维普资讯 http://www.cqvip.com

引发高热惊厥的不良因素及护理对策

张金萍 (佳木斯中心医院二部,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词]高热惊厥;护理
[中图分类号]R473.72 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2006)06-0425-01

高热是儿科疾病常见的症状之一,如果未能及时给予治疗和护理,患儿可能出现高热惊厥、智力障碍,甚至死亡。降温方法不当可能造成患儿抽搐,病情判断失误则会延误治疗时机。针对这些问题,采取全方位的护理管理,具体问题具体分析,有助于提高患儿治疗的安全性,减少并发症和后遗症的发生。

1 临床资料

收集2004年2月至2004年12月我院住院的发热患儿343例,其中男215例,女128例,年龄最小9个月,最大12岁。5例出现高热惊厥,发生率为1.5%。

2 高热惊厥的不良诱因

2.1 人为因素

患儿抵抗力较差,对冷热刺激敏感,不配合降温处理,饮水量不足,出现不适时未及时与老师或家长沟通。家长对患儿病情的重视程度不够,缺乏对高热的护理常识,不会正确使用体温计,因工作等原因未能及时带患儿就诊,由于溺爱患儿而违背医护人员要求等情况都是可能的诱发因素。医师未掌握好最佳退热方法及时机,由于交接班或患儿未在院留宿等原因造成对患儿病情不够熟悉,未能及时调整治疗方案。护理人员对患儿病情重视不够,病情观察不够细致,服务不到位,健康宣教不够认真、细致,采取物理降温时酒精温度过低等均有可能导致患儿出现高热惊厥。

2.2 外界因素

由于病房患儿较多,环境嘈杂容易导致患儿心情烦燥。患儿生活环境空气流通不好,家庭、医院、幼儿园或学校的室内外温度差距过大等也是不可忽视的因素。

3 护理对策

医生应掌握好用药时机,采取相应的降热措施。尽量每天都仔细查看患儿,如患儿未及时回病房,应交代值班医生代查,根据病情及时调整医嘱。科室应配备足够的护理人员,护理工作应全面到位,对酒精擦浴等操作要按要求亲自去做,不可转给家长完成。擦浴时宜采用38℃左右的温热酒精,避免过冷刺激引起患儿不适或出现惊厥,放置退热栓时动作宜轻柔。医护人员应教育患儿身体不适要及时告知家长和老师,多给予患儿赏识,开导其配合治疗。告知家长细心观察小儿的表现,发现精神状态不好时及时就医,避免延误治疗时机。指导家长正确使用体温计,当小儿体温超过38℃时不能在家观察,应及时到医院就诊。告知家长降温后防止受凉的措施和退热药的服用方法及注意事项等。做好健康宣教,嘱咐家长热退后不可擅自离院,仍需密切观察,如需离开,应及时与医生联系,以便调整治疗方案。公共场所应保持空气流通,住宅应每日通风,室温不可变化过大,家长要根据天气变化及时为幼儿增减衣物。儿科病房应加强病室管理,保持环境优雅、安静,灯光柔和,尽量消除不良刺激。

通过上诉的原因分析,采取合理的措施可使医护人员树立主人翁责任感,有效地降低高热惊厥的发生率,提高患儿家长对医护人员的信任度,进一步改善护患关系,有助于提高医院的社会效益和经济效益。

[收稿日期]2006-09-10 [修回日期]2006-10-18

(编辑:雷 艳)

髋关节结核全髋置换术围手术期护理

易佳丽[1],曲 杰[1],柴丽红[1],陈淑娟[2],李 晶[2],孙 逊[2] (1.佳木斯市结核医院;2.佳木斯肿瘤医院,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词]髋关节结核;全髋置换;围手术期;护理
[中图分类号]R681.1;R248.2 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2006)06-0425-02

我院自2001年以来对24例晚期髋关节结核病人在系统抗结核治疗下进行全髋关节置换术,并对病人围手术期实施了整体护理,使病人以最佳的身心状态接受手术治疗,提高治疗效果,使病人早日康复,并避免了并发症的发生。现报告如下。

1 临床资料

本组24例病人,男13例,女11例。年龄19~53岁,均为髋

[收稿日期]2005-09-09 [修回日期]2006-09-29

维普资讯 http://www.cqvip.com

关节结核。临床表现为关节疼痛,畸形、消瘦、盗汗、发热。其中有5例有窦道形成,1例高血压。住院时间为23~52 d。

2 术前康复训练

术前康复训练有以下内容。①正确的体位:向患者说明术后为防假体脱位应采取正确的体位。平卧或半卧,患肢外展中立,健侧下肢屈膝支撑于床面,双手吊住拉环,使身体整个抬高,臀部离床,停顿5~10 s后放下。目的是防止术后因体位不习惯而致尿潴留及便秘。②下肢肌锻炼方法:术前3 d进行等长收缩训练,每次30 min。踝关节背屈,绷紧腿部肌肉10 s后放松,再绷紧、放松。③等张收缩训练:直腿抬高、小范围的屈膝屈髋活动、小腿下垂床边的踢腿练习。直腿抬高要求足跟离床20 cm、空中停顿5~10 s后放松。④关节活动训练:指导其健肢、患肢的足趾及踝关节充分活动,避免患髋内收内旋。⑤指导正确使用拐杖:准备合适的双仗,使拐杖的高度及中部把手与患者的身高臂长相适宜,拐杖底端配橡胶装置(防滑),拐杖的顶端用软垫包裹(减少对腋窝的直接压力),对术前能行走者训练其掌握使用方法,练习利用双仗和健腿的支撑站立,以及在患肢不负重状态下的行走。

