维普资讯 http://www.cqvip.com

三、讨论

1.陪伴分娩是产妇及其家属的普遍需求,有关资料表明,98%以上的产妇有恐惧感。焦虑恐惧是心理应激的正常表现,而过强的应激结果将导致一系列病理反应,如子宫收缩下降,疼痛敏感,而疼痛又加重焦虑、恐惧,造成恶性循环,从而抑制大脑皮层,影响正常宫缩,导致宫缩乏力,继发产程延长,使产后出血增加。产妇疼痛时哭闹不仅消耗体力过度换气,会导致胎儿宫内窘迫、宫内缺氧,使新生儿窒息的发生率增加。产妇由亲人陪伴,陪产者能随时安慰鼓励产妇,使其情绪稳定,降低产妇的焦虑恐惧心理,并可协助产妇进食补充能量,从而促进产程进展,降低产后出血及新生儿窒息的发病率。陪产还可增加母亲的信心,减少母亲的忧虑,增加抚养孩子的自信,促进母乳喂养和减少产后忧郁发生等。

本文资料显示,陪伴产妇产时心理反应,分娩方式,配合程度,产后出血量与对照组均有显著差异,主要原因可能是:(1)分娩对于产妇来说是一种伴随不安的期待体验,尤其是我国的初产妇较多,缺乏对分娩过程的认识,过分担心分娩过程的疼痛,因而对分娩存在着紧张恐惧心理,陪伴分娩改善了产妇的周围环境,使其不再感到孤独无助,有安全感和满足感,因而体力充沛,产程进展顺利,心理压力大为减轻。(2)陪伴产妇分娩过程中心理状态相对稳定,情绪愉快,产妇自信心和忍耐力增强,对疼痛的耐受性提高,因而就能很好的利用宫缩间歇时间休息,减力体力消耗,从而可产生有效宫缩,使产程进展顺利,产后出血量减少。未陪伴产妇剖宫产率高,很重要的一个原因是由于产妇心理因素造成。如不良的心理状态促进产妇难以忍受分娩的痛苦,提出尽早结束分娩的过分要求,人为干扰正常的分娩过程,导致产科干预增多,剖宫产率上升。

2.陪伴分娩的护理:(1)陪伴者在孕妇产检时就接受必要的陪伴分娩培训,才能适应分娩时的情景,并能更好的调节医患关系,发挥陪伴者应起的作用。(2)严格执行消毒隔离制度。陪伴者进入产房时须换专用拖鞋,洗手,穿隔离衣,戴帽,戴口罩。陪伴待产室应每日用消毒拖把拖地2次,紫外线消毒一日两次,终末用消毒液擦拭室内物品。(3)提高产科人员的技术水平重视产科护士的素质培养,以适应产妇为中心的新的产时模式,陪伴分娩是对医护人员的工作检查,是对医护人员的监督。这就要求医护人员不断提高业务水平,增加服务意识。只有这样,才能密切医患关系,最大限度减少医疗纠纷发生。

(收稿日期:2002-01-22)

水痘和带状疱诊患者的观察与护理

李艳华* 王仁霞*

水痘和带状疱疹是由同一病毒即水痘—带状疱疹病毒所引起的不同表现的两种疾病,水痘是原发感染,以全身出现水疱疹为特征。带状疱疹是潜伏在感觉神经节的病毒再激活后引起的皮肤感染,沿感觉神经在相应节段引起疱疹,该病毒抵抗力强,不耐热,不耐酸、对乙醚敏感,不能在痂皮中存活。人群对水痘普遍易感,本病以冬春季节发病为高峰,感染水痘可获持久免疫,但可发生带状疱疹。现将护理体会报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料:本组30例,水痘18例,带状疱疹12例,年龄5~50岁,平均27.5岁,水痘表现为水疱疹。带状疱疹表现为成簇皮疹,30例患者经治疗后全部痊愈。

