

胜疾病的信心,使患者以良好的心态,愉快的心情配合治疗护理。

2.2 用物准备: 1.5%双氧水及生理盐水各 250ml,分装于两个无菌容器中,一次性吸痰管 2 根,一次性注射器 1 副(50ml),负压吸引装置一套,无菌纱布一块,随身听及轻音乐磁带(患者可自备)。

2.3 体位选择: 患者可根据自身需要及病情需要选择自然舒适体位。

2.4 操作时的舒适护理干预: (1) 口腔护理一般安排在病人晨起、睡前或餐后半小时进行,协助患者排空大小便,做好准备,打开随身听。(2) 用注射器抽取 1.5%双氧水后连接一次性吸痰管,沿口腔颊部缓慢注入口内,每次量约 30ml,嘱患者紧闭口唇,勿吞咽,做鼓腮动作,半分钟左右用吸引器自另一侧颊部吸出口内液体。如此反复数次直至口内清洁,再用生理盐水以同样方法冲洗口内残留的双氧水,至患者自我感觉良好为宜。(3) 冲洗完毕,用无菌纱布擦净口周液体,根据病人要求关闭随身听,并协助整理床单位,取舒适位让患者休息。

3 结果

通过自制调查问卷,患者感觉舒适的 34 例(94.4%),对护理工作满意率 100%,无一例因口腔护理不当而产生并发症。

4 讨论

舒适是人类的基本需求,舒适护理是整体、个体化的、创造性的、有效的护理模式^[3]。舌癌术后的口腔护理中,我们考虑到精神因素对疾病的影响,运用人文关怀的理念,舒适护理模式,对传统的口腔护理法加以改进。

4.1 操作前加强了护患沟通及健康教育,注重对患

者实施护理干预。

4.2 加入音乐疗法能缓和神经过度紧张,稳定情绪,减轻压力,达到宣泄感情,放松的效果^[4]。让患者在舒适、愉快的氛围中完成治疗护理。

4.3 选用注射器冲洗法配合负压吸引器行口腔护理,代替传统的棉球擦拭法清洁口腔,可避免擦拭时对伤口的刺激,且术后患者张口困难,舌体肿胀、脆弱,擦拭时易引起局部出血,影响伤口愈合,而将漱口液沿颊部注入口内,反复冲洗,可避免上述不适,充分湿润口腔,软化血痂,从而彻底清洁口腔,增加病人舒适度,促进伤口愈合。

4.4 患者舒适自然的体位,护士轻柔的操作方法,使病人感受到人文关怀及心理安慰,有些患者由于采用了肌皮瓣,血管吻合手术,头部需要制动,而传统的口腔护理需张口,头偏向一侧,有违术后体位要求,注射器冲洗则可满足手术后的体位要求,使患者感到安全舒适。

总之,将舒适护理应用于舌癌患者的口腔护理中,此法操作简单、易行,患者感觉舒适,乐于接受,减少了术后并发症,减轻了病人痛苦,增加了患者满意度,在临床应用上值得推广。

5 参考文献

- 1 邱蔚六,主编.口腔颌面外科学.第 4 版.北京人民卫生出版社.2000.267
- 2 文以君.舒适护理在血液透析室整体护理中的应用.中国实用护理杂志,2004,20(1A):9
- 3 向国平,彭文涛,周凤玲.重症监护患儿舒适护理 64 例.实用护理杂志,2003,19(4):33
- 4 郭凤琳,张家驹.ICU 综合征及音乐疗法.国外医学(护理学分册),1997,16(3):104

(收稿日期 2006-05-29

修回日期 2007-01-17)

换瓣术后再次行心脏移植术 1 例护理

钟迎梅 陈美芳 江西省人民医院心胸外科,南昌,330006)

关键词 心脏移植;护理

中图分类号: R725.4

心脏移植是目前治疗终末期心脏患者的唯一有效的治疗方法^[1]。2003 年 4 月,我院首次为 1 例心脏换瓣术后扩张性心肌病患者再次行心脏移植手术,48d 后患者顺利康复出院。现就有关护理体会报告

如下:

1 临床资料

患者,男,43 岁。1998 年在我院施行二尖瓣置换术,1 年前症状复发并进行性加重。心脏彩超示:左

室舒张末径 79mm, 左室收缩末径 67mm, 射血分数 0.28; X 线胸片示: 两肺瘀血, 心脏扩大; NYHA 心功能 4 级。入院后诊断为扩张性心肌病。于 2003 年 4 月在全麻低温体外循环下行同种异体原位心脏移植术。术后患者生命体征平稳, 恢复良好, 无菌隔离 15d 后转入单人病房。术后共住院 48d, 未发生排斥反应, 出院时心功能 2 级。术后 3 个月时随访, 患者已正常生活并可从事轻微体力活动, 心功能良好, 血环孢素 A(CsA) 药物浓度满意。

