维普资讯 http://www.cqvip.com

手术室护士在术中静脉输血输液的配合体会

郑 艳,尹 杨,么春艳
(哈尔滨医科大学第一临床医学院手术室,黑龙江 哈尔滨 150001)

[关键词] 静脉;输血输液;手术室
[中图分类号] R322.123;R826.26 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)05-0359-01

手术和麻醉中正确的输入液体是手术中循环管理的重要手段,也是保证病人安全的关键,现就手术室护士在手术中静脉输血输液的配合体会报告如下。

1 静脉的选择

手术麻醉中的病人,由于术前禁食禁水加之麻醉后被阻滞部位或器官血管扩张,相对性血容量不足,会导致血压下降。因此,手术室护士应选好静脉,麻醉前建立静脉通道,并在麻醉医生辅导下输液以维持水、电解质平衡及血容量稳定。对小儿或老年人及心功不全者,一定要在麻醉医生指导下严格控制输入量及输液种类。静脉的选择应遵循从小静脉到大静脉,从远心端到近心端的原则,尽量避免在伤肢穿刺,选择弹性好、静脉瓣少的血管,同时要加强巡视,确保药液无外漏。

2 密切观察手术中失血情况

手术中血液的丢失是很常见的。手术室护士应协助医生密切观察失血情况。如:吸引器中血量、纱布块血量及手术野渗血情况,及时提醒术者及麻醉医生决定输血量,以保持循环系统的稳定。输血前应与麻醉医生一道严格执行查对制度,需大量输入库存血时,应经过加温后输入,以保持体内温度的恒定。在输血过程中,应保持静脉的顺畅,严密观察有无输血反应。遇有寻麻疹、寒战、高热等,应立即向医生报告,及时处理,并协助医生给予抗组织胺类等药物。

近几年来,随着医疗技术水平的不断提高,手术技术的飞跃,给手术室护理工作提出了新的要求:手术室护士不仅要具备熟练扎实的基本功,还要有高度的责任心、同情心、爱心,以增强病人战胜疾病的信心,促进病人早日康复。

[收稿日期] 2004-08-18 [修回日期] 2004-09-16
(编辑:张天飞)

浅谈气管切开术的几个关键问题

陆德林
(奎屯兵团医院,新疆 奎屯 833200)

[关键词] 气管切开术;出血;并发症
[中图分类号]R653 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2004)05-0359-02

气管切开术是外科常见手术,已广泛应用于临床各科室。通过从事临床工作,结合文献复习,现将气管切开术应注意的一些问题报告如下。

1 术前准备

各种型号的一次性气管套管和气管切开包要备齐。氧气筒、电动吸引器、头灯、气管切开包放置床旁,使病人颈部处在后仰位置,便于手术操作及避免血液、脓痰等污染被褥,保证病人安全及手术的顺利进行。

2 术中注意事项

手术切口适中,止血彻底,固定恰当。气管切开常见的并发症为出血,较小的出血如渗血可迅速止血,术后突发大出血是气管切开术最严重的并发症,局部动脉性出血受视野及手术切口的限制,不能迅速止血,一旦出血,很快引起窒息,直接危及病人生命。分析出血原因:①左侧甲状腺下动脉破裂出血:左侧甲状腺下动脉解剖变异靠近中线,或切口偏向左侧,可使甲状腺下动脉暴露并长期与气管套管磨擦,当局部存在感染或溃疡时,容易导致动脉壁破裂出血;②存在甲状腺最下动脉:甲状腺最下动脉出现率不高,术者经验不足易忽视甲状腺最下动脉的存在,气管切开时损伤其外膜及长时间暴露可能导致破裂出血;③无名动脉破裂出血:若切口低于第5气管环,气管套管的凹面可直接刺激无名动脉,如果气管套管末端腐蚀气管前壁,也可以损伤该血管。因此,为避免气管内大出血,气管切开时应注意切口位置以第2~3气管环为中心不宜过高或过低,仔细操作,避免暴露上述血管。气管切开术后大出血前多有先兆症状,一是气管内出现血性分泌物,二是气管套管出现与脉搏一致的搏动,若发生上述情况应紧急手术处理。还应做到:

[收稿日期] 2004-07-08 [修回日期] 2004-09-11

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