

手术护士与麻醉师的配合要点

□张莉

手术室是医院里较为特殊的一个科室,它为患者提供了手术治疗的场所,并且在大多数情况下可以让患者经过手术治疗摆脱病痛困扰。然而,无论是哪种手术,都具有一定的风险。作为一名合格的手术室护士,不仅要熟练掌握各种手术器械的护理操作规范,还能配合麻醉师做好术中各项保障工作。

麻醉护理分类

麻醉前护理 在手术前去访视患者,护士应告知患者积极配合手术的重要性,以及在麻醉时,患者可能产生的多种感觉与效果,使患者对麻醉有初步的认识,消除患者的

恐惧和焦虑情绪,使患者保持一种良好的心态。同时,护士应根据患者的病情和手术方式,对室内的温度和湿度进行适度调整。对于儿童、老年人及身体虚弱的患者,护士尽量在常规下进行体温监测,时刻准备应对可能出现的各种突发情况;针对不同患者的禁忌及手术要求,护士要准备好特定药物。

术中护理 患者进入手术室后,护士应先安抚患者的情绪,让患者减轻心理压力。待患者的情绪稳定后,麻醉医生进行麻醉;为患者输液时,一般采用留置针的方法,较大的手术,则采用颈内静脉穿刺方法;护士需要随时观察患者

在术中的病情变化情况,严密观察患者的生命体征。其间,一旦患者出现突发状况,护士必须立即告知医生。

术后护理 全身麻醉患者术后会出现延迟苏醒情况,护士应将患者的头部偏向一侧,以保证呼吸道通畅;对患者的血氧饱和度、血压、心率进行密切观察,随时记录。在患者苏醒之前,护士应观察患者的身体状况,做好随时处置突发情况的准备。

麻醉护理常规

调整手术室温度和湿度 在麻醉状态下,患者会失去对外界温度

的感知和自我调节能力,身体容易失温。护士应当及时调整室内温度(22摄氏度~25摄氏度)和湿度(40%~50%)。

根据手术需要摆放体位 手术室护士应配合麻醉师对患者进行麻醉体位摆放,以便手术麻醉操作的顺利进行。

全身麻醉的配合 全身麻醉有吸入、静脉、静吸复合3种方式。在全身麻醉时,护士应当同麻醉师密切配合,协助其为患者用药。

基础麻醉和强化 基础麻醉主要应用于儿童手术。因为儿童的呼吸发育不完全,容易产生呼吸抑制,护士应随时同麻醉师配合,对

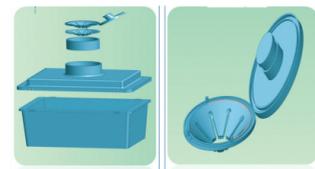
患儿进行密切观察,随时查看供氧情况,做好气管插管准备。

输液输血配合 在手术中,输液主要是为了平衡患者的循环系统,并且手术中患者会损失大量血液。因此,护士应协助麻醉师观察患者术中的失血状态,根据实际需求合理输血;同时,必须对血型、温度等重要信息进行逐一核对。

积极参与抢救 在手术或者麻醉过程中,偶尔会出现危急状况,护士应当熟练掌握急救知识与技能,及时报告医生,并积极配合麻醉师进行抢救。

(作者供职于驻马店市中医医院手术室)

小发明



一种漏斗式自带切割功能利器盒

□彭静 王晶 文/图

在临床上,目前的医用利器收集盒,护理人员在向利器盒内放入医用利器后,经常会出现利器盒被打翻的情形,致使盒内利器被倒出,导致护理人员受伤。另外,临床上经常使用带有简单脱卸针头功能的一次性利器盒,在输液器针头和其他带有针头的利器等医疗用具处理中,需要用剪刀或其他分离工具将针头与输液器上的软管剪除分离,进行分类处理,以消除安全隐患。

为了提升护理人员的安全系数,解决现有利器盒存在的问题,护理部在传统医用利器盒的基础进行了改良,分组寻找材料,并上网搜索相关制作途径,最终研制出一种新型的漏斗式自带切割功能的利器盒(如图)。

防护技术 漏斗式切割利器盒技术是指在利器盒盖处,通过漏斗状投放斗投放利器,实现利器精准投放的目的;设置360度位点卡槽,通过筒轴式旋转,采用隐蔽型切割片,能实现利器全方位离断的技术。

