维普资讯 http://www.cqvip.com

活自理能力，整日躺在病床上，离开亲人及朋友，本身就有一种孤独感，遗弃感。因此喜欢家人、朋友多来探望，多关心自己。

2.情绪改变：担心瘫痪肢体不能恢复，失去生活能力、怕增加子女负担，以及疾病痛苦的折磨，往往表现焦虑、紧张、恐惧和抑郁，顾虑重重，认为病情严重无法治疗，惶惶不可终日，有的自我沉思，食欲不振、失眠、有的大发脾气，大喊大叫，自暴自弃。

3.意志薄弱：严重偏瘫病人，经过治疗效果不佳，需长期卧床休息，需别人关照护理、自己对疾病治疗丧失信心，意志薄弱，生活无兴趣、甚至自杀。

三、护理对策

1.加强与患者的沟通，了解关心病人的疾苦：病人入院之后，护理人员就应与病人有一个良好的接触，可通过平平凡凡地打一声招呼，一声关切的问候、一阵愉快的寒喧，甚至一次开怀的畅谈，首先了解病人的心理状态、了解病人的疾苦、兴趣、爱好，从而找出病人的心理障碍的原因、按病人的心理需要有针对性地做心理疏导，心理治疗，使脑梗塞病人心理得到平衡。

2.热情周到，体贴关照：护士与病人接触最多，护士的一举一动，一言一行都给病人强烈的影响，故护理工作中要注意自己的语调、表情、态度、不仅仅在医疗护理方面全心全意，在生活起居中也要加以关心他们，要力所能及地帮助他们在医院里过得更愉快。

3.在护理中要技术过硬：不给病人造成不必要的痛苦，在一些重要检查或治疗环节方面要有耐心，要不厌其烦的帮助病人，要学会幽默，把病人的消极情绪转为积极情绪。

4.帮助病人提高自我护理能力，增加自尊心、自强、自立，主动帮助瘫痪病人进行康复治疗，不但要帮，还要教。教会自主生活能力，为出院作好准备。

（收稿：2000-01-10）

采用腹膜透析术抢救流行性出血热的观察与护理

陈 卓* 张政红* 王兆云*

我院内科1998年收治流行性出血热17例，首次采用腹膜透析术抢救危重病人2例，成功1例，现将抢救成功1例的护理经验总结报告如下。

一、临床资料

患者，女，63岁，于1998年1月23入院，主诉：发热、头痛、腰痛、恶心、周身不适、在家抽搐一次入院、心率90次/分、血压4/0kPa。医嘱给予扩容、升压药静滴，血压9/6.6kPa，病情仍然危重，24、25日病人血压不稳(4.5～11.7)/(0～5.0)kPa，在升压药同用的情况下，血压仍不稳定，24日25日输入4000ml液体、尿量不到50ml。查血尿常远见：血 WBC4.56×10⁹/L，中性46%，淋巴31%、血小板4.8×10⁹/L。根据发病史、异淋31%，尿蛋白卅，有休克，少尿至无尿(休克期合并少尿期)，诊断为流行性出血热。

根据病情，诊断为重型出血热。病人已36小时无尿，肾脏损害严重，尿素氮升高，并伴有水肿，心电图广泛低电压、S-T段下降。26日病人血压维持在14/8kPa，根据病人血压较稳定、一般状态尚可，是腹透适应症，做透析准备。

1.做好透析前的清洁准备工作：室内有2%来苏尔液消毒用具及物品进行擦洗消毒，室内空气用紫外线照射消毒，保持室内安静整洁、室内温度在18℃～20℃，湿度40%～60%。为病人做好基础护理，洗头、擦身等卫生处置，并密切观察病人的生命体征。

2.透析管选用金头硅胶管，置于腹腔的一端有60个大小均匀的孔、透析液由我院制剂室制成的，每瓶500ml。做腹部右下腹斜行切口、将透析管置端入腹腔内、女性的子宫直肠窝处、将透析管末端经隧道引出腹腔，置于腹壁上。

3.在应用透析液前必须加温，我们用电炉坐上脸盆内水加温，一般以38℃为宜。透析液温度不宜过高过低，过高易损伤腹膜和浆膜，过低使腹膜血管收缩，引起腹胀、影响透析效果。

4.腹透析液的配备：我们使用的是我院制剂制定的平衡盐每瓶500ml、另1000ml液体我们自增，15% KC11ml，庆大2万u、利用卡因2ml，高渗50%(根据出超和人超而定)。①根据血钾水平是否加钾。②预防纤维蛋白阻塞透析管和大网膜粘连、每天输完液体后加人肝素4mg透析液内。③预防腹腔感染、每1000ml透析液加人庆大2万u。

5.饮食护理：由于腹膜透析后，机体内大量蛋白质丢失，所以要做好患者的饮食护理、要加强蛋白质的补充。一般以含必须氨基酸的蛋白质食品为主，如鸡蛋、牛奶，应多食含维生素食品，菜类如萝卜等。

6.护理中注意的问题：①要严格无菌技术操作、每次交换透析液均按无菌消毒规程连接和卸除输液管。②要认真检查再透析液是否清晰，是否有杂质沉淀物质，并加温至38℃左右再应用。③每次加人药物要精确，要观察输人药物后病人机体的反应，积极的预防感染。④观察伤口情况、有无渗血流液等现象。⑤密切观察生命体征的变化，做好基础护理、预防合并症的发生。⑥观察出超人超，并准确记录透析液出人量、性质颜色、澄清度、有无颗粒和纤维蛋白等。⑦注意透析液的灌注速度不宜过快，以减少病人的不适感。⑧病人应绝对卧床休息、并做好预防褥疮的护理。

