维普资讯 http://www.cqvip.com

避免劳累，戒烟酒，注意饮食调护，适当参加体育锻炼。

2.出现异常情况要及时到医院就诊，介绍复查时间和方法等。

3.用药指导：教会病人了解药物的副作用及用药的注意事项，使病人学会怎样自我护理和监护病情。

小结：通过对患者实施健康教育，使病人了解自己病情的有关医学知识和自我护理保健知识，病人接受治疗护理的顺应性增加，手术并发症减少，对护理人员的满意率明显提高，病人及家属对护士有了信任感。护士也感到护理知识的价值，拓宽知识面将健康教育贯穿于整体护理工作中，进而提高了整体护理质量。

（收稿日期：2003－01－12）

在CT扫描检查中对急危重症病人的抢救与护理

苗青华* 王 宏* 孙晓丽*

在日常CT扫描患者的总数中急危重病症人约占10%，这部份病人包括颅脑严重损伤、脑血管意外、各种创伤导致的多处骨折及脏器破裂的病人、开颅手术后需复查的病人、ICU室的重症患者、以及增强扫描造影剂重度过敏者。为了确保急危重症病人在接受扫描检查过程中避免心跳呼吸骤停，并及时的给予相应的抢救措施，尽快顺利的完成检查，护理人员配合医生严密观察病情给予全程的护理是十分必要的。

我室自1999年6月至2002年6月经CT扫描检查急危重症病人共652例，现将抢救护理体会总结如下。

一、临床资料

1.颅脑重症损伤101例，脑血管意外266例，各种外伤导致的复合损伤多处骨折合并脏器破裂的病人52例，开颅手术后复查102例，ICU病人129例，造影剂重度过敏抢救2例。其中男性405例，女性247例。年龄16～75岁。

2.急危重症病人的临床表现，多为恶心、呕吐、烦躁不安，偏瘫、血压下降、脉搏微弱，紫绀，呼吸困难，神志不清、昏迷、瞳孔改变、早期脑疝，复合损伤、多处骨折、脏器损伤等。

二、CT室必备的抢救器材与药品

1.抢救器材：立式小型氧气筒，电动吸引器、血压计、气管切开包、不同型号的气管套管、开口器、舌压板、舌钳、吸氧管数根、吸痰管数根、以及常规的护理用品注射器等。

2.急救药品：肾上腺素、地塞米松、去甲肾上腺素、氢化可地松、阿拉明、新福林、多巴胺、安定、洛贝林、可拉明、甘露醇、5%碳酸氢钠、0.9%氯化钠注射液、5%葡萄糖注射液等。

三、抢救与护理

1.密切观察生命指征的变化：急危重症病人均存在极度呼吸困难，气道阻塞，甚至呼吸衰竭。因此密切观察呼吸状态保持呼吸道通畅是十分重要的。护理人员要动作迅速敏捷的使用吸引器及时清理口鼻腔的分泌物及呕吐物，急危重症病人的扫描体位可以不必十分端正，为了保持气道通畅可以让患者头偏向一侧并确保氧气的有效吸入，鼻导管要固定在鼻腔的一定深度，不能脱落，不能太深或太浅，否则会加重缺氧症状，更要严密观查病人的面色及意识，随时监测脉博和血压。

在扫描的过程中护理人员应和医生一同密切注视患者的变化，一旦患者发生抽搐，呼吸中断、心脏骤停即能及时给予全面的抢救，例如：一位造影剂重度过敏的病人发生了抽搐，喉头支气管痉挛，过敏性休克，作者立即给予静脉注射地塞米松10 mg，皮下注意肾上腺素0.5 mg，异丙嗪25～50 mg肌肉或静脉注射，补液，血压下降给予静脉注射去甲肾上腺素0.5～1.0 mg或多巴胺等。同时使用开口器避免舌咬伤，保温，吸氧。1 min后抽搐缓解，2.5 h后病人恢复正常。一位病情不清昏迷的病人，面色紫绀，在上扫描床后突然呼吸心跳骤停，作者则立即给予人工呼吸，胸外心脏挤压，给予三联针注射，建立静脉通路，同时对症给予抢救药物，请来麻醉科医生给予气管插管，后转入相应科室。在652例急危重症病人中有19例病人中断扫描，2例病人抢救无效死亡外，其它均顺利完成检查。

2.严格关注指导病人的搬动：急危重症病人多数是在抬架或平车上进入CT室，患者只能在家属和医护人员帮助下，一同搬动上扫描床。整个过程虽很短瞬却是重要的环节，如果搬动不当则会出现意外。因此护理人员应科学的指导并协助家属合理的搬动病人上下扫描床。掌握病人的病情及受伤的部位，如上下肢骨折时，要先固定再搬动，减少骨折两端的错位，避免血管、神经、软组织的继发损伤，搬动脊柱骨折的病人应维持在水平位，避免脊椎损伤，脊椎前后扭屈则会引起继发脊髓损伤造成截瘫。

3.备好抢救物品和药品并定期保养和更换：护理人员要使各种抢救的器材、药品完好的处于长期的应急备用状态中。如氧气筒内的氧气长期没有使用就应更换掉。总开关和流量开关要保证关闭开放自如，湿化瓶的水也应及时更换，吸氧管道要经常清理保持清洁通畅，吸引器要检查保养，电源插头是否接触良好，脚踏开关是否使用灵活有效，吸痰管同样应保持清洁通畅，气管切开包要定期消毒，气管套管应各种型号齐全。急救药品要定数、定位按顺序摆放并定期检查更换，以免过期使用，并熟悉掌握摆放的位置，为使在应急情况下有效的抢救

