自发性气胸行胸腔闭式引流术后的护理

杨丽芹[1]，王晓光[2] （1. 佳木斯市结核病医院；2. 佳木斯市传染病医院，黑龙江 佳木斯 154000）

[关键词] 自发性气胸；引流术后；护理体会
[中图分类号] R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)01-0070-01

气胸是指气体进入胸膜腔，可为自发性、外伤性和人工气胸。进入胸膜腔的气体改变了胸膜腔的负压状态，肺组织部分或者完全被压缩。单侧肺受压不超过30%者，多无明显症状，不需特殊治疗，可自行吸收。如超过者临床表现明显，均需要采取相应治疗措施[1-2]。我科从2003年至2006年共收治自发性气胸患者36例，其中有27例经胸腔闭式引流术而康复。现将临床护理体会报告如下。

1 临床资料

本组27例，男21例，女6例，年龄最大者61岁，最小21岁，平均年龄41岁。其中肺结核21例，肺大泡6例。行常规胸腔闭式引流术。27例自发性气胸病人经胸腔闭式引流术后，喘憋立即在4～7 min内缓解，呼吸平稳。

2 护理

2.1 引流护理

病人术后取半卧位，以便引流，并有利于呼吸。在更换引流瓶时注意先夹闭胸腔引流管，按无菌操作原则，以避免感染，引流瓶装好后，检查玻璃管是否在水面下，然后开放引流管。引流水瓶应放置在安全、便于观察且较低位置，以利于引流，在搬动病人时，先将引流管夹比闭，以防引流瓶过高，瓶内的液体倒流于胸腔。

2.2 保持引流管通畅

在应用前要检查水封瓶及橡胶管不漏气，通向引流瓶的长玻璃管要插在液面下3～4 cm。在行闭式引流术后24 h内每30～60 min挤压引流管，防止血块堵塞。如水柱无波动，检查引流管是否扭曲、折叠或堵塞根据情况及时处理，保持通畅，如病人出现胸闷气促立即通知医生。患者因为负压吸引器连接不宜离床活动。

2.3 注意观察并记录

术后观察有无皮下气肿、气体排出量、颜色、性状并准确记录。因整个系统是个密闭装置，因此经常检查各连接管接口是否松脱，吸引器负压不宜过大，查看引流瓶内水柱波动范围，正常水柱上下波动4～6 cm。告知患者及家属，不能随意调节或关闭吸引器，以免影响引流效果。

2.4 拔管指征

术后48～72 h引流量明显减少且颜色变淡，24 h引流液小于50 mL，脓液小于10 mL，x线胸片显示肺膨胀良好、无漏气，病人无呼吸困难即可拔管。拔管后观察病人有无胸闷、呼吸困难、切开漏气、渗出、皮下气肿等症状。

气胸患者肺压缩50%以上者，使用一次性闭式引流瓶，可明显缩短胸腔闭式引流的时间，尽快使肺组织膨胀，减轻患者的疼痛和不适，操作过程简单。胸腔闭式引流术的原理是利用重力、保持相对密闭，排出胸腔内的积液、积气，恢复胸腔内负压，促使肺膨胀，恢复呼吸功能。因此治疗自发性气胸采用胸腔闭式引流术紧急措施的一种，为此护士必须掌握胸腔闭式引流术的护理常规，以便及时发现异常情况或病情变化，能够立即采取相应的抢救措施。

[参考文献]

[1] 张爱兰. 胸腔闭式引流术的护理[J]. 医学论坛杂志，2005，26(11)：74.
[2] 舒 淳，张立忠，益建疆，等. 自发性气胸行胸腔闭式引流术后最适宜拔管时间的探讨[J]. 局解手术学杂志，2006，15(1)：27－28.
[3] 邵正荣，张 静，姚海静. 胸腔闭式引流病人的观察与护理[J]. 中国医药导报，2006，3(33)：128.

（编辑：侯晓宇）

[收稿日期] 2008-10-30 [修回日期] 2008-11-17

手术室血液制品的取送流程的标准化

周 利，彭 丽 （第三军医大学附属西南医院护理保障中心，重庆 400038）

[关键词] 血液制品；标准化；注意事项
[中图分类号] R457.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)01-0070-02

输血是临床常用的治疗方法之一，血液制品的取送是输血的前提，这就要求血液制品的取送流程必须标准化和制度化。通过对手术室血液制品的取送流程进行科学的管理，达到提高工作效率，防止严重差错事故的发生，为临床安全输血提供可靠保障的目的。本文就手术室血液制品的取送流程及注意事项探讨以下。

