

# 断指再植术的护理体会

林苗珊, 陈燕冲, 吴柳容

(广东潮州解放军第 188 医院外三科, 广东潮州 521000)

[关键词] 断指再植术; 护理; 成活率

[中图分类号] R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1001-5639(2009)03-0241-01

随着显微外科技术的不断发展, 断指再植的成活率也在逐步提高, 血管痉挛的防治是断指再植术成活的关键, 断指再植术后的预防与正确处理血管痉挛可大大提高成活率。我科于 2008 年施行断指再植手术 30 例, 现将护理体会报告如下。

## 1 临床资料

本组 30 例, 男 25 例, 女 5 例。致伤原因: 机器伤 25 例, 锐器伤 5 例。经断指再植术后成活 28 例, 坏死 2 例, 成活率 93%。

## 2 护理

2.1 一般护理 (1) 病房要舒适、安静、空气清新, 室温 20~25℃, 患者术后 1 周内绝对卧床休息, 专人护理。(2) 抬高患肢。(3) 严密观察各项指标。观察再植手指末梢皮肤颜色、温度、肿胀情况、毛细血管充盈时间、小切口反应时间。(4) 保持大小便通畅。如发生便秘时, 禁止灌肠, 可用开塞露或口服泻药通便。(5) 饮食以软食为主。(6) 加强皮肤的护理, 防止褥疮的发生。

2.2 血管痉挛的预防及护理 血管痉挛是断指再植术失败的常见原因之一, 如不及时处理可造成管腔闭塞或血栓形成, 导致手术失败。由于人的夜间迷走神经兴奋性小, 血管处于收缩状态, 因此夜间发生血管痉挛的可能性较大, 所以护士要严密观察及时发现问题及处理。影响血管痉挛的因素有以下几点: (1) 疼痛。病区的安静使病人的注意力集中到手术部位, 疼痛更加明显, 查房时如发现此类病人, 在放松疗法不起作用的情况下应及时给予止痛药物。(2) 寒冷。肢体血管对外界环境的刺激比较敏感, 特别是寒冷刺激可使血

管发生痉挛, 这就要求护士在气温低的情况下更要严密观察, 做好断指局部的保暖工作, 给予烤灯等保暖措施, 以保证局部温度的恒定并促进局部血液循环。使用烤灯时应注意烤灯与伤手的距离应保持在 30~40 cm 之间, 用无菌巾遮盖灯头、手指。(3) 吸烟。香烟中的尼古丁等物质极易损害血管内皮细胞, 其又是血小板吸附剂, 所以极易造成血管痉挛、栓塞。因此, 平时除做好宣教工作外, 对于有嗜烟者, 一旦发现其抽烟应立即制止并对其进行批评教育。

2.3 心理护理 患者因担心再植手指的成活率、功能、外观以及今后的生活、工作受到影响等, 导致情绪低落, 护士应主动从关心患者的生活入手, 介绍同类病例的预后效果, 使患者树立战胜疾病的信心, 积极配合治疗。同时运用医学心理知识, 以科学的态度、恰当的方法, 疏导解决患者的心理顾虑及疑难问题, 消除患者的思想和精神负担。

## 3 小结

断指再植术的预后及成活与否, 人们通常认为与适应证的选择、医生的治疗关系最密切, 而忽视了护士的配合作用<sup>[1]</sup>。而临床上, 断指再植术后的治疗护理观察以及心理因素及一些日常护理对患者的预后都至关重要, 这些与护士专业技术水平都有很大关系, 不可轻视, 护理工作将直接影响手术的成败。

[参考文献]

[1] 金 华, 刘 华, 王 群. 护士对提高断指再植成活率的配合作用[J]. 中国误诊学杂志, 2006, 6(2): 347-348.

