2 护理方法

2.1 皮肤的护理

采用暴露疗法，持续烤架照射；严格限制陪伴探视人员的数量及探视时间、次数；探视人员需戴口罩，有上呼吸道感染的人员不予探视。大水疱应在无菌的条件下抽出疱液，小水疱应尽量保持疱壁完整，可让其自然吸收；水疱壁尽量避免破溃，以免形成创面。皮肤糜烂面多时应用1∶8 000的高锰酸钾、1∶2 000新洁尔灭清洗或药浴，也可用中药银花、地榆、秦皮煎液做药浴[2]。

2.3 粘膜的护理

口腔糜烂患者可用2%硼酸溶液、10%甘草水、朵贝氏液漱口；口腔疼痛者进食前可用2%达克罗宁液或1%普鲁卡因漱口；口唇糜烂结痂者可涂2.5%红霉素软膏。会阴部局部有糜烂、渗出者可先用TDP灯照射2/日，每次20～30 min为宜。男性患者小便后予1∶5 000的新洁尔灭清洗，女性患者可用1∶8 000的高锰酸钾溶液擦洗。

3 讨论

大疱性类天疱疮多见中老年患者，患病时间长，且患者皮肤完整性受到损害，表现情绪不稳定，常有焦虑、悲观、烦躁、易怒等。为了减少患者的心理伤害，护理人员应耐心听取患者对疾病的倾述，帮助其分析心理问题，解除患者顾虑，建立良好的护患关系，积极调动患者的情绪，树立身体康复的信心。严格执行消毒隔离制度，定时更换无菌大纱垫，床单；加强皮肤粘膜损害的治疗及护理；在做好基础护理的同时，注意心理护理，减少患者的心理及精神负担，消除不良情绪，积极配合治疗，不仅能避免各种并发症的发生，还可缩短疗程，提高治愈率，促进患者早日康复出院。

大疱性类天疱疮是一种自身免疫性疾病，目前无有效的根治方法。加强与患者沟通，给予心理支持，重视病室环境的清洁、消毒，创面正确处理，注意营养支持，加强药物副作用的观察与护理，认真做好出院指导，能有效控制疾病的发展，使患者在生理、心理上均获得康复。由于本病需长时间服用糖皮质激素，时间可长达2年，甚至更长[3]。因此，出院后定时服药，定期门诊复查，一旦有新发红斑、皮疹、水疱立即就诊。

[参考文献]

[1] 乐惠玲. 大疱性类天疱疮的护理[J]. 护理与康复，2007，6(4)：255－256.

[2] 李存焕. 50%高锰酸钾液用于带状疱疹的疗效观察[J]. 局解手术学杂志，2007，16(1)：44－45.

[3] 邱 梅，冯 梅，阴小英. 6例大疱性类天疱疮患者的护理[J]. 现代医药卫生，2008，24(4)：600.

（编辑：左艳芳）

重型颅脑损伤病人气管切开后的护理体会

张 松，程 敏 （鞍山市双山医院神经外科，辽宁 鞍山 114032）

[关键词] 颅脑外伤；气管切开；临床护理

[中图分类号] R651.15 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)06-0440-02

气管切开是抢救颅脑外伤和其他疾病并发呼吸困难的最有效方法。本文回顾性分析我科2005年5月至2009年5月24例重型颅脑外伤患者的临床资料，总结气管切开术后预防肺内感染的护理体会。现报告如下。

1 临床资料

本组病例男20例，女4例，年龄14～74岁，占同期颅脑损伤的6.2%。其中脑挫裂伤8例(占33.3%)，脑干损伤4例(占16.7%)，颅骨骨折并颅内出血10例(占41.7%)，脑疝2例(占8.3%)。临床均表现出重度昏迷状态，呼吸频率加快(大于28次/分)或呼吸困难、口唇发绀、两肺有痰鸣音、体温超过38 ℃，血氧饱和度降低，二氧化碳分压增高等。

2 结果

22例分别于术后7～10 d内病情好转，以后相继拔管并治愈出院；另2例因持续性植物状态(脑死亡)仍需长期置管吸痰，结果在6～8个月内死亡，死亡率8.3%。

3 护理与体会

颅脑外伤由于病人长时间处于昏迷状态，不能主动咳痰，易并发肺内感染、呼吸功能不全甚至危及生命，气管切开能有效地清除气管分泌物、粘稠痰块，保持气道通畅，保证组织供氧，促进颅脑外伤的恢复[1-2]。总结本组病例，作者认为预防肺内感染要注意掌握好吸痰时机。气管切开后，气道通畅，病人缺氧很快得到改善，如果出现呛咳、呼吸抑制、口唇发绀、两肺听诊有痰鸣音、心电监测显示血氧饱和度降低，二氧化碳分压增高，这表示气道内不通畅，应立即吸痰。按照无菌操作要求，洗手后穿隔离衣，戴好帽子、口罩和无菌手套，将预先消毒好的吸痰管连接负压吸痰器，先抽吸少量生理盐水用以判定吸痰管是否通畅和负压吸引的强度后再吸痰。吸痰尽量做到一次吸净，要求动作轻柔、迅速，每次吸痰不能过长，两次吸痰之间应给病人吸氧，以防血氧过低，吸毕将无菌潮湿纱布盖好套管开

[收稿日期] 2009-08-18 [修回日期] 2009-09-20

口,用过的吸痰管和生理盐水一并丢弃。为防止粘稠痰块堵塞气管,可将庆大霉、α-糜蛋白酶、地塞米松和生理盐水混匀,用超声雾化吸入的方法来湿润气道,同时叩打病人前胸后背,然后吸痰,效果会更好[3]。

