维普资讯 http://www.cqvip.com

1 临床资料

500例注射苄星青霉素患者的观察中,年龄18~60岁。其中疼痛恐惧心理(心率加快、血压升高、出冷汗脉细速)10例,低血糖(出冷汗、心慌、乏力、饥饿感、面色苍白、恶心、呕吐)6例,体位性低血压(站立不稳、视力模糊、头昏目眩、软弱无力、大小便失禁等,严重时会发生昏厥)2例。

2 结果与护理

2.1 疼痛恐惧心理型护理要点

注射前向患者讲解有关知识,消除恐惧心理;注射中必须做到分散注射力;选择适宜的注射器,一般用10 ml注射器,注射用水不少于8 ml,否则堵塞针头,增加病人疼痛;一旦出现昏厥立即停药,平卧肌注安定10 mg。

2.2 低血糖型护理要点

禁止空腹注射;立即给病人饮用糖水,或进食含糖多的饼干或点心;若有神志发生改变,应用50%葡萄糖40~60 ml静脉推注,更严重时,用10%葡萄糖持续静脉滴注。

2.3 体位性低血压型护理要点

注射后,病人在站立时,嘱其动作应缓慢或在站立前做准备工作,即做些轻微的四肢活动,这样有助于促进静脉血向心脏回流,升高血压。最好静卧15 min,站立后还头昏者则继续卧床休息。

3 讨论

近年来抗生素不断推陈出新,由于青霉素特有的优势,至今未出现耐药菌株,再加上疗效确切、价格便宜,使其成为治疗梅毒的首选药物,尤其是苄星青霉素。但我们在使用过程中注意到即使皮试阴性,仍有过敏性反应的可能。昏厥就是较常见的一种过敏表现,是一过性脑缺血,缺氧引起的短时间意识丧失现象。引起昏厥的原因很多,过度紧张,恐惧而昏倒,为血管抑制性昏厥,又称反射性昏厥或功能性昏厥。体位性昏厥也属此类,其它尚有心源性、脑源性等。昏厥的临床表现为突然头昏、眼花、心慌、恶心、面色苍白、全身无力,随之意识丧失,昏倒在地[1-2]。门诊护士要了解上述特征和处理要点,在应用此药前,应详细询问有无药物过敏史,常规皮试,即使皮试阴性,也应准备好急救用品。使用后密切观察病情变化,一旦发现过敏现象,及时就抢救,以免贻误抢救时机。本文10例均因准备充分观察仔细,判断准确,抢救及时而未造成不良后果。

[参考文献]

[1] 孙乐栋,周再高,曾 抗,等. 苄星青霉素治疗梅毒致过敏性休克[J]. 内科急危重症杂志,2001,7(1):55-56.

[2] 刘红菊. 一种改良的婴幼儿青霉素皮内试验方法[J]. 局解手术学杂志,2005,14(2):75.

(编辑:左艳芳)

参与术前讨论对提高护理质量的影响

刘呈呈 (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所全军战创伤中心,重庆 400042)

[关键词] 术前讨论;护理质量;影响
[中图分类号] R248.2;R782.053 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)06-0436-02

随着护理专业的发展,整体护理的理念已被广泛接受。术前讨论是外科疾病患者手术得以顺利进行的重要步骤[1],我科在2007年1至3月份开展护理人员参与医生组术前讨论共177次,使护理工作能更好地满足患者、医生及职业本身的需求,对提高护理工作质量具有重要作用。

1 术前准备

护理人员参与术前讨论前需查阅患者的医疗病历、护理病历,了解患者所需的特殊准备工作,实验室及其他相关检查结果等信息,术前对所收集的资料进行组织分类,为下一步护理工作提供指导。在参与讨论前护士通过查阅疾病相关专业理论书籍,掌握疾病的发生发展规律、病因、临床表现、术前准备、手术方式、术后并发症、围手术期的护理要点等内容,了解护理方面的新进展。了解具体手术的目的和必要性、手术方案等,对手术中、手术后可能出现的并发症等问题,特别是要做好详细记录,记录包括术前对护理工作的要求,术后需观察的内容,熟悉引流管的安放位置,术后如何观察可能出现的并发症,预防和治疗等。

2 护理措施实施

明确护理诊断及护理问题后,需制定和实施相应的护理措施,并对患者进行正确的术前指导,尽可能地解决患者的护理问题。对术后需卧床休息1~2周的患者,护士在术前就要指导患者练习床上解便、翻身等活动,使患者在术后能更好适应。研究显示,手术前对病人进行健康教育,对其适应疾病和术后康复有正面作用。例如,可减少术后止痛药物的作用,减轻病人的焦虑程度,缩短住院天数等[2]。在实施护理措施的同时,护士要对病人病情变化及病人对手术的反应进行评估,并对护理的效果综合评价。

[收稿日期] 2007-06-10 [修回日期] 2007-08-16

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