# 1 例急性马拉硫磷中毒并发急性胰腺炎的护理

梁 秀

(广西贵港市人民医院肾内科, 广西贵港 537100)

[关键词] 急性马拉硫磷中毒; 并发症; 急性胰腺炎; 护理

[中图分类号] R595.4 [文献标识码] B [文章编号] 1001-5639(2009)03-0241-03

马拉硫磷属低毒类有机磷农药, 中毒后常并发心肌炎、肝脏损害、肾脏损害、肺水肿、脑水肿、胰腺炎、上消化道出血、中间型综合征、迟发性多发性神经病等, 其中, 并发急性胰腺炎少见, 如不及时治疗, 后果严重。我科近期收治 1 例急性马拉硫磷中毒并发急性胰腺炎患者, 经过有效的治疗、精心的护理, 效果满意, 现将护理报告如下。

## 1 临床资料

患者, 女, 43 岁, 农民。于 2009 年 4 月 15 日服农药“铁甲战”后出现头晕、恶心 1 天就诊于我院急诊科。给予洗胃、阿托品肌注、补液后, 查血胆碱酯酶 58 u/L, 血淀粉酶 2359 u/L, 并呈进行性升高, 以“急性农药中毒、中毒性胰腺炎”转入我科。查体: 患者生命体征正常, 意识清醒, 精神差, 皮肤温暖、干燥, 双侧瞳孔等圆等大, 直径 4 mm, 对光反射灵敏, 颈软, 两肺呼吸音清, 未闻及啰音, 心率 90 次/分, 律齐, 腹平

软,腹中部压痛,无反跳痛,肝脾未及,移动性浊音(-),肠鸣音正常。头颅、腹部CT平扫均未见异常,腹部B超示:胰尾部显示不清。治疗予阿托品、长托宁、氯解磷定解毒,血液灌流,利尿,醋酸奥曲肽抑制胰腺分泌,抗感染,质子泵抑制剂泮托拉唑抑酸,禁食,营养支持,对症治疗,动态血压、心电图、指脉氧饱和度监测。4月17日7时患者出现浅昏迷状态,遂予甘油果糖脱水、纳洛酮催醒治疗;4月20日患者意识转清,能正常对答,生命体征平稳。住院15日痊愈出院。

## 2 护理

**2.1 病情观察** (1)阿托品化的观察。长托宁为新型选择性抗胆碱药,对 $M_1$ 、 $M_3$ 、 $N_1$ 、 $N_2$ 受体有明显拮抗作用,对 $M_2$ 受体无明显作用,故对心率无明显影响,因此不能以心跳加快和瞳孔扩大来判断是否“阿托品化”<sup>[1]</sup>。长托宁+阿托品治疗,我们判断“阿托品化”的标志是口干,皮肤干燥,腋下无汗,心率不低于正常值。长托宁+阿托品使用中,阿托品化和过量的分界线是以患者轻度躁动为标准。中毒指征为患者意识模糊,皮肤潮红,烦躁,高热等症状。一旦出现过量及中毒指征应立即通知医生减量或延长给药时间,并加强安全防护给予对症处理<sup>[2]</sup>。本例使用阿托品2 mg肌注,出现“阿托品化”并维持6 h后,患者皮肤湿热、出汗、流涎。通知医生后,予加用长托宁1 mg肌注,并以长托宁1~2 mg每8 h肌注维持“阿托品化”,并根据血胆碱酯酶活力的恢复减少长托宁用量,延长使用时间,维持“阿托品化”至中毒症状基本消失和全血胆碱酯酶活力恢复至50%时停药观察。(2)氯解磷定的观察及护理。氯解磷定是胆碱酯酶复活剂,能夺取磷酸化胆碱酯酶中的磷基团,使胆碱酯酶重新恢复活性,以解除或减轻烟碱样症状。此药应早期足量缓慢静注。复能剂足量的指标:用药后烟碱样症状消失,全血胆碱酯酶活力恢复至正常值的50%~60%以上。与长托宁合用有协同作用。并遵医嘱及时准确抽血查血胆碱酯酶、血电解质、血气分析、血常规等,观察用药后反应。(3)生命体征监测。予动态血压、心电图、指脉氧监测,严密监测患者的意识、瞳孔、体温、心率、心律、呼吸、血压、血氧饱和度。急性农药中毒可出现迟发反应,急性胰腺炎可并发胰性脑病,血液透析可出现透析性脑病,故要密切观察患者的意识、瞳孔、生命体征,发现异常,及时处理。患者于4月17日7时出现呼之不应,眼球上翻,双侧瞳孔等圆等大,直径3.5 mm,瞳孔对光反射存在,陷入浅昏迷状态,体温37.8℃,脉搏121次/分,呼吸18次/分,血压115/75 mmHg。及时报告值班医生,予脱水降颅内压和催醒等处理,患者于20日意识转清。此外,急性胰腺炎多数病人有中度以上发热,一般持续3~5天。该例患者入院后持续低热,入院第4天7时,体温高达40.2℃,呼吸27次/分,心率122次/分,予复方氨林巴比妥肌注后,体温上升至40.4℃,予冰敷加用头孢噻肟钠针抗感染,住院第8天体温恢复正常。