[收稿日期] 2008-09-25 [修回日期] 2008-10-10

1 手术室血液制品的种类及标准化的重要性

输血是外科手术中的一个基本程序,我院手术室每天要用血4 000~5 000 mL,所用的血液制品主要有三种:全血、成份血、其他血液制品。全血包括:新鲜血、库存血、和自体血;成份血包括:有形成份(红细胞、白细胞、血小板)和血浆成分(血浆、血浆蛋白、凝血制品);其他血液制品包括:白蛋白、抗血有病球蛋白浓缩剂、纤维蛋白原、凝血酶原复合物。护士对安全输血起着至关重要的作用,从输血前的准备即血液制品的取送到把准备好的血液制品输入患者体内。护士必须有较丰富的输血知识,能一丝不苟地严格按安全输血护理常规操作,才可避免输血前某一环节的疏忽(包括自身的疏忽)而造成输血意外事故的发生。

2 血液制品的取送流程

急诊取血的流程是:①护理保障中心办公护士接到手术室急诊取血的电话后,应询问并记录科室的时间、名称,并立即安排手术室护士到达手术室交换窗口收取病历,查看手术间号、用血同意书、住院证后与手术室护士当面核对清楚,在《手术室取送全血、血制品登记本》上登记,签名。②将用血申请单、病历、用血同意书一起送到输血科后与输血科工作人员当面核对清楚;经查对无误后在输血科的发血单上双方签全名。③取血的护士到输血科取血时,查看血液是否有杂志、沉淀、颜色、血液是否有血块、凝集、有效期。④血液在取送过程中注意保证血液的质量,避免剧烈震荡,血液在运输过程中,应低温保存(±4 ℃)。⑤取血护士在全血、血制品出库后15 min之内必须下送至手术室。特急用血时可用"O"型200~400 mL红细胞,再进行合血、配血。⑥在取送血液制品的交接中,认真做好与手术室及输血科之间的签收记录。平诊血液制品取送流程同前,只是要求取血护士在全血、血制品出库后30 min之内必须送至所需科室。

3 血液制品取送流程中的注意事项

为对血液制品的取送流程进行科学管理,特进行了以下事项的规定:①严格执行查对制度,做好科室、姓名、手术间号、ID号、住院号、血制品种类、血型、剂量、质量、献血者姓名、血型、血代号、血证号、有效期等十四个查对项目;②取血时查看血液的质量;③在取送过程中注意保证血液的质量,避免剧烈震荡,高温时应低温保存;④血制品出库后30 min之内,急诊在出库15 min之内必须下送至手术室,特急用血可先取"O"型红细胞200~400 mL再进行合血、配血;⑤取血箱每日用0.1%过氧已酸消毒一次。

血液制品是一种容易受到污染的复杂液体,因而供血质量直接关系到患者的安危,为了保证供血工作质量的稳定,就需要护理保障中心的取血护士做到对手术室血液制品的取送严格按照标准化的流程进行操作,并在操作过程中做好每个细节,才能保证供血工作高质、高效完成,为患者提供安全、优质的血液制品。

[参考文献]

[1] 任 静,彭 丽,罗玉娟. 取送手术室组织标本的规范化管理[J]. 局解手术学杂志,007,16(2):138-139.

[2] 于元莉,魏 华. 采取对策提高临床输血安全性[J]. 社区医学杂志,2006,4(3):36-37.

(编辑:左艳芳)

子痫病人的护理

李 莉,荣丽媛 (新疆奎屯州医院妇产科,新疆 奎屯 833200)

[关键词] 子痫;护理;硫酸镁

[中图分类号] R714.245;R473.71 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)01-0071-02

子痫是先兆子痫病情的进一步恶化,一旦发作,母子的死亡率较高,因此临床中医护人员要密切配合加强护理,积极抢救。我科2003年5月至2008年5月收治了妊娠高血压病人50例,经过积极组织抢救和正确护理,取得了满意的效果,现将体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例50例,年龄20~44岁,平均年龄28岁;产前子痫30例,产时子痫12例,产后子痫8例。初产妇45例占70%,经产妇5例占10%;发病孕周最小20周,最大34周,平均30.3周。

1.2 处理方法

子痫发作时用葡萄糖加硫酸镁进行缓慢静滴,具体用法:予25%硫酸镁10 mL溶于50%葡萄糖液20 mL中缓慢静脉推注,继予25%硫酸镁40 mL溶于5%葡萄糖500 mL中静脉滴注,24 h总剂量不得超过30 g。适时终止妊娠,原则是控制抽搐,意识清醒后6~12 h应终止妊娠。产前或产时发生子痫时,必要时阴道助产或行剖宫产术,以尽快结束分娩,防止用力后出现颅内出血等严重并发症。必要时请眼科医生检查眼底,积极定时测血压听取病人的主诉。

[收稿日期] 2008-10-10 [修回日期] 2008-11-19