2.临床表现:水痘前驱症状轻,年长儿童或成年人可有上呼吸道感染症状,出疹期,水痘疱疹液透明,数小时后混浊,伴皮肤瘙痒,1~2个月后干枯,结痂,痂皮无传染性,皮疹分批连续出现。粘膜处疱疹破裂后形成溃疡,免疫功能缺陷者引起内脏损害,病死率高。带状疱疹沿神经节分布,出现成群皮疹,沿神经节段局部皮肤疼痛、瘙痒,感觉异常,免疫功能缺陷者,可侵袭脊髓。

3.治疗方法:(1)早诊断。(2)早治疗、积极应用抗病毒药物,并对患者处理,如局部神经痛是最常见症状,应营养神经。(3)防止并发症,防止肺炎,脑炎及其他中毒症状,眼部有疱疹者滴眼液,有面瘫及听觉症状者还可应用抗病毒药液的无菌棉球塞双耳,以防耳道疱疹,有皮肤感染者,按外科换药治疗,加用抗病毒药并保持干燥,康复期注意休息,少食刺激性食物,禁烟酒,加强原发病的治疗。

二、护理体会

1.心理护理:皮疹位于表皮,外观随时可见,患者情绪紧张,担心皮肤留有瘢痕或色素沉着,护士应主动热情向患者介绍治病知识,做好疾病宣教,消除心理压力,护理人员应增强责任心,关心,体贴,安慰患者,取得其配合,树立战胜疾病信心,积极配合治疗和护理。

2.皮肤护理:衣服,被褥经常更换,保持干燥。皮肤瘙痒可应用0.25%炉甘石洗剂或是5%碳酸氢钠溶液局部清擦,修剪指甲,防止抓伤皮肤。水泡破裂后或未破者可用无菌针刺破,用无菌棉球挤干液体,再涂双氧水,并使双氧水进入泡内,产生泡沫,反复进行,直至泡沫减少,愈后结痂不留色素沉着,不复发,治愈率达100%。

3.对其他症状也要注意观察:(1)注意有无肝部,肺部及脑

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯铁路医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

损伤，老年人应注意有无心绞痛或溃疡性疼痛，膀胱功能障碍和脊髓炎发生。(2)心肌损伤者卧床休息，注意心率，心律，ST—T 改变。(3)排尿困难者积极采取有效措施，防止泌尿系统感染。(4)肝，脑损伤时，或有共济失调，应防止外伤。观察有无头痛，皮肤黄染及转氨酶增高，性情转变等。(5)发热时卧床休息，保证充足睡眠，情绪稳定，补充足够营养，水分，及时给予物理降温，小儿防惊厥。

4.艾灸治疗带状疱疹的护理

艾灸加快血液循环，促进炎症渗出的吸收，减轻神经末梢压迫症状，降低炎症介质含量，艾灸局部可温经理气，疏通经脉，扶正祛邪。许多患者施灸后即感局部舒适，疼痛减轻，并且缩短疼痛时间，操作简单，费用低，安全，无不良反应。施灸时应注意，对空腹，年老，过饱，过度疲劳、灸法恐惧者，以及局部神经末梢受损，感觉障碍者，谨慎施灸，防止烫伤，晕灸，孕妇防止流产，一但局部施灸过量，出现水泡，应及时用滑石粉加压包扎或涂 1%龙胆紫。

5.预防

1.呼吸传染性强，呼吸道隔离，主要通过飞沫和直接接触传播，采取房间隔离。

2.水痘患者应隔离至疱疹结痂出疹后 7d。

3.污染的用具单独处理，用物不得互相借用，单独使用。

4.对于高危人群可注射丙种类蛋白，或带状疱疹免疫球蛋白，可以减轻发病后症状。

5.试用水痘-带状疱疹减毒活疫苗来免疫易感者。

(收稿日期：2002-01-22)