材料分析 利器盒盒体材料采用全新聚丙烯塑料。该材料不含聚氯乙烯,具有轻便、安全、无毒、耐穿、不渗漏、易于高温焚烧等特点;漏斗状切割装置中的刀片为不锈钢材料。

产品结构 漏斗式自带切割功能利器盒包括盒体和盒盖,盒体内部中空,盒盖与盒体顶端连接,盒盖的顶端固定连接投放筒。投放筒与盒体连通,投放筒内连接有投放斗。投放斗呈漏斗状,投放斗的中央开设有投放孔,投放斗侧壁上设有多个长条孔。多个长条孔沿投放斗的周围均匀分布,长条孔与投放孔相互贯通,投放斗内同轴转动连接有旋转斗。旋转斗的侧壁上设有开口,开口的侧壁上均固定连接刀片,刀片顶端连接有用用于封闭投放斗的挡盖。

使用方法 在使用时,将本利器盒放在便于操作的合适位置,比如注射器针头、安瓿容器等利器可直接通过漏斗状投放口投入;如果是输液针头等带有软管的利器,可将针头投入投放口后,将连接处软管卡在投放斗侧壁上的长条孔内,转动旋转斗可对软管进行切割分离,具有简单、快速、安全卸掉针头的特点。

该产品在临床上进行了长时间试用,得到了护士、医院和患者的好评,适宜在临床上广泛推广。

(作者供职于陆军军医大学第一附属医院)

专科护理

艾滋病患者皮肤破溃如何护理

□王俊梅

艾滋病属于一种传染性感染性疾病,主要是人体感染了人类免疫缺陷病毒后,造成人体的免疫系统损害,最终形成多种类型的感染,甚至形成恶性肿瘤,具有病死率高的特点。患者出现艾滋病症状后,如果进入发病阶段,会出现反应比较强烈,可能会出现多种感染症状,并且难以控制病情;或者出现多种恶性肿瘤,损害人体的多个系统。

护理方法

护理皮肤破溃的艾滋病患者,首先,护士应注意自己的皮肤黏膜是否完整,必要时可以戴手套,以及适当做一些隔离措施,可降低被感染的概率。护士应对患者破溃的伤口及时进行处理,促进创面愈合,避免长期暴露在外面。护理艾滋病患者的敷料和一些医学用品,要注意单独消毒、处理,可控制病毒进一步扩散,避免污染环境。

传播途径

性途径 如果与艾滋病患者发生未使用安全套的性关系,比如男女性交、肛交、阴道性交等。其中,男女性交、肛交等不安全性行为,具有极高的传染率,尤其是危险性生活频率高,感染艾滋病病毒的风险也就越大。

血液途径 艾滋病患者的血液中携带着大量的艾滋病病毒,一旦有艾滋病病毒通过输血进入正常人的体内,会感染艾滋病病毒。如果使用了沾染艾滋病患者血液的针灸针、注射器等物品,均有感染风险。

母婴途径 若孕妇是

(作者供职于长沙市人民

护理体会

癫痫的诱发因素及护理技巧

□郑蕾

癫痫俗称“羊痫风”或者“羊角风”,是常见的神经系统疾病之一。癫痫发作时伴有不同程度的运动、感觉、意识、行为、自主神经障碍等症状。并且,癫痫具有反复性、突发性的特性,严重时可能发生持续不缓解的危险。

癫痫的病因比较复杂,主要与以下几个因素有着密切关系。

1.先天性原因。比如遗传性代谢障碍、染色体畸形、脑积水、脑皮质发育不全等。

2.疾病原因。比如脑外伤、脑膜炎、寄生虫病、头部肿瘤、一氧化碳中毒及红斑狼疮等疾病引起的脑功能损伤。其中,脑血栓、高血压病等心脑血管疾病容易诱发癫痫。

3.感觉因素。患者发病后,会对特定的感觉因素过度敏感,主要的感觉因素包括视觉、听觉、嗅觉、味觉、躯体感觉等。这些感觉刺激可激发脑神经元过度异常放电,引起多种类型的癫痫发作(称为反射性癫痫)。

4.饮食刺激。目前,尚没有确切依据证明哪种食物可以诱发癫痫,但是只要能够兴奋刺激中枢神经系统的食物,都不排除诱发癫痫的可能。比如烈酒、浓茶、咖啡、可乐、过甜过酸的饮食等,都会引起大脑神经兴奋,从而诱发癫痫发作。

