维普资讯 http://www.cqvip.com

用药,避免出现差错事故的重要依据,在医学上是具有法律意义的。世界各国对药品说明书的内容要求,如澳大利亚制造的依那普利胶囊说明书就包括品名和结构式、性状、药理作用、吸收、分布、消除、适应症、用法和用量、禁忌、不良反应、注意事项、规格、包装、贮藏、使用期限等17项内容,对用药很有参考价值。而我国生产的药品说明书大部分只有5项内容,过于简单。为了药品包装与国际接轨,也为了能更清楚地了解药品的用途,药品说明书应内容详尽,真正达到指导合理用药的目的。

三、药品包装应考虑特殊群体的需求

特殊群体是指小孩、老人,然而这一庞大的药物消费群体,长期以来临床用药有一共同现象是,分割成人药物作为治疗用药。这种用药的方法,一方面增加污染的机会;另一方面也无法保存剩余药品而只有抛弃的弊端,造成药品资源的浪费,也增加了病人的经济负担,在我国目前医药资源仍十分有限的情况下,是非常可惜的。所以临床用药不能单纯地以年龄、体重作参照来分割成人药物剂量,若护士在操作过程中稍有不慎,就造成剂量难以精确或者药物浪费。此外,药物的分割使用,容易丧失药物的某些特定作用如保护、遮味、控释、隔离等,既降低了药物治疗作用,又加重了药物的不良反应。当前,临床上能满足特殊群体的药品包装非常有限。这一严重的滞后现象,极不利于临床儿童用药的需求,也与我国占人口10%的老年社会对用药需求格格不入。因此开发研制适合儿童和老年人用药的新品种、新剂型、新规格已成为当务之急。

随着非处方药店的普及、病人到药店买药的机会越来越多,药品包装的科学化、规范化管理是药物合理使用的重要保证。作为药品生产厂家应将药盒、标签设计科学、药名恰当、说明书完善、考虑特殊群体的需求等问题纳入药品生产质量的管理日程,以确保药品在医疗护理中真正做到安全、有效、方便。

(收稿:2001-03-06)

碾轧伤的急诊抢救与护理

温玉荣* 刘春艳*

我院急诊科于1995年~2000年救治碾轧伤146例,现将救治与护理体会报告如下。

一、临床资料

1.一般资料:本组病例中,男108例,女36例,年龄最大66岁,最小12岁,其中18~44岁青壮年发生率偏高。

2.入院时间:病员伤后最短入院时间是20min,最长时间是28h。

3.伤情资料:四肢及骨盆部位76例,头颅部位52例,胸腹联合伤18例。

4.到达急诊室状态:①临床死亡:在送来途中有生命体征,到达急诊室时心跳、呼吸已停止者12例,全部死亡。②濒死:呼吸困难、脉搏细弱、触不清23例,死亡13例。③昏迷或窒息者22例,死亡5例。④创伤性休克:重度12例,轻度16例。⑤意识清醒:51例。

二、结果

所调查146例中,死亡36例,痊愈24例,致残36例。致残者包括截肢(趾)、截瘫、意识障碍或肢体功能障碍。主要死亡原因为重型颅脑外伤、重要脏器伤导致循环衰竭。多数因伤情重、出血多,现场未采取急救处理,造成急救无效而死亡。

三、讨论

1.医护配合进行快速准确地诊断:急诊科医护人员的专业技能和素质是保证抢救工作质量的重要环节。急诊护士要迅速协助和配合医生对伤员实施检诊处理,解开或剪开衣裤,暴露创伤部位,备好相应的检查、急求器材物品,急诊医师要在最短时间内全面、系统地诊断伤情,需手术抢救的应果断决定,做好术前准备,为抢救赢得时间。

2.观察病情积极救治与护理:急诊医护人员采取迅速果断、准确有效的救治措施。①建立有效静脉通道,快速扩容。立即建立2~3条静脉通道,可用9~12号套管针静脉穿刺,管径粗、滴速快、易固定,搬动时不滚针。快速建立静脉通道,可以防止伤员休克失代偿后血压下降。根据医嘱进行快速补充平衡液、代血浆、全血及急救药物等。与此同时密切观察心率、脉率,血压的变化,可15~30min测血压一次,血压下降时查看有无活动性出血,配合医生控制出血、纠正休克。②注意意识状态的改变,保持呼吸道畅通。有的患者随着休克的加重,进入失代偿期,脑组织供血不足,表现为表情淡漠,意识模糊,躁动甚至昏迷,要加快输液、输血速度,积极搞休克,注意瞳孔的变化,针对多脏器损伤,呼吸困难者要确保呼吸道通畅,及时清除口鼻腔内分泌物,给予大流量吸氧,必要时协助医生气管插管或气管切开,注意观察呼吸的频率、深浅度、口唇甲床有无紫绀。③配血。急诊护士在静脉穿刺成功后,立即行血标本采集,以便及时做交叉配血及生化等化验检查。④置管。抢救中按需留置导尿,观察尿色,性质和量,保证管道固定牢靠、通畅。⑤伤处加压包扎,粗止血带结扎止血,对骨折的患者需做简单

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯市铁路医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