不典型急性心肌梗死 32 例误诊临床分析

刘艳姝* 张英萍* 王建华* 赵智宏*

近年来不典型急性心肌梗死发病率有上升趋势，临床上误诊情况也较常见。为提高对本病认识，进一步探讨本病的发病情况及临床特点，本文收集了近年国内医学文献报告的不典型急性心肌梗死误诊病例 32 例，就其临床特点及误诊情况进行分析。

一、资料与方法

1.临床资料：(1)30 例误诊患者中，男性 22 例，女性 10 例；年龄 42～74 岁。既往糖尿病 9 例，慢支、肺气肿 7 例，脑梗塞 3 例。在门诊或急诊误诊 27 例，入院后误诊 5 例。误诊时间 1h～3d。全部患者无心前区疼痛或仅有轻微胸闷症状。

2.主要表现为腹部不适、恶心、呕吐误诊为胃肠炎黄 14 例(43.8%)；咳嗽、咯痰、气急、喘憋误诊为慢支、肺气肿 8 例(25%)；左肩部、颈部疼痛误诊为颈椎病、肩周炎 5 例(15.6%)；嗜睡或肢体无力误诊为脑梗塞 3 例(9.38%)；生气后心悸、躁动不安，情绪激动误诊为心脏神经官能症 2 例(6.25%)。

二、结果

30 例患者经动态观察心电图变化，心肌酶检查确诊为急性心肌梗死，经抗凝、溶栓、改善心功能、抗心律失常治疗后 27 例好转出院，3 例因心源性休克、1 例因心脏破裂死亡。

三、讨论

由于不典型急性心肌梗死患者临床表现多样，缺乏典型心前区疼痛症状，易于造成误诊、漏诊，分析其原因如下：

某些患者特别是老年人神经系统功能减退，对于疼痛不敏感，痛阈升高；或者因急性心肌梗死的严重并发症如心力衰竭、心源性休克掩盖了疼痛症状；糖尿病患者由于自主神经损伤，无明显疼痛；既往曾患脑血管病的患者感觉迟钝等原因均可以使急性心肌梗死患者无明显心前区疼痛症状。据文献报道老年人无痛性心肌梗死的发病率为 18.6%～52.8%。本组患者中既往糖尿病 9 例，脑梗塞 3 例，说明糖尿病及脑梗塞不典型心肌梗死患者中发生率较高。

本组 32 例误诊患者中，误认胃肠炎占 43.8%，由于心肌梗死时梗死部位心肌缺血缺氧，刺激心脏表面的迷走神经传入纤维感受器，反射性引起胃肠肌痉挛，引起恶心、呕吐症状。急性心肌梗死心功能不全发生率较高，患者表现为咳嗽，气喘等症状，某些患者原有慢支、肺气肿病史，容易造成误诊。心肌梗死后心肌细胞乏氧，代谢产物如腺苷等刺激心脏交感神经传入纤维沿胸交感神经 1－5 节传入大脑中枢，疼痛向颈 2 至胸 10 放射，而误诊为颈椎病、肩周炎等。心肌梗死心排血量下降造成脑灌流不足引起嗜睡，肢体无力等症状，易误诊为脑梗塞。这种患者往往梗塞面积较大，容易出现严重心衰、心源性休克。对于原有神经官能症患者，特别是年轻女性，由于生气等原因表现为情绪激动，躁动不安，医生极易诊断为神经官能症、癔症等。综合上述原因，不典型急性心肌梗死，往往被误诊为消化系统、呼吸系统及脑血管疾病等。

为了避免急性心肌梗死的误诊，临床医师必须拓宽思路，提高对不典型急性心肌梗死认识，认识其多种多样的临床表现，进行细致全面体格检查和必要的辅助检查如心电图、心肌酶检查，特别对于老年人常规进行心电图检查。同时需要强调的是要注意观察患者病情变化，动态观察心电图情况，谨防心肌梗死漏诊、误诊。

(收稿日期：2002-01-14)

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯铁路医院循环科