维普资讯 http://www.cqvip.com

①注意术后镇咳,必要时可气管滴入2~3滴1%丁卡因;②套管带松弛要及时调整套管带;③出现上述先兆症状要及时报告处理;④儿童气管切开时头部不宜过分后仰。

3 术后护理

3.1 密切观察病情

如有烦躁不安、呼吸困难、皮下气肿、出血等要及时处理。保持呼吸道通畅是机械通气的根本保证,术后取平卧位,利于呼吸道分泌物排出。平常吸痰时,吸痰管进入套管的深度,以超出气管套管长度2~3 cm为度,吸痰前辅助叩背,以利吸出深部分泌物,每次吸痰前检查电动吸引器负压,不超过13.3 kPa,选择柔软、多孔透明的硅胶管,正确掌握先吸气管内痰液,再吸口腔内痰液的吸痰方法。吸痰时严格执行无菌操作原则,由浅而深,禁忌一插到底。吸痰时动作轻柔,左右旋转吸痰管将痰液吸出,吸痰持续时间每次不超过15 s,以免损伤气管粘膜。

3.2 保持室内适宜的温湿度

一般室温在20 ℃左右,湿度75%~80%左右,气管内以0.25%氯氨素或其它抗感染药水滴入,每次滴入1~2 ml药水即可。痰液粘稠时用生理盐水20 ml加入糜蛋白酶5 ml滴入,气温低时用空调机调节气温气湿。

3.3 ICU病人的护理

ICU病人多病情危重,相当一部份迁延不愈或预后不好,随着抗感染能力下降,易出现切口及肺部感染。戴管时间长,经常性换管,吸痰磨擦,可出现气管出血及肉芽生长等,所以积极治疗原发病,争取尽早拔管有利于减少并发症的发生。戴管期间要注意气管内湿化、定期换管以及气囊压力调节等,否则会出现套管内结痂或气管软骨坏死、狭窄等并发症。防止昏迷病人用手将气管套管拔出,适当固定病人的双手在生理功能位置。

(编辑:黄春霞)

孕产妇死亡状况调查分析

黄 莘[1], 祝美洲[1], 姜玉琴[2]
(1.鞍山钢铁集团公司立山医院妇产科;2.鞍山市妇幼保健所,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 孕产妇;调查分析;死亡
[中图分类号] R271.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)05-0360-02

孕产妇死亡率反映妇幼保健工作质量和母婴安全的重要指标。新"两纲"中规定到2010年孕产妇死亡率以2000年为基数下降1/4。为完成新"两纲"规划目标,作者对鞍山市1995年至2002年孕产妇死亡状况进行了调查分析,总结降低孕产妇死亡率的经验与教训,探讨今后进一步降低孕产妇死亡率的有效措施。

1 资料与方法

1.1 一般资料

资料来源于基层保健单位提供的《围产保健登记簿》、《孕产妇保健手册》、《高危妊娠登记薄》、《孕产妇死亡报告卡》、《孕产妇死亡入户调查报告》、《妇幼卫生监测报表》等。

1.2 方法

查阅各项登记本、监测报表及死亡评审材料;深入医院及死者家中做全面调查核实;每年一次深入防疫站、计生委、公安局及火葬场等进行调查核实;召开基层妇保医生、妇女主任、计划生育员座谈会等。

2 结果

2.1 孕产妇死亡率的变化情况

1995年~2002年活产数198 334例,孕产妇死亡51例,平均孕产妇死亡率25.71/10万。前4年(1995年~1998年)孕产妇死亡数36例,孕产妇死亡率为34.38/10万;后4年(1999年~2002年)孕产妇死亡数15例,孕产妇死亡率16/10万。看出后4年比前4年死亡率大幅度下降。

2.2 孕产妇死亡情况介绍

2.2.1 死亡原因 直接产科原因34例,占66.67%,其中产科出血14例,占27.45%,居首位。因此,积极防止产科出血,提高产科出血抢救技术是关键。间接产科原因17例,占33.33%,其中妊娠合并心脏病和肝病各5例,各占9.8%,因此加强孕前宣教指导,加强孕早期高危筛查,积极防治合并症尤为重要。

2.2.2 城乡比例 死亡的孕产妇中城市居民19例,农村居民32例,说明农村高危孕产妇比例偏多,应以加强农村孕产妇系统保健管理,提高农村助产单位产科质量为重点。

2.2.3 分娩地点及孕期保健情况 从资料中看出,死亡在省市级医院人数最多,因基层将急重危产妇均上转至省市级医疗单位,因此死亡人数比例高。同时也看出基层对诊断、转运急重危孕产妇能力的提高。在资料中看到1999年前,在家分娩死亡人数比例高。1999年后逐步取消家庭接生员,提倡住院分娩,孕产妇死亡率明显下降。在死亡病例中计划外妊娠占25.53%,这部分人死亡原因:①孕妇本人超生,逃避计划生育员的管理;②请人非法接生,产程处理不当造成产后出血死亡;③部分贫困孕妇不做系统保健,孕期出现病情变化不能及时发现,贻误治疗时机而死亡。

