维普资讯 http://www.cqvip.com



梗死面积的大小来衡量TOBS患者脱水药物的应用。保持呼吸道通畅及早纠正呼吸衰竭[2]。

由于本病预后不佳,治愈率低,病死率高,我们应提高对本病认识,早期诊断,及时采取有效治疗措施,积极预防并发症,将有助于降低死亡率,对提高患者的生存率和生存质量有重大意义。

[参考文献]

[1] 谢思明,陆士奇.基底动脉尖综合征18例临床分析[J].中国现代医药杂志,2007,9(6):92-93.
[2] 施建华,罗腊香,张力,等.基底动脉尖综合征6例诊治体会[J].中国民康医学,2007,19(8):677-678.

(编辑:郭光金)

# 自制气囊在后腹腔镜手术中的应用

杜文秀,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] 后腹腔镜;手术;气囊
[中图分类号] R612 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)01-0071-01

后腹腔镜手术需建立腹膜后操作间隙,我院自2005年1月至2007年3月,在建立腹膜后操作间隙时一直使用自制气囊。其效果满意,现介绍如下。

## 1 材料与方法

### 1.1 材料

16号一次性尿管1根,8.5号无菌手套1只。

### 1.2 制作方法

剪去尿管的盲端,取8.5号乳胶手套的中指、拇指指套,将拇指指套重叠于中指指套外,用7号丝线在指套开口端外层打结,将两层指套固定在尿管上。结的松紧度以不阻断尿管的通畅性,又使指套具备良好的密闭性能为宜(图1)。

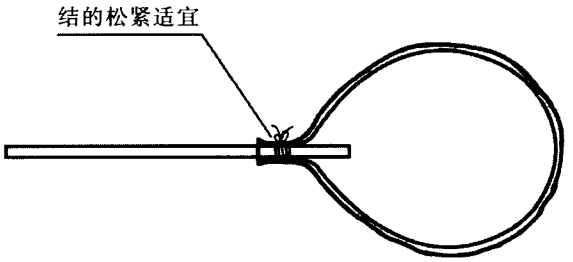



图1 自制充气气囊示意图

### 1.3 使用方法

检查尿管的通畅性及气囊的密闭性能后,于腋中线髂嵴上方1~2 cm处作切口,切开肌层钝性分离至腹膜后,用食指于腹膜后间隙探出腔隙,用7寸弯钳将制作好的气囊放进腔隙。用60 mL注射器通过尿管向气囊内反复注气共500~700 mL以扩大腔隙,注气间隙用止血钳将尿管夹闭。腔隙扩大成形后,松开止血钳,放出气囊内气体,取出气囊,检查其完整性。在腔隙内放入鞘卡及镜头。

## 2 讨论

气囊分为内外两层,内层的乳胶中指套体积小于外层的拇指套,若因气囊压力过大而致气囊破裂,首先破裂的为内层,不会导致异物遗留,方便手术医生手术操作。自制气囊扩大手术腔隙效果好且取材方便,经济实用。

(编辑:余汇洋)

[收稿日期] 2007-10-10 [修回日期] 2007-11-29

# 可调式中心负压吸引在清理新生儿呼吸道分泌物中的应用

唐 莉,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] 负压吸引;呼吸道分泌物;新生儿
[中图分类号] R719 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)01-0071-02

在剖宫产术中,痰液、羊水、分泌物易堵塞新生儿呼吸道,导致新生儿阻塞性窒息。因此,有效而彻底地清理呼吸道是新生儿娩出后最先、最关键的一步。自2006年起我科采用带有流量调节的中心负压吸引器代替口吸法,用于清理新生儿呼吸道分泌物,取得了满意的效果,现将操作方法介绍如下。

[收稿日期] 2007-10-08 [修回日期] 2007-11-15

维普资讯 http://www.cqvip.com



## 1 操作方法

首先准备新生儿无菌接产台,将粗细适宜的无菌新生儿吸痰管加至接产台上,备用。在手术医生切开子宫准备娩出胎儿时,接产护士即刻洗手、戴无菌手套,准备接产。将新生儿吸痰管头端与台下中心负压吸引器相连、固定,关闭头端侧孔,并保持吸引通畅。由巡回护士调节吸引器压力,中心负压不超过13.3 kPa[1],以能够吸出分泌物的负压为合适,不宜过高或过低,以免损伤新生儿粘膜或因分泌物粘稠而不易吸出。在清理分泌物的过程中,护士动作应轻柔,避免损伤呼吸道粘模。吸痰管插入时应停止吸引,拔出时边拔边吸旋转吸痰管,不宜过快,并随时观察吸引压力的大小,根据分泌物的多少和粘稠度及时调节压力值的大小。