**2.2 血液灌流的护理** 密切观察患者的生命体征、意识、血氧饱和度、瞳孔变化等;躁动时用床档加以保护,以防坠床,并合理使用约束带进行约束;密切监测血压,血压明显下降

时,宜减慢血流速度,去枕平卧,扩充血容量,必要时使用升压药;密切观察血小板变化,注意穿刺点及全身各部位出血情况;注意观察有无灌流反应如寒战、发热、胸闷、呼吸困难等;保持体外循环通畅,导管应加以固定,患者躁动不安时给予适当约束,必要时使用镇静剂,防止因剧烈活动导致留置导管受挤压变形、折断、脱出,管道的各个接头须接紧,防止滑脱出血或空气进入导管引起栓塞。

**2.3 禁食期间的护理** 口服有机磷农药中毒患者经洗胃或催吐治疗后,一般要禁食1~3天。急性胰腺炎患者多数需禁食1~3天,目的在于减少胃酸分泌,进而减少胰液分泌,以减轻腹痛和腹胀<sup>[3]</sup>。该病例在禁食期间,主要采取全肠外营养(TPN)支持治疗,即利用中心静脉插管,输入病人1天所需要的全部营养物质。根据患者的病情,给予患者3000 ml的全静脉营养液(我院配制)。准确记录24 h出入量,观察患者皮肤黏膜色泽、弹性有无变化,判断失水或水肿程度。根据患者的脱水程度、年龄和心肺功能调节输液速度,防止肺水肿和心力衰竭,并及时补充因呕吐、发热和禁食所丢失的液体和电解质,防止低血容量性休克,纠正酸碱平衡失调。监测血、尿淀粉酶、血糖、血清电解质的变化。

**2.4 口腔护理** 因长托宁对抗腺体分泌作用比阿托品更强,易引起口干或白色假膜型外口角糜烂,易致口腔真菌感染<sup>[4]</sup>。对该病的患者我们选用2%碳酸氢钠液漱口,每天2~3次,并及时予清水湿润口唇,口唇干裂时予以石蜡油润唇。患者住院期间未发生口腔溃疡或感染。

**2.5 安全护理** 病情严重患者可出现眩晕、口干、视力模糊、谵妄、躁动、尿潴留、体温升高、幻觉、定向障碍和昏迷等,出现坠床、伤人、自伤等意外,而且这些患者大部分带有导尿管、中心静脉置管等,易发生由于拔管而造成的意外并发症,因此,必须加强安全护理措施。我们予加两侧床档防护,床头牌贴“预防跌倒”警示标示,并向家属及患者反复讲解绝对卧床休息的必要性及引起坠床跌倒的因素和预防措施,取得配合。患者于16日结束血液灌流后出现躁动不安,经取得家属同意后予约束带约束,约束期间,注意观察手足的末梢循环,加强监测,及时调整约束带的松紧度,并做好交接班。患者安静后,及时解除约束。

