维普资讯 http://www.cqvip.com

物应尽量避免，因为这些食物可能会刺激鼻腔。

3．在语言训练阶段应注意发音和共鸣训练。腭裂在语言方面，由于鼻腔不能密封，通常有困难。所以向家长说明语言训练有一定的困难，但要有足够的信心，必要时可请教语言学家。

4．当恒牙开始萌出的时候，应请牙医检查是否有少牙、多牙和错牙。并且在必要时请牙齿矫正医师进行矫正。

5．在成长的过程中应定时应咨询精神健康专家，监控并及时纠正他们不正常的自尊、行为和可能学习缺陷。腭裂不会影响智力，但是大约 10%～20% 的儿童被诊断为语言、记忆和观察力的学习缺陷。护士必须让父母明白学习缺陷并不意味着低能。

总之，护士在治疗新生唇腭裂婴儿的过程中，应对他们从生理和心理上进行全面护理，应尽量对待他们象正常的儿童一样，并鼓励家长也这样做。没有任何理由让我们认为腭裂新生儿不能成长为正常健康的成人。

（收稿：2001-08-10）

浅谈临床护理差错的防范

隋一玲* 李皎伦* 吴淑莉*

护理人员由于职业的特殊性，其所承受的压力已成为一种职业性危险。国外有此报道认为：职业责任大、工作繁重、压力大、地位低、护患关系紧张等常见的心理因素，易导致临床工作差错事故的发生。影响护理工作质量的因素是多方面的，从客观上讲是由于他人打扰、工作紧张，主观上可认为是个人执行制度不严、注意力不集中。这迫切需要临床护士对工作差错的发生原因有明确地认识，树立职业性警觉，提高防范意识和能力。现就临床差错事故的发生原因和相应防范对策介绍如下。

一、临床资料

护士护龄 7 年，静推化疗药物表阿霉素 50MC，操作中药液外渗导致临床不良后果。事后经查该护士由于孩子幼小在家无人照顾而忧心忡忡致工作失误。

男患 58 岁，因左肺癌行左全肺切除术，术后由于输液速度过快，超过 30 滴 /min，病人出现脉快、气促等肺水肿早期症状；胸腔调压管护理不当，导致病人胸闷、憋气、气管轻度健侧移位。幸护士长及时发现及立即进行一系列补救措施，给予减慢输液速度，加大氧流量，有效调节胸腔压力，纠正气管移位等措施，使病人生命体征恢复正常，避免了一起严重的护理差错事故。

1．差错事故发生的原因：(1)护理人员缺乏对心理挫折的防御能力，护理人员为减轻病人痛苦、挽救病人生命日夜工作；临床护理人员缺编，由于多变的应激环境使护理人员产生心理应激问题；有效支持系统的不足使护士在多种角色付出的同时发生内心冲突导致心理失衡。(2)护理人员的专科护理知识欠缺，不能把握工作重点。(3)医护之间缺乏有效沟通与配合，如果医生不把治疗意图及可能出现的问题告诉护士，护士就不可能做好解释、宣教工作和防范准备工作，就难以达到治疗目的，而增加护理工作的失误。(4)护士情绪的波动最易导致工作失误，当护士产生负性情绪时，会使个体主动性受压抑，其破坏、瓦解作用令注意力分散、反应失当。(5)护士工作注意力不集中将导致护理操作等方面的失误。(6)护士职业责任感欠缺，会直接影响护士形象，产生一系列的护理问题。

2．讨论差错事故相应防范措施：(1)护理人员的心理健康水平直接影响护理质量，护士应拥有较强心理挫折防御能力。心理上的工作负荷可导致工作失误。对此管理者应重视护士心理问题的疏导，给予心理支持；创造深造条件，使护理人员掌握心理保健知识，护理人员应学会人际沟通技巧，创造良好的人际关系。(2)提高护理者评价和解决问题的能力，可降低护理工作差错率。在收集护理信息基础上评价工作效果，随时注意从新评估和制定护理计划的可能性及必要性。在监督护理工作质量过程中，应客观评价、检查整体护理水平的进程，提出合理化建议，鼓励相关专业学习。(3)正确调控护士情绪，有助于个体充分发挥主观能动性，产生较高工作效能。作为护士长应引导护士在工作中对自己的正、负性情绪实施适当的控制调节，对处于严重负性事件中的护士应合理工作安排。

减轻护理人员工作压力和心理压力，科学测定护理工作量，合理配备护理人员，注重信息反馈，进行自我检控，医护交叉指控，使工作有章可循，责任明确；创造良好的工作环境，为开朗的视觉空间和心理空间做好准备。

(4)唤起护士的有意注意力，有意注意力受人的意识调节和支配，护士长应对病区和病人的特点，提出各种注意要点，以保持护士的职业警觉性，严格护理技术，避免凭印象出错。

(5)提高护士的责任感，护理人员要具备高尚的职业道德情操和职业责任心，护士长应引导护士工作自律，要多关注，督促，修正工作中的不良行为，使护理差错消失于萌芽。

* 作者单位：150001 黑龙江省哈尔滨医科大学第一临床医学院胸外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

