维普资讯 http://www.cqvip.com

科学的工作方法应用于神经介入诊断治疗的护理工作中,取得了满意效果,现总结如下。

1 临床资料

本组共130例患者,男75例,女55例,年龄40~70岁。其中术后穿刺部位出现血肿13例,占10.2%;低血压、心动过缓37例,占28.9%;高灌注综合征6例,占4.7%;缺血性脑卒中7例,占5.5%;血尿1例,占0.8%。其余患者无手术并发症,无1例死亡。

2 护理程序的运用

2.1 入院评估

入院时对患者进行系统的评估,内容包括:①病史询问,了解患者对疾病及手术的认识和顾虑有哪些,对术前术后有关知识的了解有多少;②护理查体;③查阅患者既往病史,各种辅助检查单及各种讨论记录。

2.2 护理计划

根据评估结果,按首优问题,中优问题,次优问题进行排序。把有危险性的问题作为首优问题,采取积极措施进行严密监测。

2.3 护理措施

2.3.1 术前宣教 入院病人一旦确认需行介入诊断和治疗,就应对病人及家属进行有目的的宣讲,使病人有充分的思想准备。宣教的内容包括脑血管病的基本知识,常用的治疗方案,介入治疗的指征,手术的必要性,疗效,术前术后的注意事项及术后肢体制动的必要性和可能出现的并发症。通过心理疏导减轻术前患者焦虑及恐惧感,增加身体上和心理上的舒适感。

2.3.2 术后护理 术后需绝对卧床休息,防止出血,血肿及下肢动脉血栓的形成。沙袋压迫穿刺点6~8 h,右下肢制动8~12 h,避免弯曲,咳嗽,大小便时也要避免用力,24 h后方可下床活动观察股动脉穿刺点敷料是否清洁干燥,有无渗血,双侧足背动脉搏动情况,双下肢皮肤的颜色、温度、有无疼痛、麻木、刺痛感,以防过度加压造成下肢动脉血栓。24 h内多饮水,促进造影剂的排出。同时严密心电监测,密切观察病人的生命体征,瞳孔、意识,及时发现可能发生的脑出血倾向。当病人出现以下情况:颅内压增高三主征,两慢一高(脉搏缓慢洪大,呼吸慢而强,血压升高),言语不清,肢体再度出现活动障碍,提示脑出血可能,应及时报告医生处理。多巡视询问病人,如有头晕,头痛,呕吐,失语,短暂的意识障碍,肌力下降等症状应警惕脑血管痉挛的发生,早期发现,及时处理,可避免因脑缺血缺氧而出现的不可逆的神经功能障碍。颈动脉支架植入术的病人术前术后需口服阿司匹林肠溶片300 mg,1次/日,皮下注射低分子肝素(克赛)4 100 iu,1次/12 h。治疗期间需严密观察病人有无胃肠道反应及全身出血倾向(牙龈出血,穿刺部位有无瘀斑),定时复查凝血四项。本组有37例行颈动脉支架植入术后发生血管迷走神经反射,表现为心动过缓和血压下降,护士发现异常立即报告医生,遵医嘱予阿托品肌肉注射或多巴胺静脉输入,病情缓解。术后遵医嘱常规使用抗生素至少3 d,24 h后消毒更换伤口敷料(如有渗血应及时更换),保持穿刺点敷料清洁干燥,防止伤口感染。

通过运用护理程序对行介入诊断治疗的病人实施全方位的护理,使患者很快适应医院环境,并与医护人员建立了良好的人际关系,心理负担明显减轻,对自己的疾病有了认识并能积极主动的配合治疗。护士通过运用护理程序,增强了责任心,提高了护理质量,预防和减少了术后并发症,确保了手术疗效。

(编辑:蒋登金)

自制负压吸引器在皮瓣修复术后的应用

汤 培, 黄道强, 李秀明 (解放军92医院烧伤整形科, 福建 南平 353000)

[关键词] 皮瓣; 引流; 负压吸引
[中图分类号] R619 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)05-0351-02

皮瓣修复手术后,常因皮瓣下积血、积液导致皮瓣张力增大,血液循环障碍,与组织基底部发生分离,形成死腔以及继发感染等原因引起皮瓣坏死,影响创面愈合。除术中细致止血,适当压迫包扎外,术后放置引流管,通过负压持续吸引,吸出皮下积血、积液,防止术后感染及血肿形成亦至关重要。中心负压吸引、电动吸引或负压吸引球等方法,易受停气、停电的影响,给护理工作带来诸多不便,且价格昂贵,操作复杂。针对这种情况,我科自制了一种负压吸引器,通过临床实践取得了良好效果,现介绍如下。

[收稿日期] 2006-06-13 [修回日期] 2006-08-20

1 材料与方法

1.1 材料

20 ml或50 ml一次性注射器一支(取下针头),5 ml一次性注射器针栓一支,头皮静脉针(剪去针头)或输液器管一根。

1.2 制作方法

将20 ml或50 ml无菌注射器与头皮静脉针或输液器管相连,作引流管之用。在引流管前端,按不同方向旋转剪制数个侧孔(根据皮瓣大小选择)。缝合皮瓣前,将引流管埋置入创口低处,并缝线固定,缝合关闭创口,检查是否漏气而未形成负压。抽动20 ml或50 ml注射器针栓形成负压,然后用5 ml注射器针栓在注射器外筒与内槽处进行固定,即制成简易的负压

