维普资讯 http://www.cqvip.com

完整性能受损的可能。相关因素：与长期卧床有关。措施：协助鼓励病人翻身、减轻局部压迫，术后第三天病人离床活动，病因消失，目标实现、皮肤完整。

通过评价可以确认护士的判断能力、理论水平，工作主动性以及整体护理的开展，应吸取的经验教训和经验。

护理程序在临床的应用，可以使护士对病人整体情况进行了解，及时发现病人存在或潜在的健康问题，充分发挥各层次护士积极性、责任感及权益、做到以病人为中心的护理行为，但整体护理强调以人为本，生理—心理—社会的整体性，因而实施这一工作模式的护理人员也必须具备相应的生理—心理—社会的整体知识结构、而目前我国护理教育一是层次偏低，二是教育内容方面人文、社会、科学知识严重不足，使我们的护理队伍的知识结构远远满足不了当前的工作需求、这些都待于在今后的教育界、全社会都来关注、我们的护理事业才能实现与国际接轨。

（收稿日期：2001-11-26）

老年病人全麻术后呼吸道感染的护理

程 丽* 赫金玲*

国内资料报道，呼吸道感染占院内感染之首位，我院肿瘤科大多数为胃肠道及乳腺恶性肿瘤病人，高龄患者占总床数的75%，凡是胃肠道手术及乳腺癌根治术的病人均为全麻，全麻术后的护理工作十分重要 为了预防呼吸道感染的发生，本文采取了相应的对策收到了满意的效果。

一、临床资料

我科自 1996 年 1 月至 1997 年 1 月、收治老年胃肠癌及乳腺癌患者共 96 例，其中男性 64 例，女性 33 例，最大年龄 84 岁、最小年龄 60 岁，发生呼吸道感染 4 例，死亡 1 例。典型病例、王某、男，70 岁、患右半结肠癌，于 1996 年 1 月 4 日在全麻下行右半结肠切除十二指肠部分切除术。术后病人一直烦躁，护理下予配合，手术后第 3 天，病人体温升高，在 38.5～39.5℃之间，第 5 天，发生十二指肠瘘。听诊：双肺可闻及水泡音。X 线胸片：可见双肺片状阴影。患者因刀口疼痛不敢咳痰，我们用超声雾化吸入稀释痰液，并保护刀口，协助排痰及经口腔、鼻腔吸痰的方法，每次吸出淡黄色粘痰约 40ml，每 2h 吸一次、同时，进行口腔、鼻腔的清洁护理、在我们的精心护理下、病人肺部呼吸音清晰，瘘口治愈，痊愈出院。

二、讨论

全麻术后病人发生呼吸道感染的主要因素我们认为有以下几个方面。

1 自身感染：东北气候干燥，高龄病人患老年慢性气管炎的较多、外加吸烟引起的自身呼吸系统的感染，经全麻手术后病人的抵抗力下降。1991 年度我院随机抽样调查表明，老年人全麻术后发生肺内感染率，占全年手术的 12.4%（25/181 例）。

2.空气污染：空气污染主要是指病区的空气污染。由于我院住院床位满，流动人员增加，我们手术科室的住院处为双层走廊，没有空调、特别是冬季受大气压力影响，空气污染比较严重，室内空气流动不佳。1991 年我们对六个房间的二个大病室，术后室进行了空气采样分析，含菌量离门近的为 450cfu/m3、其它两上房间分别为 1654、3472cfu/m3、对此、我们进行了全面分析、主要原因是冬季保暖严密、通风设施不健全，细菌团集中，使病房空气污染较严重。

3.手术及其它：全麻病人术中，术后受凉，护理不当也是肺内感染的重要因素。手术病人可出现输液反应，因术中丢失体液过多，需要补充大量的液体、使体内的温差失去平衡。其次，术后离开手术室、途中经过电梯，走廊、再到病室、温度突然变低，也易也现温差反应。我们观察、病人回病房后均有不同程序的寒战表现、皮肤毛孔呈收缩状态，如不注意保暖及术后排痰的护理、极易诱发呼吸道感染。

4.全麻因素：全麻插管可使病人引起应激性喉头水肿、影响咳痰、其次为全麻术中用药、气道分泌物减少，而引起干燥、肺部张力降低，纤毛运动障碍影响排痰，且病人因刀口疼痛不敢咳痰。使病人不能有效地清理呼吸道，加大肺活量、其为肺内感染的主要因素。

三、对策

1.注意保暖：全麻病人术后、回病房途中如天气寒冷可加盖被服、同时病室应做好准备工作，提前通风换气、在病人回病房前 30min、关闭门窗，保持室温在 18℃～22℃、并盖好棉被、置病人于舒适体位。并注意观察病人有无寒战、如出现可对症给予异丙嗪 25mg 进行肌肉注射，同时采取保暖措施缓解寒战，防止高热突然发生。禁止用热水袋、避免因不慎而引起烫伤。