**2.6 心理护理** 患者入院后精神差、懒言、情绪低落、悲观、未能积极接受治疗。在向患者丈夫了解服毒原因时得知,患者平素性格内向,不善言辞,不久前检查得知自己患了慢性乙型肝炎,以为是不治之症,背负了较大的心理负担和压力,产生了轻生念头。了解情况后,我们用通俗易懂的语言和蔼可亲地向患者讲解了乙肝的病因、治疗和预后,以成功例子说明若是饮食、休息配合得当,乙肝患者可长期不发病,与健康人无多大区别,鼓励患者说出内心的疑惑与不安。在日常护理工作中,加强与患者的沟通,了解患者的身心需要,以发自内心的关爱照顾患者,并通过与患者的丈夫、孩子等家属沟通,给予强有力的家庭支持。经过医护及家属的心理支持,患者思想负担减轻,积极配合治疗。

## [参考文献]

- [1] 曾繁忠. 长托宁取代阿托品救治有机磷农药中毒技术[M]. 北京: 军事科学技术出版社, 2004. 93.
- [2] 王栋梅, 孙 萍. 长托宁与阿托品合用治疗急性重症有机磷农

药中毒的护理体会[J]. 鄱阳医学院学报, 2009, 28(1): 93-94.

- [3] 尤黎明. 内科护理学[M]. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 2003. 251.
- [4] 韩 芳, 徐志红. 阿托品及长托宁联合血液灌流治疗有机磷农药中毒的护理[J]. 护理与康复, 2009, 8(1): 46-47.

## 剖宫产新生儿窒息的抢救配合及护理

梁玉议

(广西河池市人民医院, 广西河池 547000)

[关键词] 剖宫产; 新生儿窒息; 护理

[中图分类号] R473.72 [文献标识码] B [文章编号] 1001-5639(2009)03-0243-02

20世纪90年代以来, 我国剖宫产率呈上升趋势, 剖宫产新生儿窒息的发生率较高。由于其适应征多因胎儿宫内窘迫、过期妊娠、羊水过多或过少、子痫、前置胎盘、妊高症等而行剖宫产。新生儿窒息是新生儿死亡、伤残的主要原因之一。及时准确的处理新生儿窒息是降低新生儿死亡, 减少远期并发症的关键。我院2006年1月至2008年12月对30例窒息患儿运用新式复苏方案进行抢救, 均治愈出院。

## 1 临床资料

本组30例, 孕母年龄18~35岁; 其中重度窒息(指新生儿出生1 min Apgar评分0~3分)8例, 轻度窒息(指新生儿出生1 min Apgar评分4~7分)22例。孕32~36周(为早产儿)9例, 孕37~42周18例, 孕42周以上(为过期产儿)3例。胎膜早破8例。30例中6例分娩前有23项高危因素, 大多数同时具有2项以上高危因素; 胎粪污染羊水Ⅲ3例, Ⅱ1例, Ⅰ°4例。

## 2 抢救过程

## 2.1 抢救前准备 (1) 高危因素评估。掌握窒息相关因素:

①产前因素: 由于胎盘功能低下、胎膜早破、羊水过少<sup>[1]</sup>、产程延长、胎心率异常、过期产、早产、妊娠期高血压疾病、慢性高血压、母亲患传染性疾病、糖尿病等均可能导致胎儿宫内窘迫引起新生儿窒息。②产时因素: 胎膜早破超过18 h, 羊水、胎粪污染, 急产、滞产超过24 h, 脐带过长或过短缠绕, 产妇产前4 h使用麻醉剂, 手术时取胎头困难均可导致新生儿窒息。(2) 患儿评估。评估则是贯穿在A、B、C、D每一步骤执行的前后, 根据评估患儿情况作出决定和执行某项操作。复苏过程中所用的评估指标为呼吸、心率和皮肤颜色, 是快速判定新生儿情况和作出决定的最重要指标, 出生后即刻判定, 马上进行复苏。要熟练掌握各指标的判定方法和程度, 争取在十几秒钟内完成。(3) 用物准备。①物品: 吸痰、吸氧设备, 婴儿复苏气囊、面罩、喉镜、气管插管、辐射保暖台等。②药品: 肾上腺素、纳洛酮、扩容剂(生理盐水)、碳酸氢钠等。