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯市中心医院CT室

维普资讯 http://www.cqvip.com

急危重症病人,CT室医护人员必需掌握心肺复苏的急救技术且运用娴熟,这样才能保证在抢救病人时做到争分夺秒不延误时间。

小结:急危重症病包括由于各种疾病、创伤、中毒所引起的随时可能发生生命危险的疾病,是由于脏器的功能不全或衰竭或代谢紊乱所造成的。CT室虽然是辅助检查的医技科室,并非治疗和抢救的科室,工作职责是扫描检查病人为临床医生提供诊断治疗的依据。但是医护人员在为急危重症病人的检查过程中仍然应具备高度的急救意识和人文意识。危急重症病人多数是在急诊科室及急救中心或各病房绿色通道由医护人员陪检的患者,也有一部分患者受伤或发病后直接到CT室来检查。总之,这些病人一旦进入CT室后,CT室医护人员则应迅速迎接病人,最大限度的缩短检查流程,以最快的速度在最短时间内完成扫描诊断并发出报告和照片。在这一过程中医护人员要密切观察病人的生命指征,为病人保驾护航,提高对病情变化的预见性,如发现病人抽搐、心跳呼吸停止就应立即中断扫描,全力以赴,争分夺秒的采取一系列的急救措施进行抢救。思维要敏捷,动作要迅速,急救措施要准确有效,同时要通知急诊科、麻醉科医生共同抢救,当病情允许时要配合临床医生护士将病人送到相应的科室去得到进一步的抢救治疗。作者体会到提高急救意识做好以上几方面的工作对抢救急危重症病人至关重要,可以避免或减少患者在CT室扫描检查时间内死亡的危险。

(收稿日期:2003-01-21)

室缺修补后左室粘液瘤围术期护理

王丽范* 王 磊* 杨 波* 王 慧*

心脏粘液瘤多发于左心房,左室粘液瘤少见。室间隔缺损修补术后,左室粘液瘤更少见。我院2000年6月成功救治左室粘液瘤的患者,现将护理体会介绍如下。

一、临床资料

病例,男,16岁。1993年低温体外循环下经胸骨正中切口修补室间隔缺损,顺利康复。心脏杂音消失,发育正常,心功能良好。2000年5月中旬,无诱因出现阵发性心前区疼痛,服药后缓解,经超声诊断左室粘液瘤。于2000年5月31日入院,体温36℃,脉搏84次/min,血压120/60 mmHg,呼吸24次/min,发育正常,无发绀无颈静脉怒张。胸部正中切口,瘢痕长20 cm,心界不大,肺动脉第二音亢进,超声心动图检查左室舒张期内径52.6 mm,EF 60%,左室侧壁近心尖处见1.69 cm×1.73 cm回声团,蒂长0.76 cm,宽0.4 cm,瘤体随血流飘动。2000年6月6日在全麻低温体外循环下行左室粘液瘤切除术,术中经过顺利,心脏自动复跳。术后回ICU病房监护,24 h后转回普通病房。由于术后实施积极有效的护理措施病员于14 d后康复出院。

二、护理

1.术前护理

(1)必要的入院指导:应向病人强调体位变化可引起一系列阻塞瓣口或栓塞的症状。给病人讲清出现症状所产生的原因,使病人对自己的病情有一个初步的了解。

(2)勤巡视病房、多观察病人:由于瘤体活动易阻塞瓣口,可引起急性晕厥、休克,如果没有及时发现、及时纠治,可使病人的病情加重,失去抢救机会,导致病人死亡。

(3)注意观察瘤体(破碎→脱落→栓塞)栓塞是否发生:定时给病人检查病理生理反射,以及四肢活动状况、内脏的功能。

(4)做好术前指导

2.术后重点监护

(1)呼吸系统的管理和监护:本例左室粘液瘤病人术前X线有不同程度的肺淤血及间质改变,加之体外循环对肺脏的损害,所以术后加强呼吸道护理是保证病人早日康复的重要环节。

(2)呼吸机辅助呼吸:由于监护室的工作特点,护士必须正确使用呼吸机。使用呼吸机前应调好报警线及几个常规参数。(潮气量10~15 ml/kg,呼吸频率10~15次/min,氧浓度≥0.4,温度33~36℃,湿度100%)。连接呼吸机的程序是:呼吸机→管道→病人,呼吸机急症的检查是:病人→管道→呼吸机,病人呼吸改善时,参照一些指标(如血气等)停用呼吸机。

(3)正确的吸痰方法:术后使用呼吸机及保留气管插管,做到正确吸痰,防止人为感染和损害。首先,吸痰要无菌操作,压力是20 cmH_2O,时间不超过15 s。每次吸痰后膨肺5次。吸痰的原则:轻、快、提、转。

(4)气管插管的护理:术后病人都带有气管插管,是为了保证病人的呼吸道通畅,防止术后发生ARDS。对气管插管的护理,要经常检查是否脱出,防止漏气、保证吸入TV=呼出的TV,防止食道的返流。

(5)拔管后的护理:在病人拔管前应充分吸痰,拔管后持续给面罩或鼻导管吸氧,间断雾化吸入,协助病人咳嗽,使肺充分扩张,防止肺的并发症。

3.循环系统的重点监护:本例左室粘液瘤的病人术前有

* 作者单位:150001 哈尔滨医科大学第一临床医学院ICU病房