量症等。任何有损于肺泡上皮细胞通透性者，如缺氧、酸中毒等。以及任何影响肺淋巴管、毛细血管等的转动功能者，均将影响这部分肺液的正常清除和转运。正常新生儿的肺液一般认为在生后数分钟内可吸收，如延迟至生后4 h上，则即可引起不同程度的呼吸机能紊乱，出现湿肺症状[3-4]。

湿肺多发生于足月婴儿，原因不明，窒息儿也易发生本病。因过多吸入了羊水，增加了肺内液体，同时，由于缺氧酸中毒，血管渗透性增强，血浆外渗，使间质液增加。剖腹产婴儿由于未通过产道，肺内的液体未被挤出，患病率也较高。此外，有关影响因素还包括肺发育不全、低蛋白血症、肺表面活性物质轻度缺乏、有哮喘家族史等[3]。

[参考文献]

[1] 钟俊雅，周 雪. 新生儿湿肺37例的临床分析[J]. 中国医药指南，2008，6(4)：10-12.

[2] 王明娥. 新生儿湿肺症35例临床分析[J]. 实用医学杂志，2003，19(3)：317.

[3] 李 璟. 早产儿湿肺58例临床分析[J]. 中国优生与遗传杂志，2007，15(2)：75.

[4] 张向丽. 新生儿湿肺综合征X线特点[J]. 北京医学，2008，30(6)：374-375.

（编辑：郭光金）

1例PCI术后并发严重血肿的急救护理

廖厚莹[1]，汪建法[2] （1. 重钢总医院心内科，重庆 400081；2. 解放军73867部队卫生队，江西 九江 332000）

[关键词] PCI；血肿；护理

[中图分类号] R714.252；R619 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)01-0068-02

经皮冠脉介入治疗（PCI）是目前治疗心血管疾病较先进的治疗方法，其治疗需经动脉穿刺，易并发动脉穿刺处局部出血及血肿，血肿发生率约0.5%～7.0%[1]。我科2007年1例PCI术后并发严重血肿的急救护理报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者，男，71岁，因急性前壁、侧壁心肌梗死而行急诊冠脉造影＋球囊扩张＋Stent术，术后入CCU病房监护治疗，4 h后拔出鞘管，压迫穿刺点30 min，术肢加压包扎，沙袋压迫6 h。术后穿刺点持续少量渗血，12 h后右侧腹股沟处可见手掌大小淤斑，右足背动脉搏动存在。重新压迫穿刺点30 min后仍有少量渗血。24 h后患者出现心悸、出汗，测血压80/60 mmHg（1 mmHg＝0.133kPa）。右侧大腿及阴囊肿胀明显，右侧腿围较左侧大1/3，右侧腹股沟区至股骨下1/3可见大片瘀斑，再次压迫穿刺点1 h，穿刺点未见渗血。

1.2 方法

1.2.1 全身支持疗法 输血扩容、补充电解质等提高机体抵抗力，抗生素的使用防止感染。

1.2.2 局部处理 局部血肿予以50%硫酸镁湿热敷，每日3次（早、中、晚），每次15 min。解除制动24 h后，予以TDP灯照射患肢，每日3次，每次20 min。观察动脉穿刺处皮肤有无破损，感染。有破损的地方每日在无菌操作下换药一次，保持敷料干燥、完好。

1.2.3 护理方法 主要有：①及时对患者及家属进行心理疏导和干预，在后期康复过程中尤为重要；②严密观察患者的生命体征，监测心电、血压、意识、尿量淡；③术后平卧肢体伸直制动24 h，沙袋压迫6 h；④给予清谈易消化的流质食物；⑤协助患者床上大小便，保留导尿期间，保持尿管通畅，观察尿量颜色、性状。

2 结果

通过输血、扩容、抗炎、补充电解质等处理后，再加精心的护理，术后25 d患者康复出院。

3 讨论

有文献报道PCI术中抗凝药物的应用，拔鞘管后压迫止血方法不当，过早活动等均可导致局部出血或血肿[2]。另外，高血压、糖尿病、老年患者，由于血管压力大，脆性高，容易发生渗血，致局部血肿形成[3]。因此针对患者的易发因素应作好术前宣教，强调术中术后配合的重要性，进行床上大小便的训练；并积极处理严重的高血压，消除血肿形成的诱因，预防PCI术后并发症的发生。术后密切监测患者凝血功能，严密观察穿刺部位渗血情况，对持续少量的渗血，应给予重视及适当的处理；对自制力较差者严格制动；定时监测双侧大腿腿围，观察双侧足背动脉搏动情况，及早发现并发症。一旦出现并发症，应采取积极有效的措施，防止病情进一步恶化，尽快找到血肿形成的原因，对症处理；对于血肿较重的者，一定要安抚患者及家属的情绪，最大限度的帮助患者度过危险期。积极而正确的治疗方法和精心的护理对重塑患者的信心是非常重要的，而且通过与患者及家属的交流，相互取得了理解和谅解，也减少了医疗纠纷的发生。我们应从本组病例从中吸取教训，医护人员不仅要具有高超的医疗技术、良好的护理水平，还要有高度的责任心，及时发现，及时处置各种并发症，以减轻患者的病痛，促进早日康复。

[收稿日期] 2008-11-19 [修回日期] 2008-12-05

[参考文献]
[1] 张洪芬.介入治疗老年冠心病患者的心理护理[J].局解手术学杂志,2005,14(4):280.
[2] 董平栓,杨喜山,杨旭明,等.冠心病介入性诊断治疗并发症分析[J].中国误诊学杂志,2003,3(6):873-874.
[3] 钱海兰.经桡动脉冠状动脉介入治疗17例护理体会[J].齐鲁护理杂志,2006,12(4):766-767.

