人工肝治疗前病人的健康教育

Health Education of Patients Before Undergoing Artificial Liver Treatment

孙兰珍

Sun Lanzhen(People's Hospital of Taizhou City Jiangsu Province , Jiangsu 225300 China)

中图分类号:R473.6 **文献标识码**:C

文章编号:1009 - 6493(2003)12B - 1446 - 01

人工肝是重症肝炎、肝衰竭的重要治疗措施之一,多数病人及家属在首次接受人工肝治疗时因缺乏配合知识,容易产生恐惧、焦虑、害怕心理。黄津芳等[1]报道健康教育对因知识缺乏引起的焦虑和担心有明显的辅助治疗作用 。通过对首次进行人工肝治疗的病人及家属在治疗前进行系统的健康教育,取得了较好的效果。现介绍如下。

1 评估

通过阅读病历资料,与病人及家属交谈,了解他们以往的学习信息、学习动机和心理准备状态,评估其对有关知识的需求程度[2]。以此为依据制定健康教育计划。

2 健康教育

2.1 人工肝治疗的基本原理 本院人工肝治疗仪是通过体外循环进行血浆分离,弃去病人血浆中有毒成分,加入新鲜血浆,再回输给病人而达到治疗的目的[3]。

2.2 人工肝的安全性 首先人工肝治疗创伤小,进口仪器性能优,密闭一次性管道装置不存在交叉感染的可能,等量血浆置换对血容量影响不大,另外有配合各种抢救的急救措施。对病人安全有较强的保证。

2.3 介绍人工肝治疗室有关设施 照明设施、人工肝治疗仪、冷暖设施、通讯设施、各种监测系统及急救设施等。

2.4 人工肝治疗的程序 准备阶段包括:新鲜血浆的准备、血管进、出路的建立、一次性管道安装、仪器调试及管道冲洗。治疗阶段连接血管通路,正式进行等量血浆置换时间约 2 h～3 h。

2.5 人工肝治疗的配合 人工肝治疗的病人因长期饱受肝病折磨及经济等各方面的影响,病人常表现情绪低落,意志消沉,对新的治疗方法容易产生紧张焦虑心理。因此必须做好心理护理,向家属介绍疾病发生发展结局,治疗的必要性和可行性,加强沟通,让病人轻松接受治疗。治疗前能进食的病人应进食,不能进食者提前给以补液支持治疗。治疗前尽量排空大小便,尿频者,治疗前训练床上排尿,以保证治疗时血流畅通,治疗后因体内毒素暂时得到清除,一般病人精神食欲有明显好转,但肝功能恢复还需一段时间,应嘱病人注意休息,同时不可暴饮暴食。

3 参观或现身说法

①带领病人或家属观看工作人员的操作情况;②通过观察窗观看治疗中病人的反应及配合治疗的方法;③让已做人工肝治疗且疗效明显的病人现身说法,讲述治疗后的体会及治疗中的配合方法。

总之,通过对人工肝治疗前的病人进行系统的健康教育,减轻了病人的恐惧心理,保证病人轻松、愉快地接受治疗,促进了肝病病人的康复,受到病人及家属的好评。

参考文献

[1] 黄津芳,刘玉莹,杨春梅. 外科病人健康教育需求特点及施教对策[J]. 中华护理杂志,1999,34(5):270～271.

[2] 林菊英,巩玉秀. 整体护理概论与模式病房建设[M]. 北京:中国技术出版社,1998. 80～81.

[3] 吴伟萍,曹旭红. 30 例人工肝单纯血浆置换治疗的护理[J]. 护理研究,2003,17(9A):1020.

作者简介:孙兰珍(1963 —),女,江苏省泰州人,主管护师,大专,从事临床护理工作。工作单位:225300,江苏省泰州市人民医院。

(收稿日期:2003 - 08 - 08 修回日期:2003 - 11 - 10)

(本文编辑 张建华)

胸腔闭式引流病人的观察及护理

Observation and Nursing Care of Patients Undergoing Closed Thoracic Drainage

李润润

Li Runrun(First People's Hospital of Yangquan City Shanxi Province , Shanxi 045000 China)

中图分类号:R473.6 **文献标识码**:C

文章编号:1009 - 6493(2003)12B - 1446 - 02

胸膜腔负压是维持肺膨胀与肺气体交换的条件,正常胸内压平均低于大气压 0. 392 kPa～0. 490 kPa(4 cmH_2O～5 cmH_2O),如外伤、手术改变胸膜腔负压,则发生液气胸并发症,需恢复或重建胸膜腔负压,早期胸腔闭式引流可排除胸腔内的积液和积气[1],使肺复张,预防纵隔扑动,消除胸膜残腔,减少并发症,利于病人的康复。