3 术后护理

3.1 体位护理

患肢用薄枕垫高,并保持外展30°中立位,预防因穿"丁字鞋"和患肢皮肤保持牵引的并发症,每2 h给予足跟、膝部、小腿按摩1次,每次5~10 min。大便时尽量不使用便盆,用一次性尿片或大张的卫生纸代替便盆。这样既可能减少病人用盆的不方便,又可以减少伤口的疼痛。

3.2 术后功能训练

锻炼是治疗中的重要组成部分,可使患肢迅速恢复正常功能,为了更好地进行功能训练,必须充分发挥病人的主观能动性,功能锻炼必须按一定的方法循序渐进。对病人及家属解释功能锻炼的重要性,消除顾虑,使病人能够克服困难,主动进行锻炼;术后6~12 h即可以收缩、舒张的方法锻炼股四头肌,踝关节背伸和跖屈,足部活动,同时髌骨做被动活动;术后4~5 d病情稳定,鼓励患者利用牵引架上的拉手抬起上身,或同时健侧屈曲,抬起臀部,甚至整个身体,使各关节迅速恢复到正常活动范围和肢体正常力量。2周拆线后扶病人坐起练习床上关节活动待病人适应直立姿势后,3周扶拐下地站立,1个月扶拐在护士的陪同下锻炼行走,并注意保护,防止跌倒。在医生和护士的指导下,被动地锻炼髋关节、膝关节,逐渐过渡到自主活动。锻炼时以病人不感到患肢疼痛为宜。出院时指导患者正确更衣(如穿裤时先患侧后健侧)、穿袜(伸髋屈膝进行)、穿鞋(穿无需系鞋带的鞋)。拄拐杖时尽量不单独活动,弃拐外出时使用手杖,这一方面是自我保护,另一方面也向周围人群作暗示,以防意外。

(编辑:郭光金)

联合用药治疗下肢深静脉血栓形成的护理体会

庞丽荣,王 健,刘洪荣 (鞍山钢铁集团公司立山医院,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 血栓形成;联合用药;护理
[中图分类号] R364.15 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)06-0426-02

下肢深静脉血栓形成临床较常见,若不能及时治疗,极易发生下肢肿胀,长时间不退,小腿皮肤色素沉着,甚至形成溃疡,影响下肢活动。作者对鞍钢立山医院外科1995年至2005年间104例下肢深静脉血栓形成的患者采用联合用药治疗的护理体会报告如下。

1 临床资料

本组男性68例,女性36例,年龄最小的28岁,最大的81岁,平均住院日为25.5 d。其中4例为左右下肢均发病,52例左下肢发病,48例右下肢发病。诱发因素分别为:下肢外伤23例,腹腔及盆腔手术后12例,糖尿病6例,长时间卧床29例,血栓性静脉炎21例,其他13例。临床表现为下肢肿胀、疼痛,部分皮色发绀及发热(T>38 ℃)。彩超显示21例有血栓性静脉炎,血流信号减弱,83例是深静脉(主要是小腿)血栓形成,已无血流信号。

2 治疗与转归

联合用药治疗(尿激酶、小分子右旋糖酐、乙酮可可碱等),即溶栓疗法+祛聚疗法+扩血管疗法,对其中2侧重症还采用手术取栓。结果一例因并发肺梗塞窒息死亡,其余均被治愈,但至今仍有11例因病情出现反复而多次住院治疗。

3 护理体会

3.1 心理护理

下肢深静脉血栓形成以中老年患者最多,由于血栓阻碍静脉血回流,故下肢肿胀、疼痛和活动障碍是该病最突出的特点,由于疾病的痛苦,病人心理负担沉重,表现焦虑不安,甚至食欲不振,责任护士要主动关心病人,处处关爱他们,除主动介绍病房的制度和自己的职责外,还要了解病人的职业、爱好和社会关系,用温馨的态度和贴切的语言消除病人紧张的心理,让病人以最佳的心理状态来接受医生的治疗。由于我们正确的心理疏导和心理支持,从根本上预防了因病人的紧张和急躁情绪而并发的血管危象,同时也为以后的治疗创造了良好基础。

3.2 临床护理

我科联合用药治疗下肢深静脉血栓形成的用药是尿激酶

[收稿日期] 2006-09-10 [修回日期] 2006-10-15