2.2 抢救措施 在整个复苏过程中应注意保温, 提前将室内温度升至24~26℃。我国新修订新生儿窒息复苏指南<sup>[2]</sup>提出: 将新生儿放在辐射暖台上或因地利制宜采取保温措施,

如用预热的毯子裹住新生儿以减少热量散失等。新法复苏方案可简单用A、B、C、D、E来说明, A(airway): 通畅气道; B(breathing) 诱发呼吸; C(circulation) 维持循环; D(drug) 药物治疗; E: 评价。(1) 畅通气道。有效地控制新生儿啼哭及处理好新生儿第1口呼吸至关重要<sup>[3]</sup>。取出胎头后, 采取正确的手法挤出口鼻分泌物、羊水、胎粪等, 用负压吸引球吸净口咽部和气管内的黏液, 动作要轻柔, 避免损伤咽部黏膜。不宜盲目过早地刺激新生儿啼哭, 以免羊水或胎粪吸入而发生吸入性肺炎。取出胎儿断脐后交台下助产士擦干身上羊水和黏液, 防热量散失, 注意保暖。摆好复苏体位, 即置于二肩后肩垫2~2.5 cm厚的毛巾或无菌巾, 使婴儿处于15~30°头低足高仰卧位, 有利于气道通畅<sup>[4]</sup>。羊水胎粪污染且初生新生儿无活力(无呼吸、肌张力差, 或心率<100次/分) 应进行气管吸引<sup>[5]</sup>。如果吸痰管难以吸出气管内胎粪羊水, 可立即行气管插管, 接上胎粪吸引管能吸出更大量的胎粪, 彻底清理呼吸道, 以保证呼吸道通畅。(2) 诱发呼吸。呼吸道通畅后立即设法使新生儿建立呼吸。可刺激足底使其啼哭, 使肺泡扩张, 迅速给予加压面罩大流量吸氧(5~8 L/min), 若仍无呼吸应直接行气管插管, 加压给氧。(3) 维持循环。每隔30 s检查心率1次, 每次听诊6 s, 如有效人工通气30 s后心率<60次/分, 应立即进行胸外按压, 以双手拇指放在胸骨下1/3(双乳头连线与剑突之间), 其余4指放在背后支持, 加压深度为胸前后径的1/3, 频率120个“动作”/分(心率90次, 呼吸30次), 与正压呼吸配合, 按3:1的比例。按压者必须保持一致的深度和稳定的频率。(4) 药物治疗。经有效的人工通气及胸外按压30 s后, 心率仍然<60次/分或出生时无心跳, 则应立即使用1:1000肾上腺素0.1~0.3 ml/kg, 脐静脉推注或气管内注入, 3~5 min后可重复使用; 复苏效果差, 有低血容量表现(面色苍白、脉弱、血压下降、心音低钝、毛细血管再充盈时间延长) 应扩容治疗, 首选生理盐水或乳酸林格氏液, 10 ml/kg 脐或外周静脉缓推; 正压呼吸、心率和肤色恢复正常后而呼吸抑制, 母亲在产前4 h内应用麻醉剂或母亲疑似吸毒、持续用美沙酮等, 给予应用纳洛酮0.1 mg/kg 气管内滴入、静脉、肌肉、皮下注射; 重度窒息患儿多有酸中毒, 若用肾上腺素后心率回升不理想、不稳定或