1 临床资料

1992 年 —2002 年间,我院肿瘤科、心胸外科共收治开胸手术病人 1 103 例,其中男 719 例,女 384 例。年龄最小的 4 岁,最大的 82 岁。其中食管癌、贲门癌手术 860 例,肺叶切除术 105 例,先天性心脏病手术 118 例,自发性或外伤性肺修补术 20 例。所有病人均插入胸腔闭式引流管,95 %的病人于手术后 48 h～72 h 顺利拔除引流管,其余病人于术后 2 周内拔除引流管。

2 观察与护理

2.1 引流管的放置 病人行肺上叶、肺中叶切除术、胸膜剥脱术等均放置 2 根引流管,即第 2 肋间排气管、第 8 肋间排液管,而肺下叶及食管(贲门)癌切除,一般在第 7 肋间～第 9 肋间放 1 根排液管,室缺及房缺修补术放置 2 根排液管,即纵隔并心包内排液管。

2.2 低位引流 水封瓶一定低于病人胸部以下 60 cm,以预防瓶中液体倒流入胸膜腔造成感染。

2.3 保持引流管通畅 术后 30 min 挤压 1 次引流管,以防管口被血凝块堵塞。挤压方法有 2 种:①双手握管快速挤压,使气流反复冲击引流管口;②钳夹引流管远端双手挤压,防止血凝块形成堵塞管口。本组病人术后无一例出现堵管现象。

2.4 保持呼吸道通畅 鼓励或协助病人咳嗽、咳痰、体位排痰,增加肺活量,消除胸腔残气或积液腔,利于全肺复张。必要时气管内或在气管镜下吸痰。

2.5 密切观察引流液的量、色、性质 术后密切观察引流液的量、色、性质,预防并发症的发生。术后当日引流液应少于 100

© 1994-2006 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

ml/ h ,如持续 3 h 未见减少 ,颜色鲜红或暗红 ,性质较黏稠 ,易凝血 ,提示胸腔内有活动性出血[2] ,应及早报告医生 ,做好备血和重新开胸准备 ,并增加挤压胸管力度 ,预防凝血块堵塞。如引流液为清米汤样液则为乳糜胸 ,引流液 > 1 000 ml/ d ,连续 3 d 未减少 ,则需重新开胸结扎胸导管。本组发生乳糜胸 6 例 ,经手术治疗痊愈。

2.6 拔管指证 手术后 48 h～72 h ,肺复张良好 ,引流管中无气液排出 ,胸腔引流液量 < 100 ml/ 24 h ,水封管内波动度 < 2 cm ,双肺呼吸音基本相等 ,胸部 X 线显示肺已复张良好 ,即可拔除引流管。拔管前嘱病人深吸气 ,然后屏气拔管 ,立即用油纱布挤压插管处伤口 ,并结扎插管伤口 ,以防气体进入胸膜腔。

3 小结

保持胸腔闭式引流的通畅 ,是心胸外科护理的关键。胸管的引流护理直接关系到术后并发症的预防 ,要求护士具备高度责任心和专业知识。

参考文献

[1] 张爱华 ,郭淑华. 密闭式双腔胸腔引流管的制作[J]. 护理研究 , 2003 ,17(5B) :577.

[2] 黄孝近. 现代胸外科学[M]. 第 2 版. 北京 :人民军医出版社 ,1997. 290.

作者简介 :李润润(1954 —) ,女 ,主管护师 ,大专 ,从事胸外科护理工作。工作单位 :045000 ,山西省阳泉市第一人民医院。

(收稿日期 :2003 - 10 - 21)
(本文编辑 张建华)

微创冠状动脉搭桥围术期病人的护理

Peri - operative Period Care of Patients Underwent Micro - invasive Coronary Bypass

王永丽 史新华

Wang Yongli , Shi Xinhua (People 's Hospital of Xinjiang Weiwuer Nationality Autonomous Region , Xinjiang 830001 China)

中图分类号 :R473.6 **文献标识码** :C
文章编号 :1009 - 6493(2003) 12B - 1447 - 01

非体外循环冠脉搭桥术是不用体外循环支持 ,在不阻断主动脉的情况下施行的心脏手术。术后并发症少 ,住院时间短 ,医疗费用低。我科自 2000 年 2 月 —2001 年 12 月共完成非体外循环冠脉搭桥术 114 例 ,现总结如下。

1 临床资料

2000 年 2 月 —2001 年 12 月共完成 114 例非体外循环冠脉搭桥术 ,其中男 95 例 ,女 19 例。年龄 38 岁～72 岁 ,平均 56 岁。术前有不稳定心绞痛 36 例、心肌梗死 78 例 ,其中急性心肌梗死 4 例。心功能 : Ⅱ级 49 例、Ⅲ级 60 例、Ⅳ级 5 例。桥血管吻合 1 根者 5 例 ,2 根者 72 例 ,3 根者 37 例。114 例病人伴有糖尿病者 11 例。采用大隐静脉、乳内动脉及桡动脉作血管桥。死亡 1 例。

