

价格适中,与反复穿刺相比治疗费用低,可减轻患者经济负担。传统的方法由于反复多次行胸腔穿刺,气胸、感染等并发症发生几率增加,患者痛苦大,对侵入性操作产生恐惧心理,难于坚持完成医生制定的化疗方案,不能取得预期疗效,使患者因此失去治疗机会。在护理中首先要做好患者的心理护理工作,使其积极配合治疗。置管后要做好导管的护理,使引流管固定牢固,及时冲洗,保持导管畅通,每次操作应严格按照无菌要求进行,预防感染,加强整体护理,做好运动指导,针对各种化疗不良反应采用不同的治疗、护理措施,保证患者顺利完成化疗方案,取得预期疗效,提高患者生存质量。

参考文献:

[1] 周际昌. 实用肿瘤内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,

2003:92-94.

[2] 王艳荣. 恶性肿瘤患者诊断初期的心理状态及护理对策[J]. 护理学杂志,2005,20(3):13-15.  
[3] 范小红,韩宝惠. 恶性胸腔积液的治疗[J]. 中国呼吸与危重监护杂志,2007,4(3):79-80.  
[4] 孙红文,周华,杨学庆,等. 微创置管引流灌注高聚生治疗恶性胸腔积液[J]. 中国肿瘤临床,2000,27(1):62-63.  
[5] 龚海云,刘平. 胸腔灌注化疗联合全身热疗治疗恶性胸腔积液的护理[J]. 护理学杂志,2008,23(9):30-31.

本文编辑:牟丽洁 2009-05-12 收稿

# 局麻下白内障超声乳化吸除人工晶体植入术 169 例术中预见性护理

刘彩霞,袁 慧,赵 瑜

(宝鸡市中心医院 陕西 宝鸡 721008)

2008 年 6~12 月,我们为 169 例(169 眼)白内障患者行局麻下白内障超声乳化吸除人工晶体植入术,术中进行精心预见性护理,效果满意。现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 本组白内障患者 169 例(169 眼),男 82 例,女 87 例,年龄 47~89 岁。术前合并器质性心脏疾病 5 例,原发性高血压 7 例,糖尿病 4 例,脑梗死 2 例,肺心病 1 例。均行超声乳化吸除人工晶体植入术。

1.2 手术方法 术前用复方托品酰胺滴眼 4~6 次充分散瞳。表面麻醉加球后阻滞麻醉。常规消毒铺巾,开睑器开睑。采用巩膜隧道切口,以上穹隆为基点,做 L 型结膜瓣,注入黏弹剂,连续环形撕囊,充分分离后进行超声乳化操作。术中超声能量为 30%~60%,超声乳化平均时间为 30.20 s。囊袋内植入人工晶体,注吸残留黏弹剂,闭合切口。

## 2 结果

手术均在 20 min 内完成。2 例术前合并高血压的患者术中出现心悸、心率快、血压升高表现,手术暂停 1 min,经加大氧流量、安静放松后恢复,手术正常进行。术后第 2 天裸眼视力 0.5~1.2 者 165 眼(98%),低于 0.5 者 4 眼(2%)。术后角膜不同程度水肿 11 例,经积极处理,均于术后 1 周内消退,余无严重术中、术后并发症。术中患者配合良好,护理到位,无一例因护理工作影响手术进展,手术医生满意度由 92% 上升到 97%。

## 3 术中预见性护理

3.1 心理护理 ①高龄白内障患者在术前的心理状态非常复杂,既需要手术,又对手术恐惧,大部分患者存在焦虑和抑郁双向心理应激状况<sup>[1,2]</sup>。因眼疾自理能力下降,心理负担重,而眼科手术要求患者绝对安静不动,赢得患者配合很关键。针对这一特点,术前 1 d 巡回护士根据患者职业、文化程度、情绪向其介绍眼科专家、手术方式先进性,告知手术基本

过程及麻醉方法,讲解配合方法及重要性。介绍同病区术后康复患者,解除患者思想负担。②术日晨热情接待并告知患者护士将一直陪伴其身边。入手术室后与患者亲切交谈,分散其注意力,帮助其减轻紧张情绪。③术中巡回护士及时关心、询问患者,缓解其紧张心理,增加其安全感。

