措施及出院后的注意事项等解释工作，同时还向病人说明手术后可能带来暂时的不适及缓解方法，使其有充分的思想准备，或让其他手术后病人介绍成功的体会，从而消除顾虑，树立起信心，愉快地接受手术，并做好术中的配合。②练习床上排便、排尿：术前一周嘱病人在床上练习排便排尿，以免术后因平卧的体位不习惯而影响自解大小便，并且能减轻术后的腹胀。③术前一日准备：术区备皮，清洗及消毒手术区，并用无菌巾包好，在处理过程中勿使病人着凉、感冒，为患者做麻药试敏和青链霉素试敏及抽血做血交叉试验，准备术中输血，嘱其术前 12h 禁食，4h 禁水，术前晚有神经衰弱或精神紧张者可适当给予镇静药。④术晨准备：测生命指征，并记录在体温单上。⑤术日准备：病人进手术室前嘱其排尽二便，进室后，我们应准备好术后病床和所需物品（包括可能使用的急救药品及设备，如氧气等）。

三、术后观察及护理：①病人术后抬回病室，测生命体征，观察其变化，术后 2～3 天出现体温较高，可考虑为术后吸收热，以后日趋正常。如病人 3～5 天仍高热不退，应考虑感染的可能，应及时通知医生给予处理。②术后平卧硬板床，6～8h 内不得翻身，但护理人员要定时用手按摩受压部位，并保持床铺整洁干燥，6～8h 后，每 2h 翻身一次，防止褥疮。翻身时，动作既要轻柔，又要协调，保持肩、胸、腰、髋在一平面上，防止脊椎扭转，维持脊柱的稳定性，避免脊柱不稳定，出现马尾神经损伤。翻身呈侧卧位后，用相当躯干宽度的垫枕挤压术区，起到维持体位，压迫止血作用。③注意观察术区敷料，如渗血较多时，通知医生，及时更换敷料，并且探讨出血的原因以便及时给予止血药等处理，避免失血过多。④术后创口疼痛，可口服止痛药，止痛无效，可肌注度冷丁一次。⑤术后因卧床排尿不习惯或因神经根受压致膀胱收缩无力而不能自行排尿，易引起尿潴留，一般可先用变动体位和诱导法，如，听水声、看水流，热敷腹部，清洁会阴部，其次，可按摩下腹部。术后 6～8h 不能排尿，膀胱明显充盈，必要时给予留置导尿，避免多次插导尿管而引起逆行感染，同时应常用 0.85%生理盐水 500 毫升，庆大霉素 8 万* 每日膀胱冲洗，也应加强训练患者的自主排尿能力，争取早日拔出尿管。⑥给予病人三高及富有纤维素的饮食，增加机体抵抗力，促进伤口愈合和减轻炎症的反应及防止便秘。⑦术后一周开始帮助病人在床上适当地锻炼腰背肌做背伸活动，可增强肌力，防止复发和肌肉萎缩，以及术后下地行走时腰肌无力，一个半月后可离床活动，但应避免过度弯腰，防止腰椎不稳定，由于手术创伤病人不能料理生活的，护理人员应协助生活所需措施，三日以后，开始做轻工作及一般正常家务，避免重体力劳动。

（收稿：1997－06－10）

危险因素

258-259 糖尿病 急腹症 围手术期 处理 32

糖尿病人急腹症的危险因素及围手术期处理

王亚洲* 黄士杰* 赵志东**

R 473.6

我科自 1992 年 2 月～1998 年 2 月共收治糖尿病人急腹症 96 例。本文就其危险因素和围手术期处理中的几个问题报告如下。

一、临床资料：本组 97 例中男 56 例，女 41 例。年龄 21～80 岁，平均 50 岁，97 例均为急诊手术。入院前病人已知患糖尿病者 68 例。其中胰岛素依赖型的 6 例，长期口服降糖药物者 17 例，间断口服降糖药物者 31 例，单纯饮食控制者 14 例。入院前病人无糖尿病史者 28 例，占 29%。术前测定血糖＞16.7mmol/L 或尿糖卅以上 25 例。疾病种类为急性阑尾炎 24 例，胆系感染、胆石症 18 例，肠梗阻 17 例，溃疡病穿孔 13 例，各种病因所致上消化道大出血 14 例，腹部创伤 5 例，急性胰腺炎 3 例，其它急腹症 2 例。对术前确诊糖尿病的病人大中手术、血糖大于 16.7mmol/L，尿糖卅以上的病人静脉滴入普通胰岛素 12～20u。用药后复查血糖和尿糖分别降低 3.2～5.6mmol/L 和＋～卄。血糖小于 16.7mmol/L，尿糖＋～卄者皮下注射普通胰岛素 8～12u。小手术和平日只需单纯控制饮食或间断口服降糖

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学医学院第一附属医院普外科
** 梧通河农场职工医院