(6)良好的医护沟通与配合是完善整体护理，减少护理差错的关键，整体护理所获信息不仅有助于改进和完善护理工作，还有助于医生明确诊断、调整治疗方案。对此每周两次整体护理查房至关重要，可以帮助护士进一步明确工作内容；护士长或负责护士应随医生查房，发现问题及时进行护理评估、计划和实施；工作早会上，负责护士也应报告重症病员或手术病员的病情，提出护理计划与实施方法。我科室的护理工作即是如此进行，并且取得了良好的成绩，护士明确工作重点和程序，基本杜绝了差错事故的发生。这样既可以体现护士的工作成绩，也可以增强自学能力，提高护士地位。

二、小结

随着整体护理的发展，护理人员对护理差错的防范意识日益加强。解决护理人员的心理问题是现今护理工作日趋紧迫的关键性问题，调动护士积极性，提高其责任心和有意注意力，保持有序的工作环境，一定可以减少临床差错的发生。

(收稿：2001-07-16)

带血管蒂胎胸腺移植治疗重症肌无力的临床护理

李皎伦* 吴淑丽* 张春荣*

重症肌无力是累及神经肌肉接头处突触后膜上乙酰胆碱受体的自身免疫性疾病，临床特征为部分或全身横纹肌异常地容易疲劳。胸腺瘤合并重症肌无力(MG)治疗较为棘手，是否手术治疗仍有争论，除肿瘤本身具有浸润性外，MG自身免疫变化加重了治疗的复杂性。我科于1998年11月至2000年4月应用胸腺切除并带血管蒂胎胸腺移植治疗MG 5例，取得良好效果。现将临床护理介绍如下。

一、临床资料

5例患者中年龄5～42岁，男性2例，女性3例，平均24.3岁。术前均行胸部CT肌电图检查，新斯的明试验，淋巴细胞亚群的测定，其中3例伴发胸腺瘤，2例胸腺增生，经改良的Osserman标准分型，分为Ⅰ型2例，Ⅱα型2例，Ⅱb型1例。

二、移植效果

患者移植后，术区无红肿及渗出。其中4例肌无力症状明显减轻，症状无反复。1例于术后4d出现因排斥反应诱发肌无力危象，经处置，症状缓解，移植手术前患者外周CD_3^+、CD_4^+细胞水平低于正常人，T辅助细胞与T抑制细胞比值(Th/Ts)高于正常人，胸腺移植后随访2～19个月，移植区均愈合良好，无组织液化坏死，经Doppler超声检查，移植胎胸腺血运良好，CD_3^+、CD_4^+细胞水平升高，CD_4^+/CD_8^+比值下降，即Th/Ts比值减少。

三、临床护理

1．术前护理

(1)心理护理：焦虑是对于预期手术危险性和痛苦和心理威胁的一种情绪反应。通过心理分析，术前病人由于心理压力大，大多有此症状，用通俗易懂的语言开导病人，说明此种先进手术方法使病人消除顾虑配合手术治疗，与此同时做好家属思想工作。(2)一般护理：除常规术前准备外，移植区皮肤准备，选择股三角区为受区，备皮范围剑突至移植侧下肢膝关节。

2．术后护理

(1)严格消毒隔离：对患者实施保护性隔离，入住单人房间，限制入室人数。严格物品空气消毒，用高效净C喷雾消毒每日3次，用过氧乙酸擦拭地面。(2)移植区皮肤观察：移植区放一枚胶管引流24～48h，观察移植区皮肤是否有红肿，渗出情况，引流液的量。保持移植血管通畅，应用抗凝药物，罂粟碱0.3mg每12h肌肉注射一次。定时采血测凝血酶原时间。(3)排斥反应观察：排斥反应在术后3～5d出现，症状为呼吸困难，呼吸肌无力，吞咽困难，视物不清。应保持呼吸道通畅，及时吸痰，给予药物，监测血氧饱合度，必要时进行气管切开或气管插管接呼吸机辅助呼吸。胸腺细胞是对免疫耐受最为敏感的细胞，这是胎胸腺不易被排斥的原因。本组只有一例出现排斥反应。(4)应用免疫抑制剂观察：应用CyA，强地松片，在用药过程中，注意预防感染，合理应用抗生素。使用免疫抑制剂易形成痤疮，口腔溃疡。本组患者采用口泰漱口每日3次，严格执行无菌操作规程，保持床单平整干燥。(5)严格掌握禁用或慎用药物：胸腺瘤伴重症肌无力，术后忌用阻滞神经肌肉传导药物，如氨基甙类抗生素(链、庆大霉素)。雾化吸入禁用庆大霉素。另外，奎宁、氯丙嗪、心得安、杜冷丁、鲁米那、安定等药物要慎用。护士应严格执行操作规程。

采用胎胸腺移植，具有血液循环，作用持久，且不改变细胞生长的微环境，可避免移植胎胸腺细胞的退化和细胞凋亡。因此带血管蒂胎胸腺移植是一种有前途的治疗重症肌无力的新方法，同时给护理提出新的课题，在今后的护理临床工作中，不断总结，使之趋于完善。

(收稿：2001-06-8)

* 作者单位：150001 黑龙江省哈尔滨医科大学附属第一医院胸外科