2 术前准备

2.1 患者心理准备: 由于患者做过一次换瓣手术加上体质虚弱, 对心脏移植手术存在很大的顾虑和恐惧心理。目前, 心理素质良好已被列为心脏移植的选择标准之一^[2]。护理人员要耐心做好术前宣教, 介绍有关心脏移植的相关知识, 理解患者的心理矛盾, 做好耐心细致的解释工作, 取得患者和家属的理解、信任。此患者家境贫穷, 又是本院首例心脏移植手术, 医院减免了大部份医疗费用, 使患者消除了思想顾虑和树立治疗信心。

2.2 常规准备: (1) 配制专职的监护人员, 组织学习心脏移植相关知识, 并制定详细的护理计划, 明确各个岗位的任务与职责, 确保术后护理措施顺利实施。(2) 术前 1 周准备隔离的单独房间, 病室内一切物品表面用 2000mg/L 优氯净擦拭, 高锰酸钾和福尔马林熏蒸后用强力空气净化及紫外线空气消毒, 做细菌培养达标 $<150\text{ufu}/\text{m}^3$ 。术后隔离室还应准备各种抢救设施和常用药物包括免疫抑制剂。需使用的被服及物品均应高压灭菌或其他消毒灭菌处理。

3 术后监测与护理

3.1 血液动力学的监测: (1) 术后严密观察各种参数: 生命体征、经漂浮导管监测肺动脉压、中心静脉压、肺毛压、心排出量, 观察并记录患者末梢循环状态如温度、湿度, 定时检查各静脉通路和安全性。(2) 异体是去神经调节的心脏, 易发生心律失常, 严密监测心率的变化, 患者的心率维持在 80~100 次/min, 术后 5h 出现频发室早, 急查电解质结果血清钾为 3.5mmol/L, 通过补充钾达到 4.2mmol/L, 并用抗心律失常药物后转为窦性心律。

3.2 预防感染: 感染是心脏移植术后最常见的并发症^[4]。近期和远期都有可能发生, 与病室消毒隔离技术不严格, 手术的创伤及术后应用免疫抑制剂有关。感染是导致手术失败的一个重要因素, 因此预防感染是确保心脏移植成功的关键。我们采取的措施为:

(1) 术前控制易感因素: 禁止吸烟、控制自身感染、改善营养, 纠正血糖, 化验痰、血、尿、大便、咽拭子培养均无病原菌生长。(2) 术后采取保护性措施: 隔离时间为 1 个月左右, 严格控制无关人员及感染者入监护室, 凡入室医务人员必需洗手、穿无菌隔离衣、戴口罩帽子、换鞋后方可入内; 每 8 小时紫外线空气消毒 30min, 病室仪器用品每天用优氯净消毒擦洗两次; 患者被服类用物均应高压灭菌处理, 每天更换, 生活用具一用一消毒。病室内禁止摆放花卉及植物^[3]。(3) 为了最大限度降低患者自身感染来源, 我们对患者实施相应措施: 每班观察口腔 1 次, 有无白斑、溃疡, 并行口腔护理。术后 48h 内持续监测肛温, 此后每 4h 1 次。每 2h 听诊两肺呼吸音, 观察痰液性状、色泽、量, 留取标本做细菌培养, 根据培养结果调整抗生素的应用。(4) 严格无菌操作, 不必要的管道尽早拔除, 同时严密观察, 及早发现感染, 及时治疗。术后 30d 出现咳嗽、咳痰, 上呼吸道感染, 经积极抗感染治疗缓解。

3.3 排斥反应的监测: 排斥反应是心脏移植术后患者死亡的主要原因^[4]。可分为超急性、急性、慢性 3 种类型。而急性排斥反应多发生在术后 1~20 周, 是护理观察的重点。防治措施: (1) 护理人员应熟悉排斥反应的特点, 病人表现为精神差, 乏力, 食欲不振, 心率增快, 心律失常, 听诊可能由于心脏扩大而出现杂音, 心内膜心肌活检可以确诊。(2) 全面掌握各种免疫抑制剂的作用特点、剂量、用法、副作用, 严格按医嘱准确及时服药; 定时监测环孢素浓度, 据结果调整用药剂量。采用术前 1d 口服环孢素 A(CsA) 300mg (5mg/kg), 术中开放主动后给予甲基强的松龙 (MP) 500mg。术后采用 CsA+强的松 (Pred)+ 骁悉 (MMF) 三联方案, 维持 CsA 血药浓度 200~300 $\mu\text{g}/\text{L}$ 。本例患者未见不良反应。

3.4 其他方面的监测: (1) 拔气管插管后加强体疗, 协助排痰, 防止肺部感染及肺不张。行超声雾化吸入 4 次/d, 连续 2 周。该患者两肺呼吸音清晰, 氧饱和度保存在 99%~100%。(2) 行痰液, 尿液, 引流液, 血液培养 1 次/d, 大生化, 血常规, 尿常规 1 次/d, 注意电解质, 血糖及肝肾功能的變化。(3) 营养师根据病人的情况配置合理的膳食, 每天 3~5 餐, 应控制病人的体重上下不超过 0.5kg~1.0kg。

