维普资讯 http://www.cqvip.com

3 讨论

术前讨论是外科病人手术得以顺利进行的重要步骤,也是确定诊疗方案的重要环节。护士参与术前讨论不仅有利于了解疾病的发生、发展规律,了解拟行手术的目的和方法,并且根据手术方案和术前准备要求,进行充分的物品准备和人员准备,以保证手术的顺利进行和病人术后的康复。护士参与术前讨论能更全面的了解患者的疾病发生原因和手术治疗细节,使护理工作更具有针对性,护理计划更加周密,措施更得力,有利于解决患者的护理问题。提高患者的心理承受能力,更好的依从医护工作,最低限度地减少围手术期的危险性,心情愉快地接受手术,配合术后治疗和护理,避免或减少术后并发症。护士参与术前讨论可以保证护理工作有的放矢,高质量完成护理任务。护士在术前将护理问题向患者做详细的讲解说明,与患者共同讨论制定护理措施。良好的心理状态和积极、健康的情绪,对外科病人的手术治疗和促进术后康复有重要的作用[3]。让患者亲自参与其中,能保证病人积极配合治疗的情绪,认真落实护理措施的自觉性,使护理目标容易实现,使工作满意度大大增加,有利于护士与病人之间建立良好的护患关系。

[参考文献]

[1] 张素岚,马玲波.手术室护士参与术前讨论的重要性及体会[J].实用诊断与治疗杂志,2004,1(18):77.
[2] 宋向阳,王 宇,代艳然.手术室护士参与术前讨论在整体护理中的应用[J].护士进修杂志,2001,3(16):195.
[3] 冯淑梅,祁九伟.围手术期病人的护理体会[J].局解手术学杂志,2004,13(4):282-283.

(编辑:郭光金)

小儿心脏手术麻醉的配合

吴 霞,曾 俊,陈小丽,周亚颖 (第三军医大学附属西南医院手术室,重庆 400038)

[关键词] 心脏;手术;麻醉配合
[中图分类号] R654.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)06-0437-02

在全麻的过程中,小儿由于年龄小、好哭易动,不易配合麻醉工作,护士的积极、默契配合是必不可少的。现就本院2005年1月至2006年12月对10 kg以下的小儿心脏手术麻醉配合的体会要点报道如下。

1 临床资料

本组患儿42例,男20例,女22例,体重为5.5~10 kg,平均体重为8.99 kg,年龄为6个月至4岁。其中室缺修补20例,房缺修补12例,法洛四联症根治术5例,完全肺动脉异位1例,心内膜垫缺损4例。

2 麻醉配合

2.1 麻醉前配合

术前访视时,掌握患儿主要的心理特征。与家属及患儿交谈时态度热情、诚恳,取得患儿的信任,以便更好的配合麻醉。备好麻醉用品,麻醉插管盘、麻醉药品、急救药品、麻醉机等。根据小儿的年龄及体重备好吸引器及吸痰用物。吸引器应处于良好的备用状态。小儿手术间的温度在24~26 ℃,湿度在50%~60%。其次是准备好精密输液器、留置针及敷帖,根据手术大小及血管情况,选择合适型号的留置针。在手术床上小儿肩下位置,放一横垫,使小儿保持呼吸通畅。再次是与麻醉医生一同到病人等待室迎接小儿,查对并询问禁食、禁饮、术前用药情况。先进行基础麻醉后再接入手术间,避免小儿哭闹引起缺氧、紫绀等症状。最后要建立有效的静脉通道,协助进行麻醉诱导,气管插管。在推注药物时,再次核对小儿的姓名、性别、手术部位等。

2.2 麻醉中配合

小儿体形小、易躁动,输液部位必须固定牢固,以免通道脱落。在术中给药时,严格执行查对制度,认真核对药物的名称、浓度、剂量等等。由于心脏手术管道众多,必须确认是静脉通道后再推注药物。注意出入量的观察,测定每小时尿量。每小时统计手术出血量,并告诉麻醉医生,必须及时处理。体温的监测是麻醉中的重要环节,因为小儿体温调节能力差,年龄越小,这种调节能力就越差。术中密切观察肛温的变化,注意保暖。

2.3 麻醉后配合

用约束带固定好患儿,松紧适度。以避免因疼痛、不适带来的烦躁坠床,避免病人拔除通气管道及各种通道。对分泌物多的患儿要及时吸出,保持呼吸道通畅,注意观察病人的呼吸情况及氧饱和度。手术中暴露过久,易引起寒战,体温不升,应注意保暖。同时由于麻药的作用,可能出现高热,应及时物理降温。

3 讨论

小儿在入手术间前,查对小儿的一般资料及用药情况,尤其要注意腕式识别带并于家属确认,向家属询问禁食、禁饮情况。在术前访视时,给小儿做好有效的沟通,对病情做个简单评估,病情较重又不合作者,可以让家属陪同小儿入手术间,以

