维普资讯 http://www.cqvip.com

切口内放置双腔引流管并接负压引流瓶。清点对数,逐层关闭切口。

三、讨论

1.充分做好术前准备:充分做好术前准备工作是手术顺利进行的重要保证,包括参加术前讨论,熟悉病情、手术步骤;术前访视病人,解除病人的紧张忧虑情绪,使其有以良好的心理状态迎接手术;备好手术所需各类物品,检查器械,仪器功能是否良好。

2.防止感染:由于手术部位涉及腹部和腿部,术中还要做肾灌注,手术应选择较大的层流手术间进行,本例手术在100级空气净化标准手术间进行(100级手术间空气中尘埃粒径为0.5 μm,尘埃数100个/ft),限制参观人员,可以让其在电教室看转播;手术所需物品严格灭菌,避免浸泡消毒。术中严格无菌操作技术。

3.输液的管理:防止术中动脉瘤破裂,要保证有足够的静脉通路,颈内静脉置入三腔静脉插管,必要时在左上肢准备一静脉留置针。为防止术中低血压,在开放肾脏血管时及时输入白蛋白、甘露醇、全血,以保证肾脏的灌注压。

4.医护人员密切配合:由于手术步骤繁多,手术医生、麻醉医生、及洗手、巡回护士要密切配合。巡回护士要密切注意手术进程,提前备好灌注所需物品,开放时备好热盐水,保证液体通畅;洗手护士积极主动配合手术,备好无菌冰屑,肝素水以及血管缝合线等。

(收稿日期:2002-12-10)

脑外科病人手术前后健康教育的实施

王 吉*

健康教育是整体护理的重要组成部分,是以病人及其家属为对象,通过护理人员有计划、有目的的宣教过程,使病人了解健康的知识。自2001年7月至2002年4月,我院共收治了脑外科手术患者20例,在患者术前、术中、出院等整体护理过程中实施健康教育,减轻了患着心理负担,使患者正确面对患病现实,积极配合治疗,早日康复,受到了较好的效果。现报告如下。

一、临床资料

我院脑外科于2001年7月至2002年4月收治脑外科手术病人20例,其中男18例,女2例。年龄最大者73岁,最小者31岁。文化程度中专2例,小学16例。吸烟者15例,文盲2例。

二、术前健康教育指导

1.口头讲解与文字宣教相结合:将入院介绍、住院须知、手术前后注意事项、出院指导等书面材料装在宣教册里让病人翻阅,指导病人学习,对其中重要项目加以解释。

2.理解与讲解相结合:个别患者不识字,无法接受文字宣教教育,护士将教育内容讲解给病人及家属。

3.示教与指导相结合:术前指导病人练习有效咳嗽,床上大小便的训练。

三、入院时心理指导

帮助患者熟悉病房环境,并向病人介绍病区环境、住院须知、陪护探视制度、主管医生、护士长。在入院24 h内告诉病人近期检查项目及目的、方法和注意事项,使患者了解需检查的内容,对护理人员产生信任感,主动参与教育的全过程,乐于接受健康教育。脑外科病人对与手术非常恐惧,因此对此类患者应向其宣教情绪与疾病的关系,帮助病人树立战胜疾病的信心,解除对手术的各种疑虑,使其身心处于最佳状态接受手术。

1.宣教术前禁烟的意义:讲解吸烟可降低血中维生素C的含量,导致相关疾病,术前禁烟能预防术后肺感染,避免术后咳嗽引起切口疼痛。

2.指导病人练习有效咳嗽:它有利于预防术后并发肺炎、肺不张等呼吸道并发症。

3.床上大小便的训练:术前向患者解释清楚,并教会病人在床上大小便。

4.其它方面:指导病人术前做好个人卫生,保持皮肤清洁,预防术后并发症,术前应禁食水,避免因麻醉或手术过程中的呕吐而引起窒息或吸入性肺炎。

四、术后健康教育指导

1.心理指导:术后患者清醒后,各种管道的留置加以约束固定。环境的改变使病人易产生恐惧心理。此时,护士应在病人身边亲切地告诉病人手术成功后已返回到病房,取得病人的配合,消除其恐惧心理。

2.饮食指导:术后根据病情,指导患者的饮食,鼓励病人进高热量、高蛋白、高维生素的饮食,多进粗纤维食物,防止便秘。

3.术后卧位指导:指导患者硬膜外(下)血肿术后应取头低或平卧位,使脑组织充盈防止再出血的发生,其他手术采取头高30°卧位,以减轻脑水肿,有利于切口的愈合。

4.功能锻炼:肢体障碍者,指导家属定期训练,每日3~4次,使病人主动或被动的活动。语言障碍者,指导病人说话,由简至繁,反复训练。

五、出院健康教育指导

1.休息与活动:室内定期通风换气,生活规律,情绪稳定,

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯市铁路医院护理部

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