维普资讯 http://www.cqvip.com

吸引器。留置24~48 h,观察针筒内无血液吸出后拔管。

2 结果与讨论

放置引流时应注意以下几点:①留置引流管时注意将所有侧孔均包埋入内,缝合关闭创口时勿将引流管缝入。②严密观察引流物颜色、性质及数量,并准确记录。若术后24 h内超过300 ml,应考虑伤口有出血可能,需及时处理。③经常检查注射器连接是否紧密,当引流物充满注射器时,应及时更换无菌注射器,重新建立负压,使之保持持续负压吸引状态。④嘱病人勿将头皮静脉针或输液器软管打折或拔出,以防引流不畅。

此方法取材方便,制作简单,不易污染被褥衣物,能保持切口周围皮肤干燥,病人易于接受,同时便于医护人员观察术野出血情况,安全效果好,无不良反应,经济实用。

(编辑:雷 艳)

浅析基层医院抗生素的滥用原因与对策

陈俊峰 (新疆兵团农七师128团医院,新疆 奎屯 833207)

[关键词] 抗生素;滥用;基层医院
[中图分类号] R978.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)05-0352-01

随着医学科学技术的不断发展,众多新型抗生素不断出现和使用为基层医院感染性疾病的治疗提供了有效的保障,同时在人类长期大量的滥用抗生素的同时致使致病菌对抗生素逐渐产生了适应性从而产生了耐药性,这将是人类面临的大敌。本文就基层医院抗生素的滥用原因与对策作一分析。

1 抗生素滥用的原因

目前抗生素的滥用现象在我国临床中非常普遍。分析其原因有以下几种:①经验性或主观决断性用药,在给住院患者用药之前,未做过或未送检相关的标本进行细菌学检验。只是凭借在临床工作多年的医师经验及主观决断使用抗生素,导致盲目性滥用现象在基层医院临床中非常普遍,而根据有关细菌学检查合理使用抗生素的病例约1/100。②抗菌药物的品种应用不当,住院医师未按照抗菌治疗原则及病原学检查结果选择用药,盲目使用广谱、高级抗生素,不但增加了住院者的经济负担,同时也加速了细菌耐药性的产生。③适应症过宽或失控,临床治疗中无适应症及适应症不明确的用药现象最为普遍。基本上对所有的发热住院患者均使用抗生素的治疗。有些目的不明确的所谓预防性用药亦为常见,将抗生素作为一种万能的"良药"使用以求得心理上的安全感。④临床用药方法不当,住院医师在给患者治疗的过程中普遍存在求保险保平安的心态,盲目大剂量的使用广谱、高级抗生素,无明确指征联合用药,无针对性的预防性用药等。忽视了抗菌药物之间的相互作用以及药物不良反应对患者及其疾病转归的影响。

2 预防抗生素滥用的对策

2.1 合理安全使用抗菌药物

抗生素应用的原则是基层医院都应结合本单位、本地区的抗生素使用情况,判定本单位抗生素的使用规范,作到有指征性用药。合理正确选用抗生素注意以下问题:①必须要有明确的适应症。适应症必须是细菌性感染,并且有明确的感染部位,感染性质和感染诊断;②要进行病原学检验,选用细菌敏感度高的药物;③尽量避免联合应用抗生素,严格掌握联合应用的适应症;④正确使用抗生素的剂量、疗程及给药方式;⑤注意药物合理配伍,避免频繁换药。

2.2 加强对抗生素药物使用的管理

加强对基层医院临床科抗生素药物的应用管理,制定抗生素合理使用规范是基层医院临床科合理使用抗生素的关键,是医院感染管理工作的一项重要内容,同时也是杜绝抗生素的滥用或防止细菌耐药性发展的一种对策。建立健全院、科两级抗生素管理组织是做好合理使用抗生素工作的基础。院管理小组统一协调管理,监控全院抗生素的购进与使用,并做到定期向全院及临床科室通报阶段性的病原菌流行趋势,细菌耐药与药敏监测结果,及本阶段使用频繁、用量大的抗菌药种类。临床科室管理组织监管本科室的抗生素使用及耐药情况,结合院信息调整本科用药。监察抗生素的使用,在院管理小组的指导下,设专人、定期对临床科室抗生素使用情况进行监察指导,定时公布结果,以指导临床用药。加强对耐药菌的监测,耐药菌的检测是合理使用抗生素的基础,医院应进一步改善细菌实验室的条件,增加投入,为临床提供合理选用抗生素的科学依据。

正确安全合理的使用抗生素是当前无论是医院管理者或是临床医师都要认真面对的严重问题,基层医院要围绕着抗生素的合理使用,制定出医院抗菌素应用政策,减少耐药菌的产生,控制院内感染的发生。通过合理使用而降低抗生素的使用率,从而延缓临床耐药菌的产生和发展,减少因不规范的使用或滥用而产生的不良反应,更好的发挥每种抗菌药物的作用和疗效。

(编辑:左艳芳)

[收稿日期] 2006-07-16 [修回日期] 2006-08-20