[收稿日期] 2007-08-08 [修回日期] 2007-10-21

维普资讯 http://www.cqvip.com

确保患儿情绪稳定,心理健康,以免意外发生。在手术等候区可以摆放方便消毒的玩具,以便小儿玩耍,分散注意力,减少紧张情绪。小儿一般不主动配合,应妥善固定及陪护,避免坠床。小儿皮肤娇嫩、易损伤,在做任何操作时,注意保护小儿的皮肤。在建立各种通路时,一定要保证通路的有效性,在给药时一定要杜绝空气进入血液循环,建议用头皮针推药,在连接好注射器后回抽连接处的气泡,避免空气进入血液循环。麻醉前后,必须准备好吸引设备及急救药品、仪器。为保持呼吸道通畅,麻醉在肩下放一横垫,以免舌后坠引起窒息。手术室护士平时应熟练掌握各种抢救技术和急救器材的使用方法,一旦出现麻醉意外,才能熟练配合麻醉医生进行抢救工作。在手术进行中,没有特殊情况不能离开手术间,在一定要出去时必须给麻醉医生讲明并告知去向,注意在开放升主动脉期间一定不能离开,严密观察,及时报告,与麻醉医生做好沟通工作,在有异常情况下,及时汇报,及早处理。

(编辑:蒋登金)

急性重度有机磷中毒的急救与护理体会

王淑琴,荣丽媛 (新疆奎屯伊犁州医院,新疆 奎屯 833200)

[关键词] 有机磷中毒;护理;急救
[中图分类号] R595.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)06-0438-01

急性重度有机磷中毒(ASOPP)是临床常见的急症。多数患者病情危重,变化迅速,若处理不及时容易引起死亡,死亡率达10%以上[1]。本文对我科2004年1月至2006年11月收治的16例ASOPP患者进行了有效迅速地清除体内毒物,及时足量、持续有效地应用解毒剂和胆碱酯酶复能剂及精心的护理,取得了满意的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例16例,其中男3例,女13例,年龄19~54岁,平均28岁。均经口服中毒,服毒量30~500 ml,平均(150±40)ml。入院时多呈昏迷状态,双侧瞳孔缩小、全身湿冷、呼吸微弱。全部患者胆碱酯酶显著下降至55~429 u/L,符合急性重度有机磷中毒的诊断标准[2]。

1.2 方法

1.2.1 急救方法 ASOPP患者入院时尽早彻底清理呼吸道、开放气道、洗胃,必要时用口咽通气道。第一次洗胃结束后胃管内注入解磷定1~2 g,夹闭胃管30 min使复能剂与残留的有机磷结合起来而解毒。洗胃结束后,给予20%甘露醇灌注,也可灌注50%硫酸镁150~250 ml导泻。8 h后第二次洗胃,中毒量大每隔4 h洗一次,但肾功能不全或昏迷者不宜采用硫酸镁,以免加重中枢神经系统的抑制作用,引起或加重呼吸衰竭。

1.2.2 护理方法 主要护理有:①严密观察病情(包括生命体征,引流液的颜色、气味及量);②迅速建立两条静脉通道,一条供静注阿托品,另一条供静脉滴注解磷定及其他抢救药物;③注意观察判断是否阿托品化和阿托品中毒;④心理护理。

2 结果

16例ASOPP患者均采用彻底洗胃、导泻、静脉应用阿托品、解磷定注射液、输液、利尿,根据病情予以给氧、吸痰、应用抗生素和呼吸兴奋剂等综合治疗。抢救成功14例,成功率88%,死亡2例。

3 讨论

有机磷农药可通过呼吸道、消化道及皮肤黏膜接触进入体内,在体内与胆碱酯酶结合为磷酰胆碱酯酶,使胆碱酯酶失去分解乙酰胆碱的能力,从而使神经突触处乙酰胆碱大量蓄积,引起胆碱能神经过度兴备,最后转为抑制,出现一系列中毒症状。过去认为口服中毒4~6 h后毒物基本吸收,洗胃的意义不大,但目前认为,有机磷口服后,一部分残留在胃黏膜皱壁内,毒物经肠肝循环后又重新分泌入胃,毒性会增加,故主张口服中毒都应洗胃。洗胃液要掌握适宜的温度,以30~35 ℃为宜,过高过低均可加重患者病情及不适,每次进胃的液量可控制在400~500 ml。选用洗胃液时应注意:敌百虫中毒时禁用碳酸氢钠,因其遇碱会变成毒性更强的敌敌畏;高锰酸钾可使1605、乐果氧化后毒性更强。在紧急情况下毒物性质难以肯定时,应用大量清水或生理盐水。阿托品能拮抗体内过量的乙酰胆碱,对抗有机磷中毒时引起的中枢抑制。解磷定是胆碱酯酸的复活剂,早期应用能使磷酰化胆碱酯酶脱去磷酸基,从而恢复酶的活性,也可直接与血中有机磷结合成无毒性物质排出体外,从而解除烟碱样症状,因其半衰期为2 h,故需反复给药,根据有机磷肠肝循环原理,不断有新的胆碱酯酶磷酰化,复能剂一般用1~3 d。治疗期间,护理人员应密切观察出胃液是否为血性液体。本组就有2例有胃溃疡病史,在洗胃快结束时引起少量血性液体,立即中止洗胃,及时给予了对症处理。

总之,对ASOPP患者早期急救是抢救成功的基本保证,彻底清除毒物尤其是彻底洗胃、正确合理应用阿托品和胆碱酯酶复能剂、严密的病情观察及护理是抢救成功的关键。

(编辑:周小林)

[收稿日期] 2007-08-30 [修回日期] 2007-10-08