的固定，对危重病人，要针对关键致命的问题，采取边抢救边诊断的原则，严禁做病情不允许的检查，若需要CT、X线检查定位者，在搬运过程中要动作适度，避免搬运不当致伤情加重而失去抢救机会。⑥心理护理：在146例患者中，意识清醒者51例占35%，他们不能接受这一突然出现的打击，燥动不安，不能配合抢救治疗。针对这一情况，我们边抢救边劝导，稳定情绪，鼓励其树立战胜疾病的信心。

总之，在抢救碾轧伤过程中，要有危急意识，采取综合救治原则，做到迅速、准确判断伤情，对病情复杂而严重的要求分析全面、观察病情细致、护理仔细，做到急救技术过硬，碾轧伤病人伤重，失血多，病情重，保持呼吸道通畅及积极抗休克是最基础，最重要的措施。

（收稿：2000-12-25）

骨性甲状旁腺腺瘤手术护理体会

张春荣* 李皎伦* 吴淑丽*

临床上将甲状旁腺腺瘤分为三种类型：肾性甲状旁腺腺瘤，骨性甲状旁腺腺瘤，肾前性甲状旁腺腺瘤。其中以骨性甲状旁腺腺瘤最为少见，约占10%，且症状不明显，早期诊断很困难。直到病人出现病理性骨折，经对症治疗无明显改善，多方面查找原因，才能够得以明确诊断，直接影响了患者的生活质址。我科于2000年2月21日收治一例骨性甲状旁腺腺瘤的患者，并成功地为其施行手术。经过精心的护理，患者术后情况良好，痊愈出院。现介绍如下。

一、临床资料

患者女，57岁，于半年前患骨质疏松症，二个月前出现右上肢病理性骨折、半月前出现消化道出血，经人院治疗后好转。住院期间发生右侧肋骨及肱骨病理性骨折。体检：患者体质消瘦，贫血外貌，右侧甲状腺可触及一结节，呈韧性，压痛（一），活动度稍差，与吞咽有关。右肋凹陷，脊柱弯曲，全腹无压痛，双足浮肿。实验室检查：碱性磷酸酶（ALP）951u/L（正常值为42～121u/L），血钙3.2mmol/L（正常值为2.2～2.6mmol/L），血磷0.54nmol/L（正常值为0.73～1.2mmlo/L），甲状旁腺激素（PTH）618.01pg/ml（正常值为13～54pg/ml），尿钙正常，尿磷7.6mmol/24h。甲状腺ECT：甲状腺右叶下呈"冷结节"。甲状腺B超：甲状腺右叶实质性占位。骨密度测定：骨质疏松。

术前给予心理支持，输血，纠正贫血，加强营养。术后加强基础护理，密切观察生命体征的变化，切口愈合良好，无声音嘶哑，尿量、尿色均正常。实验室检查均在正常范围。

二、护理

1.心理支持：术前做好心理护理，保证病人情绪稳定，给予其有效的心理支持。由于病人患病时间较长，对所患疾病久治不愈、及对疾病治疗知识的缺乏，而产生烦躁不安、恐惧等心理状态。我们针对这种心理，制定了相应的护理措施。密切与之交谈，使之说出所存在的顾虑，解答患者所提出的疑问，讲解所患疾病的经过和治疗过程，并向患者交待手术后的注意事项，使患者消除对疾病的恐惧，增强战胜疾病的信心，解除烦躁不安的情绪，减轻疲劳，恢复自信。

2.加强营养，纠正水、电解质平衡：由于患者生理与心理多方面的因素，如血钙增高，神经肌肉的应激性降低，胃肠蠕动减弱，精神紧张等，患者出现疲乏，食欲不振，恶心等症状。我们针对这一问题，术前给予补液、输血等支持疗法，同时为患者创造一个舒适、宁静的环境，鼓励病人进食。术后给予高热量、高蛋白、高维生素饮食，短期还可增加富含钙、磷的食物，如虾皮、牛奶等。准确记录出入液量，密切观察血压及电解质变化。患者术后第一、二天内尿量较少，经补液后尿量恢复正常。

3.加强基础护理，维持钙的平衡：由于术前患者血钙含量较高，骨质疏松、变薄、变形，易发生骨折，不易过多活动。因此操作过程中要轻拿轻放，动作轻柔，耐心细致，取得患者的合作，以防止身体其它部位的骨折发生。术后患者血钙含量降低，患者易出现手足搐搦，因此对钙的补充十分重要。术后遵医嘱给予5%Glucose500ml + Caliiglucosi 20ml静滴。在补液过程中加强巡视病房，严密监测血生化的变化。患者术前曾出现消化道出血，为防止胃酸分泌过多，再次诱发合并症，故不宜口服补钙制剂。

4.术后密切监测PTH，ALP，Ca^{2+}，P^{3-}等实验室指标，为临床治疗提供可靠依据。

5.颈部切口的护理与并发症的观察：术后严密观察颈部切口的情况，保持引流的通畅。有无切口出血、渗出、局部肿胀，窒息及喉返神经、甲状腺损伤、甲状腺功能减退等情况发生。此例患者未出现上述症状，切口愈合良好。

（收稿：2001-02-21）

* 作者单位：150001 黑龙江省哈尔滨医科大学附属第一临床医学院胸外科