3.2 一般护理 ①认真落实查对制度。核对患者姓名、床号、住院号、手术名称等,确认术侧眼、人工晶体度数及型号,检查术前准备完成情况。②协助患者取平卧位,用中单固定双臂,必要时垫软枕,使其卧位尽可能舒适。常规经面罩吸氧,2~3 L/min,以改善眼部血液循环,防止憋气所致的眼压升高,利于手术后切口愈合<sup>[3]</sup>。③手术在患者清醒状态下进行,相对固定其头部。巡回护士要嘱患者手术过程中尽量避免咳嗽、打喷嚏、憋气等可导致眶压及后房压力增高的因素,勿讲话,勿做挪动身体等危险动作。老年患者术前应排空大小便,防止因紧张而致尿频,影响手术配合。女性患者还应妥善处理脑后发辫及金属发卡,松开领结及腰带,使卧位舒适,呼吸畅通,防止因术前护理不到位引起铺巾消毒后患者无法耐受而拖延手术时间。④白内障高发于老年人群,老年人各种脏器功能减退,机体代谢能力下降,常常合并其他脏器疾病。而眼科手术铺巾又限制了术中的观察,在严格筛选手术适应证、积极治疗合并症的前提下,术中监测不可忽视。对有合并全身疾病的患者,入手术室后常规连接心电监护仪,持续监测血压、脉搏、血氧饱和度、呼吸,发现异常情况及时向医生汇报并处理。

3.3 做好手术配合 术前配合医生试机,调整好灌注液高度,测试超声乳化仪各项性能及脚踏开关性能是否完好,正确连接各种管道,协助医生调整显微镜及超声乳化仪各项技术指标,熟练掌握仪器性能,密切配合手术。

3.4 防止医源性感染 各项操作严格执行无菌操作原则,防止污染。眼内感染是眼科手术最严重的并发症之一。手术

室人员及物品的接触污染、患者自身感染、手术室空气污染是造成切口感染的三大因素<sup>[4]</sup>。手术室护士直接参与手术配合,加之眼科手术节奏快、手术时间短,术中众多环节直接影响患者术后康复。严格遵守《消毒技术规范》。眼科手术使用的散瞳剂、表面麻醉药要新鲜,使用 24 h 后即有可能污染,要及时更换<sup>[5]</sup>。对术中使用的器械、敷料及一次性物品如黏弹剂、缝线及内植人工晶体等严格检查,一人一用,确保灭菌效果。手术人员认真落实手卫生,在连台手术中间及护理操作前后及时洗手,防止接触感染。

3.5 防止术中发生紧急意外情况 眼科手术损伤小,但护士思想上不能放松,尤其是对术前合并全身性疾病的患者,除积极治疗合并症外,术中要有预见性思维,准备好抢救用物的同时随时观察,以便及时发现意外情况,为手术、抢救争取最佳时机。注意防止出现以下几种情况:①局麻药物毒性反应:老年人由于脏器功能衰退,代谢功能低下,对麻醉药较为敏感,手术刺激和疼痛带来的不适可使机体应激性增加。护士在局麻药注射完成后协助观察效果,如发现患者嗜睡、寒战、头晕、不安等立即停止注射,配合抢救。②眼心反射:眼科手术中,牵拉眼外肌或压迫眼球可引起心率减慢或心律失常的表现,称眼心反射,严重时可导致患者死亡<sup>[6]</sup>。牵拉眼外肌时注意观察,若患者出现心率减慢、恶心、胸闷,立即通知术者停止手术。症状轻微者暂停操作 3~5 s 后可自行缓解。本组有 2 例出现眼心反射,停止手术 1 min 后自行缓解。为明显呼吸

困难、恶心、咳嗽严重者加大氧流量,建立静脉输液通路,遵医嘱应用药物。

#### 4 小结

眼科手术中的护理质量直接影响手术的治疗效果。白内障患者的特殊化又给手术治疗增加了一定的风险,在手术中应用预见性思维,采取相应的护理干预措施积极防范,是保障手术顺利完成的重要环节。

