维普资讯 http://www.cqvip.com

吸道阻塞，发生窒息。颌面部创伤后异物、血凝块、移位的组织碎片等堵塞咽喉部造成阻塞性窒息；急性颅脑损伤后意识障碍，病人失去主动清除呼吸道分泌物的能力，使呕吐物、血液吸入气管造成吸入性窒息。病人表现为烦躁不安，发绀、发汗、鼻翼煽动，吸气长于呼气或出现喉鸣音，吸气时锁骨上凹、胸骨下角、肋间隙及上腹部内陷等。本组病例有6例因呼吸道阻塞造成窒息，其中2例因上颌骨骨折碎片阻塞造成窒息，3例因血凝块阻塞呼吸道引起窒息，1例因意识丧失，呕吐物吸入气管造成窒息。6例病人经护士立即采取对症处理，及时清理呼吸道，吸出异物后，窒息解除。

4.出血的观察：病人就诊后，护士可根据伤情了解和检查出血情况，判断出血性质是动脉出血、静脉出血还是毛细血管出血，并估计出血量的多少。失血量达30%以上者将导致严重休克，表现为皮肤苍白，手足发凉，毛细血管充盈时间长，四肢浅表静脉变细，呼吸浅速，脉搏快弱，脉率每分钟超过100次，血压低于8KPa等症状，应紧急抗休克治疗。本组病例有8例出现失血性休克，经过快速输液、输血1h后均得以恢复，为下一步治疗赢得时机。

三、护理措施

1.保持呼吸道的通畅：呼吸道阻塞可以造成早期死亡，因此急救的第一步是维持呼吸道通畅。急救措施是将病人仰卧，头偏向健侧，迅速用手指或吸引器清理口腔咽喉部的异物，如有舌后坠应托双侧下颌角使下颌向前上，头后仰或在距舌尖约2cm处用粗丝线或别针穿过组织全层将舌拉出口外，放置口咽通气管，必要时气管插管或气管切开，以解除窒息。本组病例发生窒息的6例患者有4例经护士采取放置口咽通气导管，用吸引器及时吸出口腔咽喉部的异物，使呼吸道阻塞得以改善，有2例患者因昏迷引起吸入性窒息，经气管切开后通过气管导管充分将异物吸出解除窒息。

2 迅速建立静脉通路，维持有效循环：选择较粗的血管，采用16～18号静脉留置针静脉穿刺，迅速建立2～3条静脉通道，以补充血容量，先输入生理盐水，然后输入胶体溶液及全血，最好输入新鲜血液，血源困难时则用白蛋白、706代血浆或中分子右旋糖酐代替，输血、输液开始速度宜快，待血压回升后再根据中心静脉压和尿量调节输液速度。颌面部创伤与颅脑外伤同时存在时，一方面急需快速补液，补充血容量，另一方面又急于脱水降颅压，解决这一矛盾的原则是：(1)当以失血性休克为主时应先抗休克治疗，暂不用脱水剂，待出血得到控制后再根据情况使用脱水剂。(2)当失血性休克不严重而颅脑损伤明显时，抗休克应尽量使用胶体液，这样既可有效扩充血容量，又不致加重脑水肿，再酌情使用脱水剂。

3.出血的处理：常用的止血方法有结扎止血法、药物止血法、压迫止血法。结扎止血法最常用且较可靠，如口腔颌面部出血严重局部又不能妥善止血时，可结扎颈外动脉。对于组织渗血、小静脉和小动脉出血可在出血部位应用止血药物，然后外加干纱布加压包扎，注意包扎的压力要适当，不可使骨折移位或影响呼吸。

4.及时做好术前准备：对有手术指征的病人，在观察期间尽快完善术前准备，给予备皮、留置导尿、做交叉配血及过敏试验等以协助医生准备手术清创。

严重颌面部创伤合并急性颅脑损伤，伤情复杂，变化快，这要求急救护士在平时的工作中应认真学习相关的急救知识，在实践中不断积累经验，掌握全面的创伤救治技术，在急救处理时要整体观察，分清轻重缓急，使患者在短时间内得到快速、准确、有效地急救护理。

(收稿日期：2001-12-06)

原发心脏恶性肿瘤围手术期护理

刘 阳* 王月秋* 马凤贤**

心脏原发肿瘤少见，多发生在心腔内，其次在心包，心肌上最少，心脏肿瘤以良性多见，原发心脏恶性肿瘤少见。心腔内肿瘤常较早引起血流动力学改变和栓塞症状，易被发现。心肌上的原发肿瘤无论其良、恶性，早期病灶小无症状易漏诊。随着肿瘤的逐渐发展，心肌破坏加重，且病情变化复杂，易误诊。2000年1月至2000年3月，我科收治了2例原发心脏恶性肿瘤，右心房血管肉瘤和心肌淋巴肉瘤各1例，现将临床护理体会介绍如下。

一、临床资料

1.一般情况：本组女1例，男1例，年龄分别为20岁和62岁，均有胸闷、气短、颈静脉怒张、心界扩大、心音遥远。1例有肝大、腹水、下肢浮肿胸腔积液。2例均经磁共振检查诊断为心脏肿瘤，恶性可能性大。

2.治疗与转归：2例均行手术治疗，1例术中见心包增厚，其内大量一血性液体，分离心包时右心房破裂，坏死组织流出，上腔静脉根部右方有直径1.5cm赘生物，红色与心包和肺粘连