2.病室准备：抽样调查结果表明、距离病房门口最近一个病室菌落数没有超过 500cfu/m3，于是、我们采用了空气流通办法，每隔 2h 进行空气交流开放 30min、使细菌团不集中，保持了空气的新鲜。每天湿式拖地三次，室内保持正常的湿度；在冬季保暖季节，或感冒流行季节，每晨间扫床后用 0.1%过氧乙酸喷雾消毒。以确保空气监测合格率均为 100%。

* 作者单位：110001 沈阳市中国医科大学第一临床学院肿瘤科

维普资讯 http://www.cqvip.com

3.护理治疗：加强术后的护理质量，全麻手术后的病人呼吸道分泌物多，护理人员要协助病人将痰咳出，保持呼吸道通畅。手术后病人回到病房全麻清醒、血压、脉搏平稳后取半卧位、使膈肌下降，腹肌放松，并轻叩其背部、由下而上，由内向外，每隔3～4h重复，保护刀口，协助病人排痰，振动肺部，防止肺不张。全麻术后病人，我们均配合应用超声雾化吸入疗法，在无菌液体内加入糜蛋白酶及庆大霉素，使气道保持湿润，稀释了痰液，病人在雾化的刺激下充分咳痰，防止了呼吸道感染的发生。

4.药物治疗：术后遵医嘱附准确使用抗生素，每日按时使用，注意配伍禁忌，保持抗生素的有效浓度，预防呼吸道感染及其它部位感染的发生。

小结：全麻术后病人发生呼吸道感染，与护理不当有一定的关系，病人术后离开手术室即应加强护理。提高护理质量，在预防全麻术后老年病人发生呼吸道感染方面，有着十分重要的意义。

（收稿日期：2001-11-12）

急性白血病联合化疗期的护理体会

孙 静* 高艳波* 樊英丽*

近年来急性白血病患者日益增多，尤其是以东北为甚。随着联合化疗（化疗）药物种类的增加，剂量的增大，药物的副作用也随时之增加，使部分病人难以坚持，为了保证化疗的顺利进行，提高急性白血病的完全缓解率，我科自1996年以来，采取了合理的有针对性的全面整体的系统化护理手段，减少了急性白血病的复发率，现将采取的系统护理方法介绍如下。

一、临床资料

本组病例74例，男38例，女36例，年龄最大63岁，最小15岁，其中急性淋巴细胞白血病20例，急性非淋巴细胞白血病54例。

二、化疗前的准备

（一）心理护理

1.增强患者治疗信心：化疗患者多为长期经受疾病折磨，常对所患疾病的难治程度有所了解，对疾病的态度以及以往积累的印象，常会影响他们对诱导化学治疗的态度、信心和配合，因此化疗前向病人做好解释工作，消除疑虑和恐惧心理，以利于化疗的进行和效果。

（二）药物及化疗前护理方面的准备

1.化疗前检查患者的身体状况，有无感染灶，及时处置。

2.化疗前进行骨髓穿刺、查血象，以观察化疗期的变化及效果，及时掌握病情变化。

3.根据所进行的化疗方案，进行药物准备：DA方案：柔红霉素＋阿糖胞苷；VDP方案：长春新大＋柔红霉素＋强地松。

（三）化疗期间的护理

1.护理操作：动作轻柔，穿刺前严格皮肤消毒，穿刺后用副肾棉球压迫止血。由于柔红霉素刺激血管，用药前用0.85%生理盐水300ml冲注，用药后再一次冲注，保持绝对无菌，以防止静脉炎的发生。

2.密切观察病情变化，发现问题及时处理：化疗期间患者绝对卧床休息，病房进行相对隔离，密切观察血压、脉搏变化，注意有无出血以及褥疮的发生。

3.化疗期间，由于患者骨髓功能低下，粒细胞下降，整个机体抵抗力低下，尤易发生威胁生命的感染，因此护理工作着重注意防止感染发热等并发症的发生。

4.严格消毒隔离：由于患者已接受了大剂量的化疗，白细胞急骤下降，抵抗力极度低下，机体处于免疫状态，极易发生感染现象，预防感染和严格的消毒隔离，始终为化疗护理中至关重要的问题，护士必须每日严格依照消毒隔离，常规完成病房及患者本身的护理。病房每日紫外线消毒两次，病床每日用消毒剂消毒一次，每3天更换被褥一次。

5.对化疗全身反应的护理：患者接受大剂量的联合用药，有严重的全身反应，皮肤、粘膜、胃肠道等各种变化，随时注意有无溃疡的发生，给予高热量、高维生素、高蛋白易消化的无渣饮食。由于药物的反应，造成患者极大的不安和痛苦，体质十分脆弱，此时患者的心身控制和自理能力显著下降，工作重点应放在具体、细致的对症护理上，护理人员应特别耐心体贴，使患者从护士及时细致周到的护理行为中体会到真诚，温暖，从而得到鼓励和支持，共渡困难时期。

四、休疗期的护理

1.修疗期间，患者的血象逐渐回升抵抗力相应增强，因此，可以协助患者适当的离床活动，以坚定患者的治疗信心和勇气。

2.随时督促患者注意卫生和自身护理。主管护士在患者恢复期时要完成对患者维持治疗成效的身心自理指导，做到护理工作的善始善终。

五、由于我们重视了化疗前的准备，化疗期的配合和休疗

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院血液科