维普资讯 http://www.cqvip.com

3L无菌保护套对术中B超探头的保护应用

周 妮,陈小丽,曾 俊 (第三军医大学附属西南医院手术麻醉科,重庆 400038)

[关键词] 无菌保护套;手术;B超
[中图分类号] R472.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)03-0217-01

随着各种医疗设备的快速发展,各种检验、治疗仪器也越来越多的应用到外科手术治疗中[1]。手术中B超的应用也越来越广泛。由于B超探头是直接使用在手术野上,所以探头必须达到灭菌状态方可使用。探头不能高压灭菌,多数医院一般采用2%碱性戊二醛浸泡对其进行消毒,但此方法若要达到灭菌所需时间太长,术中不可能长时间等待。我院手术室采用3L公司生产的无菌保护套对B超探头进行保护,及时有效保证了手术的顺利进行,取得满意效果,现介绍如下。

1 材料与方法

1.1 材料

3L无菌保护套1个,7号丝线或无菌橡皮筋1根,灭菌石蜡油。

1.2 方法

器械护士穿好无菌手术衣,戴好无菌手套后,双手食指在保护套内侧,其余四指在保护套外侧将保护套从头端到尾端收紧,器械护士一手放于收紧后的保护套外底部将保护套反套于手上,保护套内底部滴上少许石蜡油。巡回护士或B超室医生将B超探头递到器械护士套了保护套的手里,由器械护士将保护套的边缘顺着探头导线向下套,巡回护士或B超室医生协助将其套好。器械护士将B超探头移到保护套底端边角上,将保护套的底端光滑平整的一面与探头接触,然后用7号丝线或橡皮筋将其扎紧即可。

2 讨论

使用无菌保护套保护B超探头,可使直接用于手术野的探头达到灭菌,大大降低了感染几率的发生。应用保护套可防止病人的血液、体液等污染B超探头,造成院内交叉感染。避免了因反复使用2%碱性戊二醛浸泡消毒,对B超探头造成的损伤。石蜡油能很好的使保护套和B超探头紧密贴合在一起,不会对B超结果产生影响。使用穿套保护套时应严格无菌操作[2-3]。此方法取材方便,操作简单、快速,同时也减轻了手术室护士的工作量。

[参考文献]

[1] 何振惠,李 芳.腔镜带电导线无菌保护套支撑套筒的应用[J].腹腔镜外科杂志,2007,12(5):385.
[2] 岳 蕤,曾 俊.封闭式手术衣术中无菌情况的调查[J].局解手术学杂志,2005,14(3):169.
[3] 程 勤,张玲琳.无菌手术缝针盒的制作[J].局解手术学杂志,2005,14(3):166.

(编辑:左艳芳)

[收稿日期] 2008-02-10 [修回日期] 2008-03-30

脑肿瘤合并糖尿病患者术后护理体会

黄秀莲 (百色市人民医院,广西 百色 533000)

[关键词] 脑肿瘤;糖尿病;胰岛素;护理
[中图分类号] R587.1;R739.41;R248.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)03-0217-02

手术切除合并糖尿病的脑肿瘤,对糖尿病患者是严重的刺激,如果术后护理不当,则可能发生严重的并发症,以至危及生命。我科从1998年2月至2007年3月共行开颅手术治疗脑肿瘤合并糖尿病患者13例,经过细致周密的护理,取得了较好效果。现就其临床护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例共13例,其中男9例,女4例,年龄35~68岁,平均55岁。13例患者均有糖尿病病史,病程3~17年。13例中大脑半球胶质瘤7例,平均4 cm×5 cm;脑转移瘤1例,肿瘤大小3 cm×3.5 cm;脑膜瘤3例,平均3 cm×4 cm;颅咽管瘤1例,大小为2 cm×4 cm;垂体瘤1例,大小为2 cm×3 cm。

1.2 护理方法

入院后给予降糖治疗,手术前用胰岛素皮下注射。术前空腹血糖尽量控制在5.6~11.2 mmol/L,手术当日尽早施行,以缩短术前禁食时间,避免发生酮症酸中毒。术后严密观测患者生命征,严格管理饮食和密切监测血糖,合理使用胰岛素治疗,预防各种并发症的发生尤其是与代谢有关的并发症,处理好伤口及引流管,同时要做好患者的心理疏导,让患者重拾战胜病