3 小结

为保证移植患者的护理质量, 应做到充分的术前准备(心理护理尤为重要), 循环、呼吸、泌尿系统

静脉输液固定装置的自制及临床应用

胡祝红 罗 艳 祝亚男(浙江中医药大学第一附属医院内分泌科, 杭州, 310006)

摘要 目的 介绍自制静脉输液固定装置及其临床应用的疗效果。方法 (1) 制作: 选用可拼式泡沫地板垫与雌雄贴, 按照患者手的形状和大小可剪成大、中、小三种型号。(2) 使用: 将患者手平放在泡沫垫上, 再将相对应的两个雌雄贴相粘即可。结果 使用静脉固定装置患者 42 例中 41 例一次穿刺成功; 对照组使用常规静脉输液装置 40 例中 21 例 1 次穿刺成功。结论 我院静脉输液固定装置的制作及应用, 明显减少再次穿刺的痛苦, 减轻护理工作量。

关键词 静脉输液; 固定装置; 应用

中图分类号: R472.9

静脉输液是常用的临床护理操作, 但是往往存在由于固定不妥当引起的针头滑出血管的现象, 直接造成患者再次穿刺的痛苦, 增加了护理工作量, 埋下了护理隐患。为此, 我科自行设计了一种静脉固定装置, 供临床护理工作参考使用。

1 临床资料

1.1 一般资料: 使用静脉固定装置患者 42 例, 男 28 例, 女 14 例; 年龄 12~ 72 岁, 平均 45.5 岁; 老年痴呆患者 20 例, 糖尿病患者 18 例, 其他 4 例。对照组使用常规静脉输液装置 40 例, 男 22 例, 女 18 例; 年龄 10~ 68 岁, 平均 42.5 岁; 老年痴呆患者 18 例, 糖尿病患者 16 例, 其他 6 例。病程 1~ 25d, 平均 14d。

1.2 制作与使用方法: 制作: 选用可拼式泡沫地板垫与雌雄贴, 将泡沫垫按照患者手的形状和大小可剪成大、中、小 3 种型号, 上端至桡腕关节以上 3~ 5cm, 下端至食指近端指间关节^[1]。然后将一条雌雄贴缝合在手型泡沫垫背面桡侧桡腕关节以上 3~ 5cm 处, 另一条缝合在手型泡沫垫背面桡侧拇指腕掌关节处, 第三条缝合在手型泡沫垫背面食指近端指间关节处。最后将雌雄贴另一面粘贴在手型泡沫垫尺侧背面相对应处并且在桡腕关节处放置小海绵。

1.3 使用: 使用时将患者手平放在泡沫垫上, 再将相

对应的两个雌雄贴相粘即可。

1.4 静脉输液固定装置的使用范围: 小儿、老年痴呆患者、帕金森症患者以及不能配合输液的患者。

2 结果

使用静脉固定装置患者 42 例中 41 例 1 次穿刺成功; 对照组使用常规静脉输液装置 40 例, 21 例一次穿刺成功。两侧比较有显著差异。

3 讨论

在临床上静脉输液固定时经常使用纸板和胶带, 不仅耗时耗资, 而且胶带固定还会引起皮肤的过敏, 撕揭胶带时牵拉汗毛及皮肤被撕破等。使用我科自行设计的静脉输液固定装置可以避免这些问题, 而且使用可拼式地板垫制成的固定装置, 由于鲜艳的颜色, 可爱的卡通图案更深得小朋友的接收和喜爱。在舒适度上也由于在桡腕关节处放置了海绵垫, 比起传统的纸板固定更加舒适, 使用过程中松紧度可以随意调节。本制作成本低廉, 按照大中小不同型号, 平均 0.1 元, 可以用甲醛熏蒸消毒重复使用, 适合在临床上使用和推广。

4 参考文献

1 刘玉兰, 黄桂秀. 小儿手背静脉输液穿刺固定方法的改良. 实用临床医学, 2005, 6(4): 150

(收稿日期 2006- 03- 28

修回日期 2007- 01- 11)

的严密监测, 预防感染及排斥反应的观察, 及时发现异常情况, 采取有效的措施, 能大大提高手术的成功率, 使患者顺利康复, 改善患者的生活质量并延长术后存活率。

4 参考文献

1 景华. 实用外科重症监护与治疗学. 上海: 第二军医大学出版社.

1998.495

2 杨淑玲, 赵志荣, 杨晓燕. 心脏移植的现状和护理新进展. 国外医学. 护理学分册, 2001, 20(2): 60

3 郭加强, 吴清玉. 心脏外科护理学. 北京: 人民出版社. 2003.922

4 廖东山, 廖崇先, 李增祺, 等. 心脏移植术后并发症 13 例分析报告. 中华器官移植杂志, 2001, 22(5): 291

(收稿日期 2006- 10- 11

修回日期 2006- 12- 25)