(编辑:左艳芳)

破伤风患者的护理体会

陈小燕,李小安,陈 芳 (成都军区总医院感染科二病区,四川 成都 610083)

[关键词] 破伤风;人工气道;护理
[中图分类号] R633;R473 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)01-0069-01

破伤风是由破伤风梭菌侵入伤口,产生强烈的外毒素引起的感染性疾病,其外毒素主要侵袭神经系统中的运动神经细胞,患者表现为全身肌肉阵发性痉挛、肌肉强直、牙关紧闭、甚至因呼吸肌痉挛引起呼吸肌麻痹引起窒息而致命[1]。本病病情凶险,病死率高,护理在降低该病的死亡率,减少后遗症中起关键作用。我科自2006年6月至2008年5月共收治11例破伤风病人,疗效满意,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组病人11例,其中男7例,女4例,年龄11岁~65岁。4例为右脚受伤,3例右手受伤,2例双足受伤,2例左手受伤。患者于受伤后5 d~1个月来我科就诊,有7例行气管插管术。11例病人均痉愈,无后遗症。

2 护理

2.1 病房环境的准备及伤口处理

住隔离房间,房间光线宜弱而柔和,房间温度保持在15~20 ℃,湿度60%。床旁应准备气管切开包、吸痰器,吸痰器宜置于离病人相对较远的地方等。开关门要轻,操作要集中轻巧,避免外界光线和声音刺激引起病人的抽搐。未愈伤口须进行伤口的扩创或清创,如有异物,应及时清除干净。伤口不宜缝合和包扎,可用3%的过氧化氢液浸泡过的纱布湿敷。

2.2 人工气道的护理

破伤风患者呼吸道分泌物多,痰粘稠。气管插管后,空气直接进入下呼吸道,上呼吸道对气体的加温和湿化作用失去,导致屏障功能减弱,易发生肺部感染,而且滴入生理盐水对稀释和溶解呼吸道分泌物无效,容易引起呛咳,进入呼吸道的液体能将感染带入肺部。鉴于此,我们采用0.45%的氯化钠和1.25%碳酸氢钠交替进行气道湿化。在气道湿化的基础上,根据痰液的粘稠程度和量的多少调整吸痰时间,痰液越多越粘稠的,吸痰时间间隔就越短,反之时间可适当延长,吸痰应精确轻柔,避免刺激引起患者痉挛。呼吸道感染是引起破伤风病人死亡的重要原因,本组患者有7例进入我科即有肺部感染的,很快得到有效控制,其余病人未发生肺部感染,表明该项护理措施有效地预防了肺部感染的发生。

2.4 饮食护理

病情稍重的破伤风患者,大都伴有张口困难和吞咽困难,若强行进食,容易误入气管,引起呛咳、窒息或吸入性肺炎等并发症,对因肌肉痉挛严重,无法置入胃管的患者,采取静脉营养。只要条件许可,尽量采用鼻饲法给予肠道营养:①将鼻饲管按常规方法,从一侧鼻腔置入胃内,每次鼻饲前都要验证胃管是否在胃内;②每天观察胃液的颜色和性状;③对需要长期鼻饲的病人每周更换1次鼻饲管,两侧鼻孔交替使用;④每次鼻饲量不超过250 mL,间隔时间不少于2 h。

2.5 功能恢复

由于患者长期全身肌肉痉挛、强直,导致肌肉受损伤,运动功能不全,因此,在恢复期要帮助患者活动四肢关节,定期按摩,并协助病人完成日常活动,如上下床,穿衣,进食等。

破伤风病情凶险,病死率高。我们收治的11例病人不仅无一死亡,而且未留后遗症,我们认为,科学的护理方法在病人的康复中发挥了重要作用。

[参考文献]
[1] 章红萍.气管切开患者气道管理的护理进展[J].护理与康复,2007,11(6):734-736.
[2] 杨丽芹,魏丽萍,刘晓霞,等.气管切开术的术后护理体会[J].局解手术学杂志,2007,16(4):286-287.
[3] 丁彩儿,李剑萍,丁国芳,等.气管切开后不同湿化液对气道影响的实验研究[J].中华护理杂志,2007,42(10):872-875.

(编辑:左艳芳)

[收稿日期] 2008-08-16 [修回日期] 2008-09-23

局解手术学杂志》稿件查询请登录 http://zjjsszz.periodicals.net.cn