

望,甚至可能出现头痛、心率加快、血压升高、失眠、易疲劳、记忆减退、抑郁等一系列身心反应。因此,做好死者家属的安抚工作十分重要。长期以来,我们往往只重视护士的职业道德培养,而忽略了抚慰知识和技能的培训,当面对悲痛欲绝的死者家属时,仅仅有同情心是不够的,而要给予他们有利的心理支持,必要时协助其回避生死离别的悲愤场面。王桂玲^[5]对 903 人悲痛过度型和 878 人克制节哀型组死亡患者的家属 1 a 内死亡情况调查表明,2 组死亡率分别为 5%、0.08%。患者死后,护士应积极主动地给予死者家属安抚疏导,引导他们正确对待,帮助他们接受死亡的事实,降低其悲伤程度,促进他们身心平衡,开始新的生活。另外,护士可通过随访、电话等方式与他们联系。但注意不要在患者去世后最初几天内进行。

4 参考文献

- [1] 李向东. 护理临终关怀. 北京:北京医科大学、协和医科大学联合出版社,1998. 23
- [2] 崔以泰,黄天中. 临终关怀学理论与实践. 北京:中国医药科技出版社,1992. 4
- [3] 孟丽娜,滕爱萍. 病人重危应让其家属在场. 国外医学护理学分册,2000,19(7):318
- [4] 王亚丽,孙辉. 对临终患者家属的护理. 国外医学护理学分册,1996,15(1):17
- [5] 王桂玲. 对临终患者家属的护理体会. 实用护理杂志,1993,3(1):40

(2002-08-23 收稿,责任编辑 郭青)

异丙酚静脉全麻下人工流产手术 360 例护理体会

柳荣革 马丽娜 陈慧 (武警北京总队医院手术室,北京 100027)

R47 B

关键词 静脉全麻 异丙酚 人工流产

我院自 2001 年 9 月~12 月共为 360 例早孕妇女实施异丙酚静脉全麻下人工流产手术。异丙酚具有可控性强、人睡舒适、苏醒迅速的特点适用于刺激较小的人工流产手术。无痛人流手术必须在手术室内进行,要求有较好的监测设备及呼吸支持装置,对护士的配合工作提出了较高的要求,现将手术中护理体会总结如下。

1 临床资料

早孕妇女 360 例,年龄 17~45 岁,体重 36~74 kg,ASA I~II 级,妊娠 5~11 周。麻醉诱导采用异丙酚 2~4 mg/kg,起效时间(38±6.2)s,末次注药至清醒时间(7.8±2.6)min^[1]。全部受术者麻醉效果满意,术后询问均无疼痛记忆。其中术后回忆有美梦史占 74.4%,人流综合征发生率为 0。术中 SpO₂ < 92% 以下发生率为 40%,一过性呼吸暂停发生率为 7%,予以辅助呼吸或面罩加压给氧后均好转,术中血压或心率下降者发生率为 18%,用麻黄素或阿托品后均好转。所有患者术毕恢复均良好,无不良反应的发生。

2 术前准备

2.1 一般准备 准备手术常规器械及仪器,检查手术间电源设备及负压吸引装置,氧气设备,监护仪器,适当调节室温。

2.2 药物准备 (1)抽取异丙酚 200 mg/ml, (2)备好抢救药品,如阿托品 0.5 mg/ml、麻黄素 10 mg/ml, (3)缩宫素 10 U/

ml。

2.3 患者准备 患者入室后,查阅门诊病历,了解孕妇一般情况,孕周有无高危因素,针对孕妇的心理特点实施相应的心理护理,主动介绍无痛人流的特点及成功率,增强患者信心,使其能够主动配合,情绪平稳,安全渡过手术期。

3 手术配合

孕妇入室后,取肘正中静脉建立静脉通道,指导孕妇取膀胱截石位,手术区域常规消毒,配合麻醉人员,静脉缓慢推注异丙酚 2~4 mg/kg^[2]。

手术在孕妇意识消失后进行,此时护理工作应注意几点:(1)维持静脉通路。按医嘱追加维持量麻药;(2)做好台下巡回工作,连接负压吸引器,调节手术灯位置;(3)注意孕妇一般情况,如发现肢体扭动,即报告麻醉医师并立刻制动;(4)注意患者呼吸、心血管等各类参数变化。如有意外,及时报告并配合抢救。

术毕将受术者体位摆平,待患者清醒,询问有无不良感觉。送回观察室休息。统计术中药物用量,各项生命体征变化数据及人流手术各项常规数据,由医师记录备案。

4 体会

4.1 实施术前心理护理,平稳渡过麻醉诱导期 人工流产手术由于具有涉及患者隐私等独特的特点,使多数受术者术前产生较剧烈的心理反应,如何消除患者不良情绪、缓解恐惧紧张等反应,对于平稳渡过麻醉诱导期,减少术后不良反应具有重要影响。对于进入手术室的孕妇,一定要表现出关心、同情和理解,并详细询问、仔细倾听受术者的各种陈述,使其产生安全和信任感。对于各种疑问耐心地解释指导。

