维普资讯 http://www.cqvip.com

收治的9例妊娠期合并急性阑尾炎患者的护理经验报告如下。

1 临床资料

2004年10月至2006年9月,我科收治急性阑尾炎病例561例,男性331例,女性230例,其中妊娠期急性阑尾炎9例,发病率占同期住院的阑尾炎总数的1.6%;年龄23~38岁,孕期13~37周,均为初产妇,早孕2例,中孕4例,晚孕3例,非手术治疗3例,手术治疗6例,无1例孕妇死亡、流产、早产、胎儿死亡现象,均痊愈出院。

2 临床特点

2.1 各期妊娠合并阑尾炎的特点

妊娠早期:由于子宫较小,急性阑尾炎引起的恶心和呕吐容易被认为是常见的妊娠反应。妊娠中期:由于子宫增大,阑尾可能向上向内移位,阑尾炎引起的腹痛和压痛位置常较高。妊娠晚期:阑尾随增大的子宫进一步向上向侧腹部移位,使症状和体征更不典型。临产期:子宫收缩痛更难与妊娠阑尾炎所引起的腹痛区别。由于妊娠期腹壁肌肉松弛,阑尾被子宫覆盖而远离腹壁,反跳痛和肌紧张常不明显,容易干扰对病情的判断、导致阑尾穿孔,发生严重的腹膜炎。发生穿孔者比非孕时多3.5倍,发生坏死者比非孕时多5.5倍。

2.2 对母婴的影响

阑尾穿孔致弥漫性腹膜炎易导致流产、早产、胎儿死亡,胎儿的死亡率可达20%,其死亡率的高低取决于治疗有无延误;母体的死亡率2%,其死亡率取决于病灶本身的发展程度。因此及时明确的诊断和治疗、严密的监护,才能有效地保障母婴健康。

3 护理

3.1 积极对症治疗

密切观察腹痛的部位、性质和特点,腹痛是最常见的临床表现,明确腹痛的来源及其发生、发展的过程,有助于做出正确的诊断,若患者起病时由上腹痛或脐周不适,逐渐转移至右下腹或略上,右下腹压痛点上移至髂嵴以上,均可提示为妊娠合并急性阑尾炎。急性阑尾炎一经确诊,应立即做好各项术前准备,如:备皮、配血、留置导尿管,防止膀胱过度膨胀及损伤。迅速输液,以防止低血压的发生。

3.2 心理护理

向患者说明麻醉对胎儿没有影响,至今国内外没有1例因麻醉对胎儿造成不良后果的报道,消除患者顾虑。消除患者的紧张、焦虑心理,手术后注意保胎治疗,成功率较大,使患者看到手术后保胎成功的希望。讲解治疗方案及药理知识,选用对胎儿无不良影响的抗生素,一般首选青霉素,禁用氨基甙类、喹诺酮类,甲硝坐要慎用,术后常规给予保胎镇静治疗。

3.3 术后观察

自手术后第1天开始,对妊娠18~20周以上的患者每日观察胎心音,胎心率多在每分钟140~160次,注意胎动情况,教会患者自己数胎动,早、中、晚各1次,每次1h,每小时约3~5次,以观察胎动情况。注意有无阴道流血、流水情况,有无宫缩。术后常规给予间断吸氧。若患者病情需要用硫酸镁保胎时,根据有无宫缩调节硫酸镁滴速,用硫酸镁期间定时做膝腱反射检查、测量呼吸次数、观察尿量、抽血查血镁浓度等,防止和及早发现硫酸镁的不良反应,必要时作相应处理。

3.4 指导患者术后活动

护理人员在进行各种治疗护理时,有计划地讲述手术后注意事项,如向患者介绍阑尾切除手术后6 h予半卧位或与左侧卧位交替,并开始床上自主活动,促进肠蠕动,预防肠粘连,同时预防腹胀、上呼吸道感染等手术后并发症的发生。协助患者床上翻身、坐起等活动,注意动作要轻、慢,不要用腹部力量以免诱发宫缩和切口疼痛。禁用开塞露和灌肠。

(编辑:张天飞)

埋藏式心律转复除颤器置入患者的护理

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

[关键词] 埋藏式心脏自动复律除颤器;置入;护理
[中图分类号] R541.7 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)01-0067-02

埋藏式心律转复除颤器(Implantable Cardioverter Defibrillator,ICD)降低恶性室性心律失常患者病死率的效果明显优于抗心律失常药物,已作为治疗性室性心律失常的首选方法。体内自动心律转复除颤器是一种连续监测心律及心率的仪器,可以对自发性室颤做出有效的反映,感知危及生命的恶性心律失常,防止心源性猝死的发生。我院于九十年代末开始对阵发性心动过速的患者安装ICD,积累了一些临床护理经验,现将护理体会报告如下。

1 手术过程简介

置入前ICD测试,预程控,囊袋制作,置入电极,测试ICD电极,连接ICD与电极,测试高压电极阻抗,诱发心室颤动并成功除颤,测试除颤阈值。ICD袋囊缝合,ICD参数程控。

[收稿日期] 2006-10-10 [修回日期] 2006-12-01

维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2007年第16卷第1期
J Regional Anat & Operative Surg,2007,Vol.16,No.1