## 2 讨论

清理新生儿呼吸道分泌物传统的方法是由护士嘴含新生儿吸痰管头端,将尾端放入新生儿口或咽、鼻腔内进行吸引。此法的缺点是:不易掌控负压,若护士经验不足,极易损伤新生儿口、咽、鼻腔粘膜。另外,分泌物过多时,易反吸回护士口内,既不卫生又易发生交叉感染。清理新生儿呼吸道分泌物直接利用手术间内的可调式中心吸引设备,取材方便,操作简单,能有效控制负压,防止新生儿呼吸道粘膜受损。而口吸法清理新生儿呼吸道分泌物时,接产护士需取下口罩方能清理。而采用此法,接产护士在手术间内不需再取口罩,减少了操作程序,同时也避免了交叉感染的机会。口吸法很不卫生,且在操作过程中,极易造成接产护士与新生儿之间传染病的交叉感染,而采用此法,有效避免了在分泌物过多的情况下反吸入接产护士口中的危险,从而防止了交叉感染的机会。

[参考文献]

[1] 朱晓晴,朱文惠,马朝琼. 新生儿窒息38例抢救体会[J]. 长江大学学报, 2006,3(3): 263-264.

(编辑:张天飞)

# 急性有机磷农药中毒的急救护理

王 英 (昆明陆军学院院务部卫生科,云南 昆明 650207)

[关键词] 农药中毒;急救;护理
[中图分类号] R595.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)01-0072-02

有机磷农药中毒是常见急危重症之一,在农村地区发病率较高,可致各主要器官损害,心血管并发症是中毒的常见死亡原因之一。因起病急骤,临床表现复杂,需迅速、恰当地处理。现就我院收治的1例乐果中毒患者的急救护理体会报告如下。

## 1 临床资料

患者,女,23岁,吞服乐果40 mL,40 min后来院就诊。查体:面色苍白、皮肤湿冷、意识不清、呈昏迷状态。立即用清水和5%的碳酸氢钠洗胃,综合应用阿托品、解磷药物,同时大量补液利尿,促进已吸收的毒物及代谢产物迅速排除。本例患者综合治疗2周后痊愈出院。

## 2 护理措施

### 2.1 严密观察病情和生命体征

有机磷中毒病情变化快,掌握阿托品化的指标非常重要,如发现晚或处理不及时,易导致死亡。因此,护理人员必须做到每15~30 min测血压、脉搏、呼吸1次,观察病人的神志、瞳孔、心率、呼吸的变化,皮肤的干燥严密度,颜面是否潮红、出汗,听诊肺部是否出现湿罗音及是否出现阿托品化、阿托品中毒等症状,如有异常及时向医生汇报,以便及时调整阿托品量。有机磷毒物易导致呼吸道平滑肌痉挛和腺体分泌增多,因此,在患者意识不清时,应将其肩下垫高,以保持颈部伸展,防止舌后坠,还应及时清理呼吸道分泌物,定时吸痰、持续给氧。出现呼吸肌麻痹时,及时配合使用呼吸机。

### 2.2 预防感染

由于病人用药品种较多,肌肉注射次数频繁,故必须严格无菌操作,定时更换注射部位,并做好消毒处理工作。保持室内适宜的温度和湿度,用1:500的84消毒液湿拖地面,并每日用紫外线照射消毒。做好病人口腔护理及皮肤清洁护理,避免交叉感染。

### 2.3 做好心理护理

大多数有机磷口服中毒患者,有明显的自杀倾向,其特点是强迫性就诊,极不配合抢救治疗。作为护理人员要有高度责任心和人道主义精神,通过患者亲人了解中毒原因,对患者要同情理解,不歧视,主动了解、掌握患者心理状态,帮助患者树立人生信念,保持良好身心状况,鼓励其积极配合治疗。

## 3 讨论

有机磷农药是一种剧毒剂,主要经胃肠道、呼吸道、皮肤和粘膜吸收,然后迅速分布到全身各脏器,其中以肝、肾、肺、脾等为主,它对人的毒性主要是对胆碱酯酶的抑制,引起乙酰胆碱蓄积,使胆碱能神经受到持续冲动,对心肌、肝脏、脑细胞等不同程度损害,中毒后死亡率高。所以医护人员应密切配合,采取综合有效的治疗措施,尤其是必须进行彻底洗胃和应用有效

[收稿日期] 2007-10-12 [修回日期] 2007-12-17