2 护理

2.1 术前健康宣教 护理人员给新入院病人做好健康宣教 ,消除病人的陌生感。入院后每日早晚吸氧 0.5 h ,改善心肌缺血 ,增加心肌供氧。同时测体重 ,以便准确用药及调整呼吸机各项参数 ,了解病人生活习惯 ,嘱病人戒烟酒 ,避免饱食 ,减少腹胀及便秘。

术前注意保护下肢静脉 ,避免穿刺 ,以备移植使用。做好术区皮肤清洁。术前 1 周停用巴米尔等药物。术前 1 日口服或肌肉注射安定 ,以保证病人有良好的睡眠。

2.2 术后护理

2.2.1 循环系统监测 持续心电监测、中心静脉压监测。术后 1 d～3 d 查全导联心电图 ,观察有无 ST - T 弓背抬高及 T 波改变 ,有无新的病理性 Q 波出现 ,及时发现心肌缺血情况。同时观察心率变化 ,注意心率维持 80/ min～100/ min。维持有创血压 12/ 8 kPa(90/ 60 mmHg) ,维持冠状动脉血流量 ,术后常规应用硝酸甘油 ,扩张冠状动脉 ,使心肌供血增加和平衡心肌负荷。

术后注意观察纵隔及心包引流液的性质、量及颜色变化 ,定时挤压引流管 ,防止血块堵塞[1]。观察尿量、颜色、性质变化。每小时记录 1 次。术后注意维持电解质平衡。

2.2.2 呼吸系统监测

2.2.2.1 呼吸机管理 本组术后均使用呼吸机 5 h～12 h ,使用时应根据血气结果及时调整呼吸机各项参数 ,观察呼吸机与自主呼吸是否同步 ,胸廓起伏幅度 ,勤听呼吸音 ,根据呼吸音情况吸痰。避免反复吸痰 ,加重气管刺激 ,吸痰时动作应轻柔 ,负压适中 ,时间不可超过 15 s ,防止损伤气道黏膜。

2.2.2.2 良好湿化 由于气管插管和机械呼吸 ,呼吸道防卫机能严重丧失[2] ,必须加强湿化并注意湿化液的选择 ,采用无菌注射用水加庆大霉素 8 ×10^4U 进行湿化 ,不用生理盐水 ,因为生理盐水进入支气管肺内水分蒸发快 ,盐分沉积在肺泡支气管形成高渗状态 ,引起支气管肺水肿 ,不利于气体交换[3]。

2.2.2.3 体疗 术后第 1 日床边拍胸片 ,了解有无肺不张及肺淤血等情况。如病情平稳可 1 h～2 h 翻身拍背 1 次 ,鼓励病人有效咳嗽。

2.2.3 血糖监测 糖尿病病人术后血糖应控制在 8 mmol/ L～10 mmol/ L。术后立即测血糖 ,治疗期间 2 h 测血糖 1 次 ,根据血糖值及时调整胰岛素的用量。

3 出院指导

①指导病人养成良好的饮食习惯 ,进食低胆固醇、多维生素 ,适当纤维饮食 ,禁烟酒 ,避免饱食和刺激性食物如浓茶、咖啡 ; ②保持大便通畅 ; ③逐渐增加活动量 ; ④嘱病人按医嘱坚持服药 ,不可随意停药或增加药量 ,如出现牙龈出血 ,皮下淤血等情况及时就诊 ; ⑤指导病人日常生活中应注意预防感冒 ,适当控制体重 ; ⑥糖尿病病人坚持使用降糖药物及饮食控制。

参考文献

[1] 史淑文 ,孙雅娟. 急诊冠状动脉搭桥病人的围术期护理[J]. 护理研究 ,2002 ,16(11) :656.

[2] 王晓东 ,周晓光. 肺表面活性物质替代疗法的护理[J]. 中华护理杂志 ,2002 ,37(7) :502.

[3] 石美玉. 人工气道湿化方法的研究进展[J]. 中华护理杂志 ,2002 , 37(7) :540.

作者简介 :王永丽(1969 —) ,女 ,河南省鄢陵人 ,护士长 ,护师 ,大专 ,从事心胸外科护理工作。工作单位 :830001 ,新疆维吾尔自治区人民医院。史新华工作单位同第一作者。

(收稿日期 :2003 - 07 - 08 修回日期 :2003 - 09 - 10)
(本文编辑 张建华)

© 1994-2006 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net