2 护理

2.1 术前护理

用通俗易懂的语言向患者及家属讲解手术的必要性,并说明手术的目的、方法、注意事项、手术的体位、术后效果。根据老年人的生理、心理、社会等方面的特点,有针对性地进行术前教育,帮助患者以良好的心态对待手术,消除恐惧。术前1日,为患者做皮肤准备,双侧颈、胸部、双侧腹股沟备皮,督促患者洗澡。做青霉素皮试,结果记录在病历上。术前晚要保证患者充足的睡眠。为防止因手术过程中用药引起的恶心、呕吐,术日晨禁食水。

2.2 术后护理

患者返回CCU后给予持续心电、血压、血氧监护,密切注意患者心电示波变化,有无室性心律失常的发生。术后嘱患者卧床72 h,术侧上肢制动24 h。24 h后指导患者避免术侧肩关节大幅度运动,体位改变时动作要轻,术后3~5 h取平卧位休息,防止电极脱位。由于目前国内使用的ICD体积还偏大,较普通起搏器重,因此置入创面大(伤口长约8 cm),皮囊大而深,位于胸大肌与胸小肌之间,容易渗血。术后伤口常规予1 kg沙袋压迫8~12 h,防止渗血。12 h后撤去沙袋,观察患者伤口是否清洁、干燥,有无渗血。部分患者感觉伤口疼痛,可以给于去痛片口服;如果患者伤口疼痛剧烈,可以遵医嘱予吗啡肌肉注射。术后每2~3 d为患者换药一次。为防止伤口感染,术后静脉应用抗生素3~7 d,复查血常规。术后10 d伤口愈合良好,可拆线。患者回CCU后,协助其至少饮水1 000 ml,以利于造影剂迅速排出体外,以减少对肾脏的损害。在饮食上增加蛋白质及维生素的摄入,以提高肌体的抵抗力,促进伤口早日愈合。指导患者多吃一些富含纤维素、清淡、易消化的食物,防止便秘。

3 出院指导

指导患者出院后手术侧肢体避免过度外展上举,术后6周避免抬举大于2.5 kg的重物。适当活动手术侧上肢,并进行体育锻炼,以散步为主,每日1~2次,每次不超过40 min,以不感心悸、胸闷为宜。告知患者避免过度劳累、情绪剧烈波动等诱发心律失常的因素。指导患者生活要有规律,戒烟酒、忌进食过饱、保持情绪稳定、心情愉快,保证睡眠质量,防止感冒。督促患者掌握自我保护及应急措施,预防并发症。穿柔软的内衣,遇皮囊处发痒,切忌搔抓,注意观察如有红肿、发痒应及时就医。随身携带ICD随访卡以便ICD故障或急救时使用。尽可能避开强磁场,患者的脉冲发生器至少应离开磁场30 cm,不宜进行磁共振检查,不可做电刺激治疗,回避无线电通讯,以免电磁场导致ICD失灵,ICD的功能受到影响。指导患者继续对原发病进行治疗,出院后一个月到门诊复查,以后定期门诊随访(每3~6个月一次)。电池即将耗竭时(7~8年),应缩短随访时间(1~2个月一次)。评估病人更新的需要,强调此时随访的重要性。随访内容:观察基础心脏病,调整药物,检测ICD的工作情况。如有不适随诊。

ICD技术的飞速发展已使ICD体积较小,置入过程简单,使用寿命延长,扩大了治疗选择,大大降低了安装费用,是成熟、安全的技术。ICD治疗技术的有效性和安全性已经得到公认。单腔.双腔和三腔ICD,电池寿命可达9年,全球年置入超过10万例。未来的ICD将朝多功能方面发展,并且它将在心腔内自动释放抗心律失常药物,防治快速室性心律失常。未来的ICD将更好的造福人类。

(编辑:张天飞)

院前急救中常见隐患及防范措施

李银燕 (第三军医大学附属野战外科研究所急救部,重庆 400042)

[关键词] 院前急救;医疗事故;防范措施
[中图分类号] R459.7 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)01-0068-02

随着人们对疾病认识的逐渐提高,自我保护意识和法律意识逐渐增强,如何避免医疗纠纷的发生,是每个医护人员必须考虑的问题。院前急救工作是医疗纠纷发生较多的场所,因为院前急救工作存在一定的特殊性,导致院前急救工作存在诸多隐患。以下是院前急救工作中存在的一些隐患和相应的防范措施。

1 常见隐患

1.1 接听电话记录不详

接电话的医护人员应详细询问并记录患者的病情、发病时间、病人的性别、年龄、地址、病人所在具体位置和联系电话。如果记录不详,可能导致救护车找不到地点耽误抢救时间,或对患者病情不够了解导致无法在第一时间开展正确而有效的救治。

1.2 物品准备不充分

由于急救物品准备不充分,不适用,出诊人员在出发前未仔细检查,导致急救人员在现场无法及时采取对病人救治措施,延误了抢救的最佳时机。

1.3 护理人员技术操作不熟练或动作缓慢

心肺复苏技术差,气管插管不成功,静脉穿刺数次不成功,遇外伤病人不会简单包扎、止血、固定,脊柱损伤病人搬运不当

[收稿日期] 2006-11-18 [修回日期] 2006-12-20