* 作者单位：150001 黑龙江省哈尔滨医科大学附属一院心外科

** 哈尔滨医科大学附属一院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

成 5cm × 6cm 肿块，右房壁完全坏死溶解，部分房间隔坏死，房壁不能修复，致使大量出血死亡。另一例患者术中草药见左侧胸腔大量茶色液体，心包增厚达 0.5cm，心包腔内大量血性液体，心包表面有散在白色小硬节，心脏前壁心肌内有 5cm × 5cm 肿块，界线不清，肿块不能切除，取材作病理，术后症状缓解出院。

二、护理

针对 2 例原发恶性肿瘤发病突然，病程短，进展快，心包填塞症状显著，低热，贫血，低蛋白等全身反应明显，且手术困难，预后不良等特点，制定了严密的护理计划。

1.术前护理诊断与措施：(1)恐惧：与对肿瘤的惧怕心理和对疾病预后担忧有关。预期目标：解除恐惧的原因，能主动配合检查和护理。护理措施：①指定经验丰富，知识面广的资深护士负责护理；②对患者的恐惧表示理解，鼓励患者表达自己的感受，并耐心倾听患者说出恐惧的原因。③介绍有关的治疗措施和预后。④鼓励家属多给患者温暖，增强战胜疾病的信心。效果评价：患者的恐惧明显减轻。(2)营养失调：与疾病的特点和基础代谢率增高有关。预期目标：调整各种离子，增强体质，使其处于接受手术的最佳状态。护理措施：给予患者饮食知识指导，如需要以热量、蛋白质、维生素等在手术治疗中的重要意义以及营养缺乏导致的危害性。通过输血，补液改善病人全身状况。(3)有猝死的可能：与瘤体阻塞房室瓣口及变换体位使肿瘤内壁血栓脱落有关。预期目标：患者及家属了解猝死的可能性，避免猝死的诱因，预防猝死发生。护理措施：①多与患者及家属交谈，讲解疾病的一般知识，如卧床变换体位时不要过急、因瘤体移动度较大或栓子脱落可致房室瓣口堵塞而致猝死。②给予患者一切生活护理尽量减少活动。③经常巡视询问一般情况，如有无头晕、血压下降等症状。效果评价：患者及家属对猝死的预防知识比较了解，无诱发因素。

2.术后护理诊断和措施：(1)潜在并发症低心排：与手术前心功差，术后低血溶量，低血解，酸中毒等有关。预期目标：生命体征平稳，无低排征象。护理措施：①熟记低心排诊断标准；②严密监测生命体征、详记每小时液体出入量、维持出入量平衡，电解质平衡，酸碱平衡。效果评价：生命体征平衡，无低心排发生。(2)疼痛：与手术创伤有关。预期目标：患者能应用适当方法，减轻疼痛。护理措施：①协助摆放舒适体位；②鼓励说出痛感；③转移患者注意力。如交谈，听音乐、看书等。④必要时使用镇痛剂。效果评价：3d 后患者疼痛明显减轻。(3)潜在并发症心律失常：与心脏肿瘤侵犯传导组织，心肌破坏有关。预期目标：病程平稳，并发症的发生减小到最低限度。护理措施：①严密监护生命体征，尤其是心电示波；②掌握心律失常的心电图改变；③掌握心律失常的抢救技术。效果评价：无心律失常发生。

通过对 2 例患者的围手术期护理，本文认为只有全面掌握患者的身心状况，实施以患者为中心的整体护理、才能提高患者的预后，延长患者生命。

（收稿日期：2001-11-14）

护理程序在临床的应用

李丽华* 王江滨* 卢艳华*

在实施整体护理中，护理程序作为护理改革的重心、关键是患者能否得到优质服务。1997 年我科作为医院首批模式病房开展整体护理以来、随着实践的深入与知识的拓展，培养和提高了护士运用护理程序为病人解决问题的能力，推动了整体护理的深入开展，作为整体护理的核心、护理程序是解决问题的原理与步骤，运用到帮助病人解决健康问题的具体体现，是一种科学的工作方法、这种解决问题的方法强调问题解决中的逻辑思维和科学程序，因此在实践中我们重视和培养护士的理论基础与实践动手能力。

护理程序共有五步，并且是一个持续的循环过程：1.评估：通过收集资料，发现与确认护理对象的健康问题。2.诊断：用护理诊断描述这些健康问题。3.计划：计划工作的第一步是设定预期行动。4.实施：由护士、护理对象及其家属等按照计划共同进行护理活动。5.评价：评价护理对象对措施的反应，护理效果与预期目标达成的情况，至此一个循环结束。再根据护理对象目前的健康状态，对其健康问题重新估计、而引入护理程序的下一个循环。

一、评估：整体护理强调是将病人视为生物－心理－社会的一个完整的人。由于受传统的功能制护理模式的影响，更多的护士观念还停留在以疾病为中心，护理任务还局限在执行医嘱、打针、发药等具体护理措施上，还有护士大多为中等专业理论水平、缺乏相关学科知识，面对多元化文化背景的病人，评估难免缺少准确性，另沟通技巧，心理学知识的缺乏、使整体护理的开展遇到一定困难。对此，我们除参加院护理部组织的骨干培训班外，还利用业余学习时间，组织全体护士学习兄弟院校的先进经验，并在护士之间进行互相扮角色、观摩、切磋、互学

* 作者单位：150001 黑龙江省哈尔滨医科大学第一临床学院整形烧伤科