[收稿日期] 2004-08-10 [修回日期] 2004-09-13

维普资讯 http://www.cqvip.com

3 讨论

3.1 孕产妇死亡率与同类情况的比较

当前各地区孕产妇死亡率存在很大差异，由低于10/10万至600/10万以上，发达国家一般在20/10万以下。2001年孕产妇死亡监测为50.2/10万。

3.2 孕产妇死亡率显著下降的主要原因

3.2.1 强化卫生行政管理，加强二、三级网建设　对母婴保健各项技术严格审查与考核，对从事妇幼卫生工作人员全员培训，考试考核合格后持证上岗；对县区级以下助产单位严格审核评估，规范服务；对二、三级网妇幼保健工作人员按要求配齐（按人口比例配备卫生技术人员），对其身份资格严格把关；通过多种渠道，吸引社会资金，解决"三级网"工作人员的报酬，确保基层保健工作的开展。

3.2.2 逐步取消家庭接生员，提高了住院分娩率　在农村孕产妇相对集中的地区取消家庭接生员，坚决取缔无证接生，如发现有非法接生，立即严厉处罚。

3.2.3 加强了对各级助产单位产科医生及保健人员的培训　请著名妇产科专家做急救知识专题讲座，建立妇幼人员培训基地，提高了对高危孕产妇的筛查、监护、管理能力，评分较高的高危孕妇立即逐级上报上转，层层负责，亲送入院，全程追踪，直至患者脱离危险。高危孕妇住院分娩100%。

（编辑：左艳芳）

石蜡疗法治疗肩周炎的疗效观察与护理

谢　军

（第三军医大学附属新桥医院骨科，重庆 400037）

[关键词] 肩周炎；石蜡疗法；护理

[中图分类号]R473.3　[文献标识码]B　[文章编号]1672－5042(2004)05－C003－02

肩周炎是肩周肌肉、肌腱等软组织的慢性炎症，加上反复的细微损伤和肩部活动的减少引起。其特点是起病缓慢，肩部疼痛进行性加重，伴功能活动受限。2004年1月至2004年6月，我科用石蜡疗法配合功能锻炼治疗肩周炎，疗效显著，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料

我科2004年1月至2004年6月收治肩周炎病人40例，随机分为A、B两组，A组20例，男7例，女13例，年龄34～54岁，B组20例，男5例，女15例，年龄38～52岁，采用单纯的功能锻炼。

1.2 方法

A组是将加热的固体石蜡熔解达到熔点55～60 ℃，使其成为液状，在治疗盘中冷却待干，检查石蜡表面，确定无破裂，松软后直接包裹肩周皮肤，时间20～30 min，注意防止烫伤。然后嘱其进行功能锻炼：①患者向前弯腰，使上臂下垂，肩关节做顺时针和逆时针的环转运动；②双臂分立同肩宽，上肢自然下垂，两臂向前伸直，手心向下，向两侧外展并缓缓向上抬举双臂，到最大限度后停留10 s左右，再缓缓回到原位，每次30～60下；③面对墙壁站立，患侧手指沿墙壁缓缓向上移动，使上肢尽量举高，到最大限度后，再缓缓回到原处，每次做30～60下。B组只采用单纯的功能锻炼，方法同上。两组治疗均每日两次，14 d为1个疗程。

2 护理

2.1 心理护理

肩周炎疼痛剧烈，穿衣、梳头、洗脸等日常生活均受到限制，使病人的生活自理能力下降。止痛药只能缓解短暂的疼痛，不易奏效，病情持久，易给患者造成心理上的压抑与焦虑情绪。因此，作好心理护理，向患者介绍有关肩周炎的知识，介绍石蜡疗法的特点和功能锻炼方法，使他们了解到肩周炎只要处理得当，能够及早痊愈，从而使其消除心理压力，增强信心。

2.2 出院指导

饮食上偏嗜酸咸、过度饮酒、吸烟都对骨关节有不良的影响。在这些方面注意节制，也是预防肩周炎的措施之一。忌食生冷、油腻等食物，饮食以清淡为宜。起居应注意避风寒，不可久居寒湿之地。气候骤冷时应注意肩部的保暖，睡眠中注意就卧姿势，多以仰卧为宜，并且避免在睡眠过程中将肩部暴露在外。体育锻炼时，务必适宜，与自身体能相当，避免超生理范围，预防并发症。

3 结果

A组治愈3例，显效6例，好转10例，无效1例，治愈率达15%。B组痊愈1例，显效4例，好转9例，无效6例，治愈率达5%。

4 讨论

石蜡是石油蒸馏的副产品，其热容量大，有较强的蓄热功能，是良好的传导热源。在肩周炎治疗护理中，利用石蜡持久较强的湿热作用，达到减轻疼痛，加强血液循环，加速组织修复生长，缓解肌肉痉挛，松解粘连的效果。同时配合科学的功能锻炼和护理人员的康复指导，是能够加速肩周炎治愈的。它比采用单一的功能锻炼效果好，可缩短病程，预防复发。

（编辑：黄春霞）

[收稿日期] 2004－07－06　[修回日期] 2004－09－08