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

维普资讯 http://www.cqvip.com

导致病情加重,对病人的病情估计不够等,这都将直接影响院前抢救质量。

1.4 对病情判断不准确

途中观察病情不仔细,发生病情变化未及时采取急救措施;在病人转运过程中未采取安全防护措施,甚至出现摔倒现象;液体外渗导致患者肢体浮肿;危重病人出现病情变化或呼吸、心跳停止而未观察到,没有详细的病情观察记录,从而导致医疗纠纷。

2 防范措施

2.1 树立以病人为中心的服务理念

努力培养、训练护士沉着、冷静、果断、平和的性格,使护士有较强的处理问题的能力、法律观念、语言表达能力和沟通技巧。具有高度的责任感和同情心。医护人员接到120急救电话后,应详细记录病人的病情,性别,年龄,详细地址,联系人的电话及附近有无明显的建筑物标志,弄清楚病人所在位置,并备齐急救药物、抢救仪器,及时到达急救现场。

2.2 培养护士的院前急救意识和提高急救水平

坚持常年不懈地对护士进行急救技术和抢救意识的培训,特别是对心肺复苏、各种中毒抢救、气管插管、呼吸机使用,心电监护,电除颤等使用和考核。保证抢救仪器、设备、药品的完好,进行治疗时必须认真执行"三查七对"的原则。120急救车必须保持随时待发的良好状态。严格执行仪器保养检修制度,建立抢救仪器使用登记制度,以维护仪器的良好功能。对院前急救中所用的药品、物品使用后要及时补充。并严格交接班。

2.3 完善和规范医疗护理文书

建立院前急救登记本,院前急救转运同意书,病情观察和护理记录单。出诊登记本要详细记录接电话的时间,患者性别、年龄、地点,联系方式及简要病情。对患者进行转运前应签危重病人转运同意书,并要求双方签名,确实做到有据可查。建立专门的护理记录弹,详细记录病情变化和治疗情况,为以后可能发生的医疗纠纷提供证据。

(编辑:朱志立)

起博器治疗病态窦房结综合征患者的整体护理

廖厚莹,康 萍 (重庆钢铁集团公司职工总医院心内科,重庆 400081)

[关键词] 病窦综合征;心脏起博器;护理
[中图分类号] R318.11;R541.76 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)01-0069-02

安装人工心脏起搏器是治疗严重缓慢型心律失常和抢救危重病人的重要手段。而临床上有超过半数的起搏器是用于病态窦房结综合征(简称病窦综合征)。良好的术后护理能有效的减少并发症,促进患者早日康复,提高术后生活质量。为了规范人工心脏起博器安置术后患者的护理,提高护理质量,我科对1例永久性人工心脏起博器治疗病窦综合征患者进行整体护理,现介绍如下。

1 临床资料

患者,女,72岁,因头痛4月,心悸、心累1天于2005年9月5日上午8时入院。入院诊断:高血压病3级、高血压性心脏病。给予扩血管、降压等处理。下午2时患者发作阿斯综合征,心电图示快速房颤、窦性心律、窦性停博,最长间歇达7秒。确诊为病态窦房结综合征(快慢综合征)、阿斯综合征。于下午5时在心导管室行永久性人工心脏起博器(VVI)安置术。手术顺利,术毕回CCU病房监护治疗。实验室检查血小板7.4×10^9/L、血钾3.3 mmol/L;生命体征平稳;听诊双肺呼吸音清;各瓣膜听诊区未闻及明显病理杂音,双下肢无水肿。心电监护示心房纤颤,偶见起博心律。术后起博器功能良好,住院10 d好转出院。

[收稿日期] 2006-10-10 [修回日期] 2006-12-22

2 护理诊断

按首优、中优、次优原则,提出6个护理诊断:① 恐惧 与缺乏起搏器相关知识有关;② 舒适的改变(疼痛) 与肩关节运动受限,起搏器伤口有关;③ 躯体移动障碍 与医源性限制有关;④ 潜在并发症 心输出量减少,与潜在起搏器功能异常有关;⑤ 有起博器囊袋感染的危险 与手术创伤,囊袋异物刺激有关;⑥ 有起博器囊袋出血的危险 与手术创伤有关。

3 护理措施

及时了解患者的疑虑,消除患者的恐惧心理;讲解起搏器的术后相关知识及注意事项,取得患者配合,保持积极健康的心态,促进疾病的早日康复。术后入CCU病房,平卧24 h,卧床3 d,局部伤口沙袋压迫6 h,避免右侧卧位及突然翻身,限制术肢肩关节的活动,使电极与心室壁接触良好。术后24 h待血压、心率、呼吸平稳,在心电监护仪监测下,行宋氏肩功能早期康复护理,以防肩关节功能异常。持续心电监护1~3 d,观察起博器起博功能及感知功能,正常情况下,脉搏与起搏频率是一致的,若出现不一致时,即刻描记心电图,发现异常心律,及时通知医生;并备好急救药品,及抢救器材(除颤仪等),随身携带安装起博器的卡片及急救药品。出院时教会患者坚持数脉搏2次/日,早晚各一次。如比原起博心率少6次/分或有胸闷、心悸、头晕等症状应及时就医。要求患者远离高电压、强磁场的