维普资讯 http://www.cqvip.com

理、注意事项、安全性、可能出现的不适及应对措施等,使患者了解手术经过,将做过介入治疗的患者介绍给新的患者,让他们互相沟通感受和体会,使其对介入治疗有一个新的认识,从而消除紧张和顾虑,树立信心,以最佳的心理状态接受治疗。术前1天双侧腹股沟备皮、做好药敏试验,训练床上大小便及术后更换体位的方法,保证充足睡眠,术前禁食、禁饮4 h,嘱其配合。

2 术后护理

术毕回病房后让患者绝对平卧床24 h,插管肢体制动,平伸8 h,观察穿刺部位有无血肿,并用砂袋压迫6 h。如无异常,48 h后逐渐下床活动。严密观察患者的生命体征,术后2 h内每15~30 min观察下肢皮肤和测足背动脉搏动1次,每2 h测血压1次。咳嗽时用手加压穿刺部位,防止出血。术后禁食4~6 h,由于化疗药物的副作用,可引起恶心、呕吐症状,向患者做好解释,必要时可遵医嘱应用胃复安肌注,或口服碘恩司酮片,以减轻症状。饮食宜清淡、易消化,少食多餐,少量多次饮水,适量进食新鲜蔬菜和水果以补充维生素,避免过食,防止一次大量的进水进食而增加不良刺激。保持大便通畅,防止因排便用力而发生穿刺处出血。一般术后2 h至3 d内发生疼痛,主要是由于化疗药物引起,以及动脉栓塞缺血,导致局部组织坏死而引起肝区疼痛。术后需密切观察腹痛的部位、强度、持续时间等。对疼痛难忍患者按医嘱给予镇痛剂,如哌替啶、曲马多等肌肉注射。在术后2~3 d,体温波动在38~39.5 ℃,为栓塞后坏死组织吸收热,5~7 d自行消退。术后严密观察体温变化,若体温在39 ℃以上或高热不退者给予物理降温,如温水擦浴或温乙醇擦浴等,必要时遵医嘱药物降温;加强口腔部护理及呼吸道感染的预防。

肝癌为恶性肿瘤中恶性程度较高的一种,是最常见的人类致死性恶性肿瘤之一。患者患病后紧张、焦虑、甚至绝望心理尤为严重。介入化疗栓塞是治疗肝癌的一种重要手段,通过细心的护理,使患者有一个良好的心理状态,增强战胜疾病的信心,缓解或消除介入化疗、栓塞治疗带来的各种不适,充分发挥主观能动性,积极配合治疗。在治疗过程中实施正确、适当、及时的护理是降低介入化疗、栓塞治疗术后并发症的发生率的重要一环。

(编辑:蒋登金)

妊娠合并阑尾炎术后患者的护理体会

周 波,鲁晓平,李树慧 (桦川县人民医院,黑龙江 桦川 154300)

[关键词] 妊娠合并阑尾炎;护理
[中图分类号] R714.255 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)04-0271-02

急性阑尾炎是妊娠期最常见的外科疾病,一旦确诊应在积极抗炎治疗的同时立即手术治疗。由于患者发病处于妊娠的特殊时期,孕妇心理、社会因素与患者的康复和胎儿存活率有直接关系。我院2005年1月至10月共收治妊娠合并阑尾炎患者27例,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组患者27例,其中手术19例。19例病例中孕10周1例,孕12~27周9例,孕28~35周9例;急性单纯性阑尾炎14例,化脓性阑尾炎3例,坏疽性阑尾炎2例。19例患者仅1例妊娠10周合并坏疽性阑尾炎术后三天流产,其余全部治愈出院,随诊孕妇及胎儿良好。

2 护理

2.1 密切观察胎动与胎心音

一方面,由于手术的刺激可引起子宫收缩;另一方面,妊娠时,由于盆腔器官静脉充血及激素的影响,组织蛋白溶解能力增强,毛细血管壁通透性增高,促使炎症发展,致使阑尾炎坏死穿孔,且膨大的子宫把大网膜及小肠推向上方及外侧,易引起腹膜炎症扩散刺激子宫收缩,导致流产、早产甚至死胎。所以,中晚期妊娠的患者入院后进行胎心监测,术后患者更应该特别注意胎心与胎动的情况,密切注意阴道有无出血及腹痛情况,仔细辨别是切口痛、肠蠕动痛,还是宫缩痛。

2.2 正确选择卧位

中晚期(尤其是晚期)妊娠的患者,膨大的子宫可使膈肌上移,胸腔体积缩小,选择半卧位,可使内脏器官稍下垂,胸腔体积增加,从而减轻心肺负担。半卧位还可使脓液局限于直肠子宫凹陷,减少毒素的吸收,有利于引流,也可减小腹壁张力,减轻切口疼痛。

2.3 术后护理

术后疼痛是不可避免的,首先要做好心理护理,向患者介绍有关术后疼痛缓解的知识,并请患者的家属配合。如果患者难以忍受,可用药物止痛,但要选好药物,应绝对禁用对胎儿有影响的止痛药。中晚期妊娠的患者,腹壁张力较大,如果术后有腹胀、咳嗽等也可增加腹内压,容易引起切口裂开或加重切口疼痛,应嘱患者咳嗽时用手按压切口,拆线时间一般要推迟1~2 d,必要时行间断拆线。有放置引流管的患者,要经常检查引流管是否通畅,并且观察和记录引流物的性质和量,按时更换引流袋。加强营养是母体康复和胎儿生长发育的保证。手术后,机体的分解代谢大于合成代谢,出现明显的负氮平衡。肠蠕动恢复后必须循序渐进地按清流质、流质、半流质、普食的方式给予各种营养素齐全的高营养饮食,同时要考虑妊娠的因素,营养素的提供要比一般手术患者更多一些,尽可能按患者