[收稿日期] 2008-02-06 [修回日期] 2008-03-04

维普资讯 http://www.cqvip.com

魔的勇气。最后给予正确的出院指导。经过有效治疗及正确的护理,患者安全渡过危险期,均痊愈出院。

3 讨论

全麻术后未清醒者,取平卧位,头偏向一侧,保持呼吸道通畅,以防呕吐物误吸。病人生命体征平稳,予抬高床头15°~30°,以利颅内静脉回流,减轻脑水肿。同时要密切观察病情:①注意观察神志、瞳孔及肢体活动情况,及时发现继发颅内出血及脑水肿症状加重等表现;②注意观察伤口敷料是否渗血渗液,引流管是否通畅,引流液的性质及量,发现异常及时报告医师。糖尿病患者术后机体抵抗力弱,易合并感染或者发生与代谢有关的并发症,因此进行各项操作均需严格遵守无菌原则。治疗上常规预防感染,遵医嘱予足量有效的抗生素。除此之外,还要密切观察以及早发现病情变化。此类患者意识状态的改变易被原发脑疾患所致的意识障碍掩盖而延误抢救时机,因此当开颅术后患者意识障碍加深,经脱水治疗多日不见改善或反而逐渐加深,应考虑有酮症酸中毒或高糖性昏迷的可能[1-3]。

饮食治疗是治疗糖尿病极其重要的措施。术后当天禁食,第2天起进半流质饮食。给患者制定既能达到营养需求,又能控制血糖在理想范围内的特殊饮食,三餐应定时定量。颅脑手术后,为防止低血糖的发生,不管患者清醒与否,术后定时血糖监测是非常必要的。术后当天禁食测血糖,或者根据病情随时监测血糖[1]。采取血糖标本时,应从未输液的一侧肢体取血,否则影响测量结果,血糖稳定后,可逐渐改为三餐前测血糖。短期控制血糖水平可潜在性地改变伤口愈合。使用胰岛素治疗要密切监测血糖,同时护士必须了解血糖水平,保证按需要改变胰岛素的用量。

对伴有糖尿病的颅内肿瘤的患者,指导患者做好康复期功能锻炼、指导患者做好糖尿病饮食调整和降糖药物的选择等特殊问题,必要时请内分泌专家协助指导。向患者及其家属讲解低血糖反应表现及自救方法,使他们对低血糖反应有一定的心理准备和识别能力,并能及时进行自救或施救。

[参考文献]

[1] 李传华.糖尿病合并肿瘤出现低血糖反应的护理[J].中国误诊学杂志,2007,7(6):1389-1390.
[2] 孙亚芹,于 凝.脑瘤合并糖尿病的术后观察和护理[J].局解手术学杂志,2006,15(1):72.
[3] 王培强.25例脑肿瘤合并糖尿病患者的治疗体会[J].福建医药杂志,2005,27(4):93.

(编辑:周小林)

手外伤带蒂皮瓣修复术后的护理

顾凤仙 (昆山市中医院骨三科,江苏 昆山 215300)

[关键词] 带蒂皮瓣修复术;手外伤;护理
[中图分类号] R622.1;R248.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)03-0218-02

由于手部功能复杂,且对外观要求高,因此手部皮肤软组织缺损的修复是手外科治疗中的重点和难点。带蒂髂腹股沟轴型皮瓣因其对手的功能和外观恢复好,是手部皮肤缺损的首选治疗方法。我科2006年3月至2008年1月采用带蒂皮瓣转移术治疗手指外伤132例,效果满意。现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

本组患者132例,其中男76例,女56例;年龄22~58岁;均为手部皮肤缺损患者。本组病例均在伤后急诊清创后即予皮瓣修复,45例行锁骨下动脉分支皮瓣修复,交臂皮瓣24例,邻指皮瓣21例,腹部随意皮瓣32例,旋髂浅动脉皮瓣10例。术后早期抗炎及支持治疗,予有效固定、改善循环、补液等对症处理。3周后在局麻下行断蒂术。

2 结果

经有效治疗与精心护理,132例手术皮瓣全部成活,手指及供皮区切口愈合良好,皮瓣血运、张力可。手功能恢复满意。

3 护理与讨论

手外伤后影响人的生活、劳动能力,给患者的生活、工作、家庭带来不良影响。多数患者均有不同程度的紧张、焦虑、恐惧等心理,使患者心理承受能力降低[1]。因此应尊重患者并尽量保留其生活方式,满足其日常生活所需。根据病人的个体情况,做好术前宣教,如简单介绍手术情况及治疗效果,使病人增强信心,并有充分的心理准备,以消除或减轻焦虑和恐惧心理。皮瓣转移术后,患者石膏背心固定,患肢制动,应置患者半卧位,观察有无胸闷不适、呼吸不畅等,如发现异常,及时通知医生。术后下床活动时,注意防跌倒,嘱病人选择防滑、轻便、大小合适的拖鞋。为病人营造舒适的休息环境,保持病室清洁、整齐、安静,使室温保持在26 ℃左右,相对湿度50%,病室定时通风。另外,吸烟、疼痛、寒冷、情绪激动等因素均可引起血管痉挛,应做好相应的心理疏导与护理。预防感染要求做到以下几点:①进行各项操作时严格遵守无菌操作;②术前术后遵医嘱使用有效抗生素,密切观察患指末梢血运情况,一旦出现异常,及时报告医生处理;③及时更换术口敷料,若敷料渗血多

[收稿日期] 2008-02-14 [修回日期] 2008-03-26