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

维普资讯 http://www.cqvip.com

时,应及时通知医生予以更换;④增强全身或局部机体抵抗力,预防呼吸道感染[2]。严密观察皮瓣血运。术后1~3 d皮瓣易发生血管危象,应严密观察皮瓣血运情况。为了便于观察,包扎敷料时应留一小窗。观察过程中,要详细记录皮瓣情况,如发现异常,应及时通知医生处理。同时,应保持创面敷料干燥清洁。饮食上增加蛋白质及含钙、磷丰富的食物,如牛奶、豆浆、鱼、虾等,并食用高维生素食物,多饮水,以防因大便干燥引起血管痉挛。对于疼痛剧烈的患者可给予镇痛治疗。

正确的功能锻炼对患者的手功能恢复至关重要,断蒂前患者石膏背心固定在位,以活动健侧肢体及关节为主。断蒂后,练习患指屈伸、内收,外展等活动,加强主动和被动活动联系,鼓励患者练习肩关节旋转外展活动,肘关节屈伸、前臂旋前、旋后等动作,练习手指屈伸、对指活动,以促进患指功能的康复[3]。

总之,如何正确指导患者进行功能锻炼等是带蒂皮瓣移植用于治疗环境,重视病人的体位护理、疼痛的护理、皮瓣血运的观察及心理疏导等是皮瓣移植成功的关键。

[参考文献]

[1] 程 超,余英楠.显微外科皮瓣移植围手术期的观察和护理[J].实用护理杂志,2003,19(6):222.
[2] 赵新巍,赵 榕.手部深度烧伤带皮瓣修复术的护理体会[J].局解手术学杂志,2003,12(5):328.
[3] 充华章.腹部带蒂皮瓣移植术后的护理[J].实用手外科杂志,2006,20(4):226.

(编辑:周小林)

急诊冠脉介入手术配合与护理体会

刘 开,刘 芳 (中国医科大学附属第一临床医院心内科,辽宁 沈阳 110001)

[关键词] 急性心肌梗死;介入手术;护理
[中图分类号] R541.4;R472 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)03-0219-02

在急性心肌梗死发生6~12 h内通过冠状动脉急诊介入治疗(PCI术)开通闭塞的冠状动脉是一种很好的血运重建方式,也是目前国内外治疗急性心肌梗死常用的行之有效的方法。我院2003年1月至12月采用此法共救治病人96例,取得了很好的效果。现将有关手术配合与护理体会报告如下。

1 临床资料与方法

本组患者96例,其中男54例,女42例;年龄34~76岁。常规消毒铺无菌单,用10%利多卡因局麻后穿刺右股动脉,送入F动脉鞘,分别用JL 4.0和JR 4.0导管行左右冠状动脉造影;如有75%以上的狭窄,再用引导管行冠状动脉造影,将引导钢丝送入狭窄支远端,用PTCA球囊扩张后放入支架。术毕,缝合股动脉,加压包扎。结果96例患者全部康复出院,无1例死亡。

2 手术配合

急诊介入治疗同平诊介入治疗相比不但风险大,还会出现各种并发症,如急性左心衰、肺水肿、心源性休克、严重的室性心律失常所致的心跳、心脏破裂,甚至心脑综合征等。要求手术配合护士有娴熟的技术和较强责任心以及训练有素的急救应变能力和较丰富的围手术期急性心肌梗死并发症的处理经验。在术前,护士要预见术中可能发生的问题,制订相应的防治措施、备齐各种抢救药物及特殊导管器械等是手术顺利实施的前提。手术当日护士还需充分估计可能发生的意外,做到有备无患。在术中,护士应密切观察,随时准备配合抢救,准确执行术中医嘱,并做好记录并严密监护。术中巡视要经常检查输液是否顺畅,并及时纠正,随时提供手术所需物品,协助手术人员无菌操作的正确执行。另外,造影剂的用量要掌握,提醒术者控制总量,特别是对肾功能不全者注意补液量。对于股动脉穿刺后给肝素3 000 U静脉注射,如行PTCA支架植入术则给肝素1 mg/kg体重后每小时追加2 000 U。准确记录每次给肝素的时间、剂量,观察有无出血倾向[1]。

3 护理体会

室颤是PTCA术中最常见的且最严重的并发症,可危及患者的生命,因此术中心律的观察非常重要。持续心电监护,对于室颤的前兆,如频发室性早博等,要提高警惕并积极处理。除颤仪应在术前检测,术中置于床旁,随时作好除颤的准备,护理人员应熟练掌握正确的除颤技术并具备很强的应急能力。如果患者除颤次数多,除颤时注意保护患者的除颤部位皮肤,电极板上多涂导电糊或用盐水纱布覆盖皮肤后再除颤。本组病例中有1例急性心梗患者术中除颤达22次,由于皮肤保护良好,患者得到及时成功救治。急诊患者病情较重,处于极度恐惧状态,全身大汗淋漓,此时患者最需要安全感,需要扶持和安慰,护理人员要以热忱、耐心、和蔼的态度对待患者,抢救工作应做到"稳、准、快",要有条不紊、镇定自如,以消除患者恐惧紧张心理,使之增强信心积极配合治疗,减少心律失常的诱因[2]。

PCI支架术是近年来国际范围内推崇的新技术,是一种创伤小、痛苦少、不留疤痕的介入方法,具有操作简单、安全、技术成功率高等优点。急诊PCI术救了许多急性重症心脏病患者的生命,极大地提高了急性心肌梗死患者的生存率。介入治疗

[收稿日期] 2008-02-04 [修回日期] 2008-03-01