[收稿日期] 2006-05-10 [修回日期] 2006-06-06

维普资讯 http://www.cqvip.com

的口味和饮食习惯烹调,确保营养素的摄入,以利于机体的修复和胎儿的生长。胎心正常,没有流产、早产先兆时,应鼓励患者早期下床活动,以避免肠粘连等并发症的发生。如果有产科异常先兆,须卧床休息并推迟下床活动的时间。有引流管的患者,下床时要注意保持通畅,并妥善固定,以防止脱落和逆流。

妊娠合并阑尾炎病人,都存在着担心手术麻醉,药物对胎儿智力的影响,加之恐惧手术产生的紧张、焦虑与不安,所以做好术前护理,制定合理护理计划,在控制危险因素的同时,应注意心理、社会因素治疗,给予心理行为干预,纠正不良情绪,改善心里健康状况,对患者身体的恢复及胎儿的健康都有重要意义。

(编辑:兰阳军)

98例儿童眼外伤的护理体会

杨 丽,陈 峰 (临海台州医院眼科,浙江 临海 317000)

[关键词] 儿童;眼外伤;护理
[中图分类号] R473.77 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)04-0272-01

眼是人体的外露器官,容易受到外界伤害。儿童生性好动,又缺乏自我保护意识,眼外伤发生率较高,是儿童眼病中导致眼盲和残疾的主要原因。我科于2003年1月至2005年12月,共收治眼外伤患儿98例,经过精心的治疗和护理,均取得良好的治疗效果,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组患儿98例,男65例,女33例,年龄12个月~14岁。单眼外伤94例,其中左眼30例,右眼68例;双眼外伤4例。眼球穿孔伤38例,眼挫伤36例,爆炸伤16例,化学损伤4例,其他4例。合并眼内容物脱出30例,白内障23例,继发性青光眼18例,前房积血15例,虹膜根部断裂8例。

2 结果

除2例行眼球摘除术外,其余患儿经积极的治疗和护理后未出现严重并发症,视功能恢复良好。

3 护理体会

3.1 心理护理

儿童眼外伤发病突然,患儿及家长没有心理准备,常表现出惊慌失措,焦虑不安。眼部的剧烈疼痛及视力减退使患儿产生恐惧心理,拒绝检查和治疗。针对患儿及家长的以上心理特点,在护理时要耐心做好解释工作,用通俗易懂的语言讲解治疗目的和配合方法,并列举成功的病例增强其治疗信心,允许患儿使用平时喜欢的物品,以减轻或消除其恐惧及防备心理。

3.2 术前护理

术前护理时应注意:①使患儿保持安静、平卧,避免低头动作,包盖双眼,伤眼可加用眼罩。②协助进行术前检查,告知家属术前注意事项、手术方式等,全麻者术前禁食12 h,禁饮6 h。③按内眼术前常规备眼,注意无菌操作,动作轻柔,勿压迫眼球,防止眼内容物脱出。④前房积血的患儿,应立即采取半卧位,给予50%高渗糖滴眼,促进积血排出,密切观察积血吸收情况及眼压变化。⑤注意术前用药,伴白内障者术前散瞳,青光眼者术前缩瞳。

3.3 术后护理

术后护理时应注意以下几点:①术后保持平卧位静卧1~2 d,前房出血者予半卧位。②全麻术后患儿应使其头偏向健眼侧,保持呼吸道通畅,床旁备置急救物品,注意给氧及心电监护。③全麻患儿完全清醒后6 h,指导家长先喂给少量温开水,如无呛咳则可以喂少量半流质,以后逐渐增加。④如术后24 h内患儿出现术眼胀痛,持续头痛,甚至伴有恶心、呕吐,则提示眼压升高,应立即报告医生,按医嘱静脉滴注20%甘露醇每日1~2次,并口服乙酰唑胺及苏打每日2~3次,并根据眼压变化及时调整药物。⑤观察伤口有无渗血,敷料是否浸湿、松脱,如有上述情况,应与医生联系,及时处理。⑥告知患儿勿抓脱敷料、揉眼,避免咳嗽、打喷嚏或头部剧烈运动,并指导家长进行监督。⑦给予有效的抗生素、止血剂,及时注射破伤风抗毒素,注意观察用药后疗效。⑧局部使用滴眼液,确保眼药水滴入结膜囊内,滴眼药水及换药时动作轻柔,注意无菌操作。⑨给予易消化、清淡、富含营养的半流质食物,忌辛辣刺激性及硬性食物,保持大便通畅。

3.4 出院指导

指导患儿及家长正确使用滴眼液,出现不适及时就诊,定期复查。注意眼部卫生,避免视力疲劳与意外碰撞。加强儿童安全教育,宣传眼外伤的危害,让儿童懂得保护眼睛的重要。禁止儿童玩弄危险玩具,加强易爆物品和危险品的管理和存放,加强急救观念,早期治疗,减少眼盲的发生。

(编辑:雷 艳)

[收稿日期] 2006-04-06 [修回日期] 2006-05-08