二、讨论

* 作者单位：156200 黑龙江省绥滨县福兴医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

急性心肌梗塞 护理

溶栓治疗

1.透析液24小时在腹腔内进行透析，故能保持机体内环境的平衡。

2.清除机体内的毒性物质，改善肾血液循环，促进肾功能恢复，是抢救重型出血热肾功能衰竭无尿期的最好办法，而在透析中真实记录各种液体出入量透析液的出超入超量，是保证临床医生正确的拟定治疗方案的根据.所以，我们设专人护理，并在护理中加强病人的心理护理，使病人增强战胜疾病的信心，积极的配合治疗，在各项护理操作中认真仔细，检查各项记录，亲自检测各种液体的入量，准确无误，所以治疗取得了成功。

（收稿：2000-03-02）

62

784

急性心肌梗塞的护理体会

R542.22 R473.5

段雅新*

急性心肌梗塞（AMI）是心血管疾病中最常见的重症之一。发病急，死亡率高。在对34例AMI病人的护理监护，特别是在溶栓治疗AMI护理中，积累了一些有效的护理经验，最大限度减少了病死率。

一、对急性心肌梗塞病例（AMI）的观察

对AMI病人的观察要细，在严密观察神志、面色、出汗、皮肤湿度、体温、脉搏、呼吸、血压、胸痛情况时，特别观察有无心律失常，突然停搏及其它功能衰竭及休克现象。通过对34例AMI患者的观察，我体会到有些患者由于各种因素的影响，病情不能及时表现，症状不典型，尤其是高龄老人，对疾病往往不敏感，甚至无心前疼痛主诉，使忽略了AMI已经发病。如典型例：患者，男，60例，1998年4月因上道感染住院。入院体温39℃，脉膊96/次min，呼吸26次/min，血压20/11kPa。主诉既往有高血压病史，入院检查心电图正常。经抗炎治疗后病情恢复正常，准备出院。当一下午巡视察病房时，发现其面色异常，出大汗，烦躁不安，详问患者无胸闷、胸痛症状。做心电图，无心肌缺血及坏死表现，疑为AMI，并密切予以监视。两小时后，患者开始出现心前区不适症状，继而主诉头晕，心前区疼痛，经再次做心电图，显示为急性心肌梗塞。因观察细心，发现及时，并采取有效治疗措施，使患者转危为安。治疗4周后痊愈出院。因此，勤巡视，细观察，多询问是及时发现AMI病证的最有效方法。

二、AMI的护理

1.一般护理。AMI病人要经对卧床休息，镇静，减轻病人精神紧张，饮食要清淡易消化。心绞痛发作时应迅速有效地止痛，可含化硝酸甘油类药物，无效时给镇痛剂如吗啡、罂粟碱、杜冷丁等。同时予以吸氧、并注意大便通畅，详细记录出入量。

2.关于卧床休息。AMI病人1～2周内特别是最初48小时病情最为严重，变化最快，病死亡也最高。因此，病人应绝对卧床休息，各种治疗及护理应集中一次完成，尽量减少患者心脏负担。病情稳定后给患者做适当被动活动及肌肉按摩。发病后2～3周，病情趋向稳定，心肌坏死逐步机化，可使患者逐步坐起，允许床上活动。发病4周后，可开始床边活动。

3.AMI的心理护理。疾病的发展、发生均受心理因素的影响，AMI病人亦如此，心理护理显得格外重要。由于AMI病人剧痛及胸闷给病人带来恐惧、焦虑、悲观等心理状态，采取相应护理措施减轻病人心理负担，消除病人恐惧心理。医护人员要用端庄和热情的举止，使病人有安全感和信任感，用暗示的手段和强有力的事实说服病人，消除悲观失望情绪，树立起战胜地疾病的勇气和信心。

4.准确定时心电监护。准确定时的心电监护对AMI病人及时救治十分重要。要随时观察心电情况，做详细心电图记录，储存心电资料备用，如发现早搏、心律失常、传导阻滞，应及时报告医生，不失时机"快、稳、重"抢救病人，做到早诊断、处理、治疗，特别是监护室护士应掌握AMI的ECG的梗塞部位定位诊断。

三、溶栓治疗AMI的护理

近几年来，我院开展溶栓治疗AMI，效果比较理想。本文临床护理的34例AMI患者有25例采用溶栓治疗。主要采用尿激酶配合用肝素静脉内溶栓。治疗期间除做到以上护理，还要注意做到以下几点。

1.观察患者有无口腔、胃肠道出血倾向。

2.注意血压波动情况，如血压升到20/11kpa，应报告医生，以防脑出血。

3.应配合医生向家属追问患者过去有无出血性疾病，溃疡病、中风等病史，近期有无手术史，如有应及时报告医生慎用溶栓治疗。

4.配合医生观察患者何时胸闷胸痛缓解，ECG、ST段恢复的时间，及出现再灌注心率失常情况。

5.及时抽取血标本以观察患者用药后出凝血时间，PTT等的改变。

6.向家属说明以上各项要求，争取配合治疗。

曾有年轻医生忽略患者高龄，溃疡病史，而用溶栓治疗后发生胃出血并发症，经发现抢救，终止溶栓治疗而存活。

（收稿：2000-05-12）

* 作者单位：110001 辽宁省沈阳市中国医科大学附属第一临床学院