如果遇到癫痫患者发病,一定要保持镇定,迅速采取急救措施,以免对患者造成二次伤害。具体急救措施有以下几个步骤。

1.将患者的头部偏向一侧,使口腔分泌物自行流出,防止口水误入气管,引起呛咳和吸入性肺炎。同时,护士应将患者的下颌托起,防止因颈部弯曲造成气管堵塞。

2.请勿强行约束患者抖动的肢体,以免造成伤害(比如骨折),应该刺激或者点压患者的人中穴、合谷穴、足三里穴、涌泉穴等穴位。

3.因患者穿的衣服,迅速取下患者身上的尖锐物品及配饰。这些物品都可能对患者造成二次伤害。尤其要注意的是,当癫痫患者连续数次出现癫痫发作,并且不能恢复神志时,应及时将其送到医院抢救。

癫痫患者的日常护理尤为重要,不仅能够减少发作次数,还能够起到辅助治疗作用。因此,在日常生活中,患者要做好以下几点。

1.养成良好的生活习惯,保证充足的睡眠,避免过度劳累。饮食要均衡、多样化,养成有规律的饮食习惯,切忌暴饮暴食。对于强直痉挛发作的患者,一次饮水不要过量,避免诱发癫痫。在饮食上,患者应食用清淡、营养丰富的食物,比如一些新鲜的水果、蔬菜、肉类等,避免食用辛辣、刺激性食物。

2.外出时,患者应采取预防意外措施,在病情没有基本控制之前,尽量不要外出。待病情得到控制后,患者尽量在熟悉病情、掌握护理技巧的家属陪伴下外出,并随身携带急救药物,在病情发作时及时服用,随时救治。

3.因患者长期反复发作,会造成焦虑、烦躁、自卑感、依赖性、忐忑不安等心理障碍。其间,患者很容易产生悲观心态,对生活失去信心。家属在照顾患者身体健康时,也要注重其心理健康,要多鼓励、多关心患者,及时对患者进行正确引导,促使其树立战胜疾病的信心。

(作者供职于郑州市人民医院神经内二科)

骨折患者的疼痛护理

□岁雪萍

骨折患者的术后疼痛是比较常见的症状,也属于很难处理的一种情况。手术后的疼痛护理非常关键,因为麻醉药物的药效已经过去,受伤的组织仍然不断分泌致痛物质,并对游离的神经末梢起到一定的作用,从而导致痛觉的高阈值下降,使患者感到疼痛,不利于身体康复。因此,对患者手术后的止痛治疗及护理显得非常重要。

原因及分析

物理性伤害 皮肤血管、皮下组织、筋膜、骨髓等高低临界点受到机械性的影响,导致对刺激的敏感性增加,加重了痛苦。

病房环境 受到多种噪音、灯光的影响,易造成患者失眠,致使患者对疼痛的感知程度加剧。

心理因素 有一些患者由于害怕手术失败,会产生恐惧、焦虑、情绪低落、压力大等负面情绪,从而导致局部的血管异常现象,比如收缩、膨胀等,致使患者产生痛苦感觉;同时,患者不能及时消除自己的痛苦情绪,就算懂得处理,患者也会表现出消极、郁闷及悲观无助的状态。

自身因素 根据疼痛的调控原则,在不同的教育背景下,人们对痛觉的忍耐程度存在显著的差异,这与年龄、性别、情绪、体质等因素密切相关。

姿势变化 外科手术患者大多采用仰卧,最常用的卧位有仰卧位、俯卧位和侧卧位。患者的运动次数相对较少,应经常变换体位,可减轻疼痛程度。

护理措施

心理护理 术前及术后,对患者进行心理疏导,包括术中常见的伤口痛、截肢患者的残端痛等,使患者对今后的生活有足够的心理准备,可缓解恐惧、焦虑情绪,提高患者对痛苦的忍耐力。

膳食管理 由于患者长期遭受疾病困扰,已经严重影响到了心情,从而降低了食欲,饮食量减少会造成患者营养不均衡,不利于伤口愈合。护理人员在对患者进行饮食引导过程中,可以和患者及家属一起制定饮食方案,让患者食用高热量、高蛋白、高维生素、易消化的食物,比如肉类、蛋类、鱼、瘦肉等,多吃新鲜的蔬菜和水果等。

放松和推拿 在治疗期间,护士应

引导患者进行适量活动,诸如叹气、打哈欠、腹式呼吸、用衣服撑起患侧肢体等放松运动。这样可以缓解肌肉、神经的损伤程度,减轻痛苦,缓解身体的疲惫和紧张感,有助于睡眠。另外,护士可引导患者进行局部推拿,提高患者的被动运动能力,对于缓解患者的疼痛具有重要作用。