#### 参考文献:

- [1] 邵佩云. 老年性白内障患者围术期的心理分析及护理[J]. 国际医药卫生导报, 2005, 5: 77-79.
- [2] 薛柏余, 黄颖. 老年性白内障患者手术前后的心理状态及护理对策[J]. 解放军护理杂志, 2007, 24(8A): 33-35.
- [3] 陈春兰. 表面麻醉下超声乳化白内障摘除手术的配合与护理[J]. 青海医学杂志, 2003, 33(9): 49.
- [4] 王晓蔚, 许秀梅, 朱自力, 等. 洁净手术部动态微生物学监测与控制[J]. 护理学杂志, 2007, 22(10): 13.
- [5] 刘鲁霞, 张桂芳, 王惠董. 眼药滴瓶口颈细菌污染原因分析[J]. 护士进修杂志, 2002, 17(1): 14.
- [6] 葛坚, 崔浩. 眼科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 39-40.

本文编辑:李富青 2009-05-03 收稿

## 高血压脑出血机械通气患者安全吸痰临床护理

于保敏

(枣庄市立医院 山东 枣庄 277100)

2005 年 1 月~2006 年 5 月,我们共收治需机械通气的高血压脑出血患者 75 例,并给予安全吸痰,效果满意。现报告如下。

### 1 临床资料

本组需机械通气的高血压脑出血患者 75 例,男 43 例,女 32 例;年龄 30~68 岁。其中气管插管 67 例,气管切开 8 例。机械通气模式为 A/C、SIMV、PSV。所有患者神志不清伴呼吸功能不全。

### 2 结果

本组机械通气时间 3~17 d,无一例发生低氧血症、呼吸机相关性肺炎。其中 73 例患者顺利脱机,48 例患者神志恢复正常,2 例因病情危重死亡。

### 3 安全吸痰

#### 3.1 吸痰前评估

3.1.1 依据听诊确定痰液位置及性状适时吸痰 呼吸道痰液滞留达一定程度可在患者床旁或胸部听到痰阻声或痰鸣音,提示需要吸痰。声音不同可反映痰液的性状、多少和在呼吸道的部位,从而指导护士采取不同的吸痰方法。把听诊器置于胸骨上窝或站在患者床旁,如能听到“呼噜”声,表明大量糊状痰液淤积在上呼吸道,应立即吸痰。听诊器放置第 3~4 胸椎两旁,如听到“呖哈”支气管肺泡呼吸音并夹杂低调较远

的“啞啞”声,是分泌物黏稠,在支气管内形成薄膜,使管腔变窄,气流通过时产生震动而致。黏痰多存留于下呼吸道,痰鸣音相对固定,痰液不易吸出,可先做雾化,再结合自下而上叩背,促使痰液脱落,经支气管舒缩及纤毛运动使痰液排入大气道,此时在胸骨上窝可听到“呼噜”声,即可吸痰。

3.1.2 根据痰液性状选择恰当方法适时吸痰 通常痰液因含水量差异而呈不同性状,不同性状的痰液应该采用不同吸痰方法才能取得满意效果。稀薄痰液含水较多,痰液连接性差,用普通吸痰管吸痰一次吸出量较少,可能需要反复吸痰。稀薄痰液的分布受体位影响,平卧、侧卧位时易存留于喉、气管或支气管,用较细多硅橡胶软管并用负压吸引,可在短时间内吸净,延长每次吸痰间隔,而且多孔结构减轻了负压对气管黏膜的机械刺激和损伤。若反复吸痰增加对呼吸道刺激,可使分泌物生成增多。较黏稠分泌物含水量较少,痰液连接较紧密,容易一次吸净,但使用一般吸痰管由于顶端孔较小被痰液堵塞,易出现痰管瘪陷,尤其细管明显。此时应选较粗硅胶软管,直接置于痰液处边吸边旋转吸引,避免在气管内反复上下提插。特黏稠痰液容易形成痰痂堵塞吸痰管小孔,吸痰过程中应注意避免深部过大负压吸引,防止吸痰管小孔直接贴于气管黏膜造成的损伤,预防黏膜水肿、出血和血痂形成。一旦形成血痂,痰液以血痂为核心凝聚增大,不仅阻塞气