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

维普资讯 http://www.cqvip.com

不同程度的心功能不全，体外循环手术的再次损伤及麻醉药物的影响，术后心功能较差，要特别注意低心排及心律紊乱。

(1)密切观察心电变化。注意心律是否有过快、过缓、心律不齐，如有应准确纪录并报告医生。(2)密切观察低心排的情况。判断低心排的标准：MAP < 9.3 kPa (70 mmHg)；CVP > 15 cmH_2O；LAP > 15 mmHg；尿量 < 0.5 $ml \cdot kg^{-1} \cdot h^{-1}$；皮肤潮凉、四肢有花瘀。如果出现以上几种症状，应准确纪录报告医生。

(3)限制液体的入量、注意酸碱的平衡。体外循环术后，至少有两个以上的通道，液体量过多得不到控制，可加重病人心功的损害。体外术后需要心肌灌注保护液，病人组织间隙水较多可引起水肿，所以，应控制液体量，首先计算出24 h的补液量用输液泵进行控制。由于大量胶体及利尿剂的应用，所以护士一定要详细记录尿量、测尿量的pH值及尿比重。做到见尿补钾。

4.注意动脉栓塞：心腔粘液瘤易破碎、无完整包膜，有时术中不易完整取出，术后有破碎，应注意栓塞的发生。

5.脑栓塞：术后病人返回ICU，应密切观察神经系统的变化，如昏迷、光反射、瞳孔大小以及肢体活动的情况。

6.四肢及内脏栓塞：注意四肢的血运情况、皮肤的颜色、末梢血管波动，注意内脏系统有无异常，如果出现应准确纪录，并报告医生。

(收稿日期：2003－01－21)

毫米波疗法对防止切口脂肪液化的疗效观察

孙辉伟* 董建英* 郝锐辉*

我院对2000年1月至2002年12月间肥胖患者术后采用毫米波疗法(MMWT)取得良好效果，现报告如下。

一、资料与方法

1.研究对象

选择我院2002年1月至2002年12月间术中发现患者皮下脂肪厚超过3 cm，术前无感染征象进行毫米波疗法，随机将320名同类患者分为两组：一组为治疗组，术后除常规治疗外，于24 h内开始给予切口MMWT。另一组为对照组，采用常规治疗。

2.治疗方法

(1)MMWT组：术后24 h，将探头臂直接与被照射部位接触，将伤口分为两段，各照射10 min，总时间为20 min，每日二次，3～5 d，治疗组术后6 d拆线，切口均甲级愈合。

(2)对照组：常规缝合皮肤，切口下端或两侧端放橡皮引流条，无渗出后，拔除引流条，治疗方法及换药时间等均同治疗组，7～9 d拆线，8.13 %切口乙、丙级愈合。

二、结果和讨论

MMWT能使皮肤吸收，产生非热生物效应，使毛细血管扩张，改善局部血液循环，促进组织细胞的营养和新陈代谢，对局部伤口有收敛作用—水肿消退，消散硬结，液化吸收等，促进组织的修复，有利于伤口的愈合，并有消炎止痛等作用，MMWT对病人无痛苦，缩短了住院时间，患者容易接受，提高了病床的利用率，值得推广应用。

(收稿日期：2003－02－17)

* 作者单位：161200 黑龙江省富裕县人民医院

母乳喂养成功几点体会

董建英* 曹文君* 陈 晶**

联合国儿童基金会和世界卫生组织倡导的创建爱婴医院，其目的是为了保护、促进和支持母乳喂养，提高母乳喂养率，降低婴幼儿的发病率和死亡率。现就我院母乳喂养成功的经验介绍如下。

一、资料与方法

1.母乳喂养成功的诊断标准

4～6个月婴儿只吃自己母亲的奶，体重增加，生后头三个月每月增长200克，4～6个月每月增长600克，且哺乳后安静，不哭闹。

2.促进母乳喂养成功的方法

(1)举办孕妇学校，通过讲课、录象、《母乳喂养好》手册、示教、个别指导等对孕妇及家属进行宣教母乳喂养的好处，重要

* 作者单位：161200 黑龙江省富裕县人民医院
** 富裕县计划生育指导站