防止褥疮 一部分患者由于昏厥,会出现长期卧床的情况,形成长时间压迫,致使营养不良、血液流通受阻的概率升高,容易引起褥疮。因此,护士应引导家属,保持患者的床铺平整、清洁;适度按摩其长时间压迫的部位,定期翻转患者的身体等。如果已经出现褥疮或者褥疮处于初期,应马上进行“褥疮护理”。

疼痛护理方法融入骨折患者的术后护理工作中,进而使医院的护理质量得到有效提升。医护人员应了解疼痛护理的重要性,并持续更新疼痛护理理念与知识,可有效缓解患者的痛苦程度,促使患者早日康复。

(作者供职于邓州市人民医院护理部)

食管癌患者的护理方法

□化萌芽

食管癌主要来源于食管鳞状上皮或者柱状上皮的恶性肿瘤。在我国食管癌患者中,食管鳞癌约占90%,食管腺癌约占10%。其中,河南省是食管癌的高发地区,也是食管癌死亡率较高的地区之一。

食管癌的发病年龄多在40岁以上,男性多于女性。食管癌的病因比较复杂,可能与以下因素有密切关系。

1.化学物质,比如长期进食亚硝酸盐含量较高的食物。

2.某些真菌等生物制剂也具有致癌作用。

3.由于饮食不均衡,身体缺少某些微量元素,比如钼、铁、锌、铜、硒等元素;同时,缺乏维生素A、维生素B、维生素C。因此,人们应多吃富含微量元素的食品,比如谷物、蔬菜、水果等。

4.吸烟、酗酒、吃过热的饭菜、口腔不洁等原因,以及遗传易感因素。

在食管癌早期阶段,患者往往没有明显的症状,仅在吞咽粗硬食物时有不同程度的不适感,主要包括哽噎感、胸骨后烧灼样痛、针刺样或者牵拉摩擦样疼痛;食物流动缓慢,有堵塞感或者异物感。这种症状时轻时重,进展缓慢。在食管癌的中晚期,表现为进行性吞咽困难,先是难咽干硬的食物,继而只能

食用半流质食物、流质食物,最后滴水难进。患者逐渐出现消瘦、贫血、无力、明显脱水及营养不良症状。癌细胞侵犯喉返神经,可出现声音嘶哑现象;癌细胞侵入主动脉,造成组织溃烂、破裂,引起大量呕血;癌细胞侵入气管,形成食管气管瘘;高度阻塞可导致食物反流,引起呛咳及肺部感染等症状。持续胸痛或者背痛是食管癌晚期的主要症状。这表明确癌细胞已侵犯食管外周组织,最终导致病情恶化。

4.胃肠道减压护理:在患者术后3天~4天,持续进行胃肠减压,妥善固定胃肠减压管,防止脱出;严密观察引流量、气味,并准确记录;经常挤压胃管,并适时冲洗,勿使管腔堵塞;胃管脱出后,应立即更换患者的病情,不应盲目再次插入胃管。

5.饮食护理:术后,吻合口处于充血、水肿期,患者需要禁食3天~4天;在禁食期间,持续进行胃肠减压,经过静脉补充营养;术后3天~4天,待患者的肛门排气、胃肠减压引流量减少后,拔出胃管;停止胃肠减压24小时后,患者可先饮少量温水,应遵循少量多次的原则,避免进食生、冷、硬食物。

食管癌的日常生活护理,对于患者的生存质量、预后至关重要。其中,营养支持、康复训练、术后并发症的严重程度、身体恢复的速度与患者的存活率密切相关。除患者自我管理之外,家属应与患者共同观察病情变化。患者应定期复查,如有不适症状,应及时就医。

(作者供职于洛阳市偃师人民医院心胸甲状腺乳腺外科)

1.监测生命体征:监测患者的体温、脉搏、心率、血压、血氧饱和度、呼吸频率等。其间,护士应注意患者有无呼吸困难现象,监测频率为:每30分钟1次,等待患者的呼吸平稳后,1小时~2小时1次。

2.呼吸道护理:主要包括吸氧、听呼吸音、观察有无缺氧现象,以及鼓励患者做深呼吸,采取雾化吸入方式稀释痰液,机械排痰等,可改善患者的肺功能。其间,如果患者的疼痛症状明显,影响咯痰,可以服用止痛药。

3.胸腔引流管的护理:观察并记录

患者胸腔引流的颜色、性状、量等,定期挤压胸腔引流管,可保持通畅;严格无菌操作,防止逆行感染;保持引流系统密闭;妥善固定引流管。

4.胃肠减压护理:在患者术后3天~4天,持续进行胃肠减压,妥善固定胃肠减压管,防止脱出;严密观察引流量、气味,并准确记录;经常挤压胃管,并适时冲洗,勿使管腔堵塞;胃管脱出后,应立即更换患者的病情,不应盲目再次插入胃管。