病人清醒后,对气管切开会感到不适应,不能发音,甚至产生心理上的抑郁,护理人员应报以同情和理解,用温馨和蔼的态度进行解释和疏导,告诉病人这是暂时的,拔管后便能恢复,切不可用手抓取气管套管,以免造成气管损伤和感染,鼓励其配合医生治疗,早日康复。保持室内空气清洁,自然通风,及时更换纤细的被褥,每日1~2次紫外线和臭氧空气消毒等对做好气管切开、预防感染的护理也都很重要。

预防重型颅脑损伤病人的气道感染在气管切开的护理中至关重要,严格无菌观念和无菌技术操作是减少肺部感染的关键,保证适宜的气道湿化和掌握正确的吸痰技术,按需吸痰,是减少肺部感染的有效措施,做好环境消毒及基础护理工作是减少肺部感染必不可少的环节。因此做好气管切开病人的气道护理,可大大提高重型颅脑损伤病人抢救成功率,提高医疗和护理质量,应引起足够的重视。

[参考文献]

[1] 李柏成,杨秀江,黎成禄. 气管切开在重度颅脑损伤救治中的应用[J]. 重庆医学,2008,37(20):2349-2350.

[2] 宗克宇,高君军. 气管切开在重型颅脑损伤治疗中的作用(附68例报告)[J]. 中国临床神经外科杂志,2007,12(3):172-173.

[3] 陈宏林,吴 娟. 气管切开患者气道湿化护理的循证查房[J]. 护士进修杂志,2008,23(19):1775-1776.

(编辑:蒋登金)

胃肠道恶性肿瘤联合化疗的护理体会

刘明玲,陈家琳 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所全军战创伤中心,重庆 400042)

[关键词] 恶性肿瘤;胃肠道;联合化疗

[中图分类号]R735 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2009)06-0441-01

艾恒是新的铂类衍生物,是治疗胃肠道恶性肿瘤的化疗药物之一[1]。我科自2008年6月至12月用艾恒+亚叶酸钙+氟尿嘧啶作为胃肠道恶性肿瘤病人的化疗方案,化疗时间为2 d,3周为1个疗程,取得良好效果,现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者共56例,男41例,女15例,年龄42~76岁,平均59岁。为直肠、结肠、胃癌术后病人,其中43例已完成了6个疗程的化疗。

1.2 用药方法

第1天:艾恒200 mg+亚叶酸钙0.2 g+氟尿嘧啶0.5 g化疗;第2天:亚叶酸钙0.2g+氟尿嘧啶0.5g化疗。艾恒和氟尿嘧啶静脉滴注在2 h以上,亚叶酸钙静脉滴注时间在1 h以上。每3周重复1次,在整个治疗期间,需加强巡视,防止药液外漏,并准确调节输液速度,保证治疗的准确性。

2 护理体会

该化疗方案的副作用主要以骨髓抑制、胃肠道反应及感觉神经毒性为主,骨髓抑制主要表现为白细胞减少;胃肠道反应以恶心、食欲减退为主,呕吐者极少;感觉神经毒性表现为输液侧肢端麻木。由于化疗病人均为胃肠道恶性肿瘤的病人,容易产生情绪低落、消极和害怕化疗引起的各种反应而对化疗的信心不足,用药前需先与病人进行沟通、解释,告知此化疗方案的使用方法,注意事项和化疗过程中可能出现的不良反应及应对措施,以减轻病人的思想顾虑和精神压力。在化疗前、中、后均应抽血查血常规,对白细胞低于3×10^9/L的患者给予瑞血新皮下注射,白细胞低于1×10^9/L的患者除了皮下注射瑞血新外,还需对患者进行保护隔离,嘱患者多卧床休息,减少外出活动,鼓励进食易消化、无刺激性、高热量、高蛋白、高维生素、高碳水化合物的食物,多饮水,并教会患者自行观察有无牙龈出血,皮下淤斑,甲床颜色等出血倾向,防止感染和出血,待白细胞升至正常后再行化疗[2]。化疗引起的胃肠道反应主要为食欲不振,恶心呕吐,化疗前常规静脉推注赛格恩5 mL加以预防,多数病人表现为食欲减退和恶心,此时应嘱患者放松心情,少食多餐,进食易消化,对呕吐病人可遵医嘱给予胃复安肌注对症治疗,并严密观察呕吐物的颜色,性质和量,维持水电解质平衡[3]。由于艾恒可引起末稍神经炎,化疗时应正确选择血管,应选择弹性好,外横径较粗的易于穿刺和观察的血管,避免反复穿刺小血管,对手臂麻木的患者可嘱患者及家属沿静脉走向给予按摩,对多次化疗且外周血管小的可行深静脉置管,以减少病人的不适。

[参考文献]

[1] 于丽萍. 奥沙利铂联合氟脲嘧啶治疗胃肠肿瘤的临床资料分析[J]. 临床和实验医学杂志,2008,7(5):149.

[2] 吴宇殊,吴宇哲. 恶性肿瘤病人化疗的整体护理[J]. 实用肿瘤学杂志,2006,20(2):132.

[3] 康慧鑫,周宏铎,张玉新,等. 洛铂联合化疗在肠道恶性肿瘤治疗中的护理体会[J]. 局解手术学杂志,2008,17(5):367.

(编辑:蒋登金)

[收稿日期] 2009-08-20 [修回日期] 2009-09-19