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

维普资讯 http://www.cqvip.com

环境，如：磁铁、雷达、电按摩器、电吹风等；远离手机，接听手机时远离起博器15 cm以上。取合理的卧位，禁止俯卧位；起博器置入处避免撞击，洗澡时勿用力搓擦胸部，不穿过紧，质地过硬的内衣。术后逐渐恢复日常生活和工作，活动时不要过度抬高或外展术肢；避免重体力劳动，6月内不抬举大于2.5 kg的重物。定期做心电图检查。若有起博器失灵或电池耗竭征象应随时就诊。

（编辑：蒋登金）

枕部巨大表皮植入囊肿1例报告

余明海[1]，高 锋[2]（1.城口县人民医院外科，重庆 城口 405900；2.重庆市第一人民医院外二科，重庆 400011）

［关键词］表皮囊肿；枕部；治疗
［中图分类号］R739.5 ［文献标识码］B ［文章编号］1672-5042(2007)01-0070-01

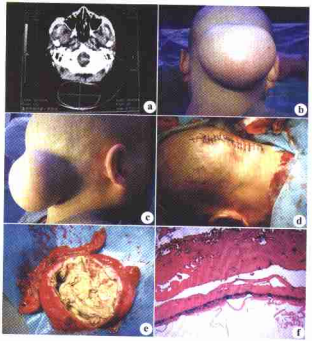
表皮囊肿为真皮内含有角质的囊肿，其壁由表皮构成，皮损表现为类圆形隆起结节，可发生于任何部位，通常位于头皮、面部、颈部、躯干及臀部，好发于青少年[1]。本院于2006年3月收治一例枕部巨大表皮植入囊肿患者，现将诊治情况报道如下。

1 临床资料

患者男性，31岁。因枕部渐进性增长包块30年而于2006年3月入院。患者于1岁时出现枕部包块，初始只有“玉米粒”大小，继之“拳头样”大小，呈渐进性生长。除局部轻微发胀外无其他不适，未进行治疗。体格检查：营养和一般情况尚可，枕部中线偏右椭圆形包块约10 cm×10 cm×6 cm，局部皮肤稍红，质中等，边界清楚。基底与枕外隆凸附着，活动差，听诊无血流音。透光试验(－)。实验室检查：三大常规无异常改变；隐血试验阴性；肝、肾功能正常；血脂分析正常；心电图检查无异常；CT示实质包块，与颅内不交通，骨质无破坏；B超示实质性点状密集回声，CDFI无血流信号；X线示无骨缺损。入院后在局麻下手术，枕部后正中入路，仅沿头皮下层与包块壁之间分离，包膜完整，灰白色，予以切除，壁内充满乳白色油糊状物，有少量白色毛发及干酪样物质。修整皮瓣后缝合。组织病理学检查：取完整包块，囊肿位于真皮内，其壁为表皮组织；囊内充满角质物，呈网状或板层状排列。病理报告诊断为表皮植入囊肿（图1）。

2 讨论

表皮样囊肿为明显或不明显外伤致表皮基底细胞层进入皮下，逐步增殖发育构成有型囊壁而形成囊肿。大多数呈良性肿瘤，低度恶性。手术摘除时应包括囊肿部分表面皮肤组织及囊肿四周的正常组织，不使破碎，若术中囊内容物外溢，应彻底清洗干净，否则极易复发[2]。本例生长时间长达30年，包块巨大，临床罕见，手术切除是安全、有效的方法。术后恢复良好，短期内随访无复发。



a：术前CT片；b：术前正位；c：术前侧位；d：术后侧位；e：囊肿剖面观；f：病理切片

图1 患者术前术后及病理照片

［参考文献］

[1] 赵 辩. 临床皮肤病学[M]. 第3版. 南京：江苏科学技术出版社，2001. 1126－1278.
[2] 周兴民. 外伤性右腰臀部巨大表皮样囊肿1例[J]. 黔南民族医专学报，2006，19(1)：45.

（编辑：余汇洋）

［收稿日期］2006－10－10 ［修回日期］2006－11－24