5.饮食护理:术后,吻合口处于充血、水肿期,患者需要禁食3天~4天;在禁食期间,持续进行胃肠减压,经过静脉补充营养;术后3天~4天,待患者的肛门排气、胃肠减压引流量减少后,拔出胃管;停止胃肠减压24小时后,患者可先饮少量温水,应遵循少量多次的原则,避免进食生、冷、硬食物。

食管癌的日常生活护理,对于患者的生存质量、预后至关重要。其中,营养支持、康复训练、术后并发症的严重程度、身体恢复的速度与患者的存活率密切相关。除患者自我管理之外,家属应与患者共同观察病情变化。患者应定期复查,如有不适症状,应及时就医。

(作者供职于洛阳市偃师人民医院心胸甲状腺乳腺外科)

如何预防颈动脉内膜剥脱术后并发症

□和振娜

颈动脉内膜剥脱术(CEA)是指通过切开颈内动脉,剥离增厚的内膜,使血管再通的一种手术方法。有关研究结果显示,颈动脉内膜剥脱术是治疗颈动脉狭窄的有效方法,能防止疾病进一步恶化的有效方法。目前,虽然颈动脉内膜剥脱术的临床应用已经比较广泛,但是由于该手术风险高、难度大,患者的病情变化快,易发生脑灌注综合征、颈部水肿、颅内神经损伤等并发症。因此,加强护理,可以减轻和阻止严重并发症的发生,提高抢救成功率。

术前护理

严密监测血压变化 对有高血压病史的患者,每天监测血压2次,观察并记录基础血压的变

化情况,为术后血压监测提供有效依据。

监测颈动脉狭窄程度 患者住院后,根据颈动脉超声检查结果,确诊为颈动脉狭窄后,进行核磁共振和数字减影血管造影检查,可掌握患者脑部侧支血液循环情况和血流供应情况,为术后治疗与护理提供依据。

预防脑卒中 术前3天~4天,给予患者口服肠溶性阿司匹林100毫克/天;同时,严密监测并记录出血时间,以防止术后脑血管出血,可为术后抗凝治疗提供参考依据。

术后护理

成立特护小组 由高年资护

士、临床经验丰富的护士长、住院

医师和专科护士组成特护小组,密切关注患者的病情变化,及时调整护理方案。

监测生命体征 患者回到病房后24小时内,给予每分钟2升~4升氧气吸入。在患者全身麻醉未清醒之前,每30分钟监测患者的生命体征、意识、瞳孔变化情况,并做好详细记录;全身麻醉清醒后1小时,监测患者的生命体征、意识、瞳孔情况1次,并详细记录;密切观察患者有无头痛现象,以及头痛的性质、部位;有无呕吐、抽搐的先兆,并积极处理。

血压的监测和控制 当术后血压在170/100毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)或者高于患者术前基础血压的20%以上时,给

予患者硝酸甘油10毫克+0.9%氯化钠注射液50毫升,用注射泵泵入。其间,护士应根据患者的血压变化情况,调整泵入速度,有效控制血压于(130~140)/(80~90)毫米汞柱,或者较基础血压降低20%~30%,以防脑灌注综合征的发生。

颈部伤口护理 注意观察患者的局部伤口有无渗血、血肿现象,嘱咐患者不能用力咳嗽、打喷嚏等,以免增加颈部压力诱发出血。术后2小时内,应每30分钟观察一次伤口有无渗血现象,以及引流液的颜色、性质和量。

抗凝治疗和护理 由于患者是动脉粥样硬化,血管弹性减弱,血液黏度高。因此,术后常规预防

性使用阿司匹林等抗血小板聚集药物,能有效阻止血小板聚集和黏附于血管壁。同时,皮下注射低分子肝素0.4毫升,能够抑制血管内皮损伤后,血管平滑肌细胞增殖。同时,护士应密切观察患者的皮下注射处、伤口等部位有无出血现象;还要观察口腔黏膜、牙龈有无出血症状,以及大小便的颜色。患者术后,可用1千克盐袋持续压迫伤口处24小时,避免抑制性呼吸。在拔掉注射针后,护士应压迫止血处,避免出血;定期检查凝血情况,并监测患者的凝血酶原时间。这样,有助于患者尽快康复。

(作者供职于南阳市第一人民医院神经外科)