作者简介:柳荣革,女,1969 年出生。大专学历,主管护师。从事手术室护理工作。

实践证明,适度的关心和倾听会使大多数患者心情放松,并且术毕回忆有美梦出现,没有发生任何不良反应。

4.2 药品准备到位,用药及时有效 由于单纯异丙酚麻醉需要较大的用量,对于呼吸和循环系统都有一定的影响^[3],在整个手术过程中,可能涉及到的药品有异丙酚、抢救药、子宫收缩药等,所以护士应该熟悉所有药品的性能、位置,对给药方法与给药速度均应严格把握。

4.3 密切观察,严防意外,确保手术安全 异丙酚全身麻醉达到较深的程度时,护士应观察患者的呼吸频率、幅度及口唇粘膜色泽变化,同时还要熟练掌握观测仪。熟悉对于血压、SPO₂的观察,一旦发生呼吸抑制、血压下降、心率下降、体动等情况,注意及时报告麻醉医生并配合麻醉医生进行给药、面罩加压给氧或制动等措施。术中对于护士的配合要求较高,各方面的工作要注意先后次序,达到有条不紊、及时准确,既要保证为手术医生提供便利的条件,又要协助麻醉医生维持患者术中安全。

4.4 术毕总结数据,做好患者离开手术室前的心理教育 手术结束后,对于各项数据应严格统计上报,并对手术中发

生的各项变化(及处理)总结经验。手术做完后多数患者感到情绪放松,易产生麻痹心理,此时护理工作还要注意向患者讲清术后注意事项,包括静脉全麻后虽然清醒但要避免从事危险性的工作如开车、爬高等,术后采用正确的避孕措施等,在观察室注意患者有无术后不良反应及并发症的发生^[4]。

5 参考文献

- [1] 袁宁,叶钦虎,易杰.老年和青年患者诱导剂量单次静脉注射异丙酚的药代动力学比较.中华麻醉学杂志,2002,22(5):315
- [2] Mackenzie N, Grant IS. Propofol for intravenous sedation. Anesthesia, 1987,42:3-6
- [3] 段世明,郑斯豪.麻醉药理学.上海:科学技术文献出版社,1996.98
- [4] 赵宝生,顾建群,陶国才.丙泊酚无痛人流麻醉后头部异常摆动一例.临床麻醉学杂志,2002,18(9):535
(2002-12-23 收稿,责任编辑 徐 焯)

21 例急性心肌梗死后高危心律失常的护理

李 红 杨玉凤 (武警总医院心内科,北京 100039)

R47B

关键词 急性心肌梗死 心律失常 整体护理

我科自 1995 年 1 月~2001 年 12 月共收治急性心肌梗塞后高危心律失常患者 21 例。我们对患者实施分期整体护理,收到满意效果,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组 21 例患者,男 16 例,女 5 例,平均年龄 56 岁,均符合 WHO 的急性心梗后高危心律失常的诊断,心电图示前壁心梗 8 例,广泛前壁心梗 8 例,下壁心梗 6 例,后壁及右室心梗各 1 例。AMI 后频发室早 9 例,伴室速 2 例,室颤 2 例,发生房室传导阻滞 5 例,窦性心动过缓 3 例。

2 护理

2.1 危重期护理

2.1.1 主要护理诊断 (1)组织灌注量改变:与室速及室颤至各组织灌注量减少有关;(2)潜在的心脏骤停:与再灌注性心律失常、电解质紊乱有关;(3)焦虑:与疾病严重威胁生命有关。

2.1.2 护理措施 (1)迅速将患者安置于 CCU 行鼻导管吸氧,3~5 L/min,保持呼吸道通畅;迅速建立双静脉通道,保证

抢救药物准确、及时、迅速、按量输入;进行连续的心电监测,密切观察心率、心律、血压、尿量以及患者神色的变化,发生室颤患者,应除颤,出现高度或Ⅲ度房室传导阻滞,条件允许的应安装临时起搏器;及时发现休克、阿斯综合征、心脏骤停的前兆,及时处理;(2)绝对卧床休息,指导训练患者床上排便,按摩腹部预防便秘,被动活动肢体,做好口腔、皮肤护理,满足生活基本需要;(3)AMI 为突发且病情严重,患者此期的主要情绪障碍是焦虑,而焦虑可引起交感神经兴奋,通过下丘脑垂体、肾上腺系统,释放过多的儿茶酚胺类神经递质,导致血小板聚集、血粘度增高、血管收缩,加重心肌缺血缺氧,当大面积心肌缺血导致心律失常或致命性传导紊乱时,可发生猝死^[1-3],因此早期的心理康复护理是疾病早期康复护理的先导,是成功的保障。针对这种情况,应及时了解患者的焦虑程度,耐心做好解释安慰工作,主动介绍病区环境、监护仪器设备及有关工作人员,帮助患者熟悉环境,建立良好的护患关系,取得患者的信任,讲解有关的医疗知识及病情知识,鼓励安慰患者,有计划的让患者认清自身状态,振作精神与疾病斗争,建立高质量的社会复归信心。

2.2 恢复期护理

2.2.1 主要护理诊断 (1)潜在感染的危险:与电击除颤时皮肤损伤、组织缺氧、机体抵抗力降低、吸入等因素有关;(2)排便异常:与便秘、卧床、食量减少有关;(3)活动无力:与心

作者简介:李 红,女,1963 年出生。本科学历,主管护师,护士长。主要从事心内科疾病护理工作。