

1 例人类免疫缺陷病毒-1 感染孕妇引产的护理

徐梅, 杨红(重庆市肿瘤研究所妇产科 400030)

【摘要】目的 探讨人类免疫缺陷病毒(HIV)感染者在分娩过程中的消毒隔离护理方式。**方法** 采用院内一般护理、分娩护理和出院指导的步骤对患者进行护理。**结果** 能有效减少和避免 HIV 病毒的传播。**结论** 规范护理, 做好消毒隔离, 是预防医源性 HIV-1 病毒传播的有效方式。

【关键词】 人类免疫缺陷病毒; 引产; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.22.060

中图分类号:R512.91

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)22-2533-02

艾滋病是由人类免疫缺陷病毒-1(HIV-1)引起的以 T 淋巴细胞损害为主的传染性疾病,我国于 1986 年发现首例 AIDS 患者以来,每年都有报告发生,且报告的省市及人数呈上升趋势^[1]。在全世界范围内,艾滋病在死因谱中排第 4 位。HIV 感染者在分娩过程中,亦是 HIV-1 病毒的高危传播途径。加强分娩过程的消毒隔离护理,能有效减少和避免 HIV 病毒的传播。本科室于 2009 年 7 月 22 日对 1 例 HIV-1 感染孕妇进行引产,现将护理体会报道如下。

1 临床资料

患者,女,21 岁,24 周孕 G₁P₀,查出 HIV-1 抗体阳性 1 周,有静脉吸毒史,B 超提示胎儿脑积水。白带 II 度,血常规正常。于 2009 年 7 月 21 日入院,神志清楚,查体配合,体质量 60 kg,体温 37℃、脉搏 80 次/分、呼吸 18 次/分,BP 120/80 mm Hg 子宫高脐下一横指,腹围 90 cm,有胎体感。住院后监测 4 次体温均正常。于 2009 年 7 月 22 日 15:00 行利凡诺 100 mg 羊膜腔内注射,穿刺 1 针,过程顺利。术后每天 4 次体温均正常。于 7 月 23 日 18:00 开始有规律宫缩,7 月 24 日 6:00 娩出一女性死胎,脑积水,胎盘胎膜完整,蜕膜缺 1/3,分娩过程失血 100 mL,为预防产后出血,遵医嘱予以 5%GS 500 mL 加缩宫素 20 单位静脉滴注帮助子宫收缩,同时行清宫术刮出蜕膜组织 100g。产后恢复好,于 3 d 后出院。

2 护 理

2.1 心理护理 患者由于缺乏对 HIV 感染的认识,得知自己感染 HIV-1 后,生命受到威胁,表现出焦虑、恐惧情绪。特别是得知胎儿因宫内感染 HIV 病毒而导致畸形,必须引产终止妊娠,更是悲观绝望,表现出愤怒、仇视、自杀等行为。护理人员应及时作好心理疏导,建立良好的护患关系,尊重患者的人格、隐私,严格保密,作好家属思想工作,建立家庭心理支持系统^[2]。向患者讲解 HIV-1 感染的现状、病理分期、传播途径,减轻患者不能顺利诞下宝宝的负疚感;讲解分娩的过程和可能出现的情况及应对方法,使患者和家属对生产有充分的准备,积极配合治疗和护理工作。

2.2 一般护理 患者入院后住单间病房,方便医生、护士、患者交谈沟通。病室保持通风良好,温度、湿度适宜,门口放消毒液地垫,严格血液、体液隔离。医护人员不接受未经患者同意及其他人员的病情咨询^[2]。注意营养、饮食合理,皮肤卫生,指导家庭成员掌握自身防护知识,不共用牙刷、剃须刀、理发工具等。患者的血液/体液、大小便污染过的衣物、床上用品,要用沸水加消毒剂浸泡后再清洗。家庭成员要保护自己皮肤的完整,接触患者前后要洗手,必要时戴手套。工作人员皮肤黏膜

有破损者避免接触患者,治疗护理集中进行,接触血液或体液操作时,应戴手套,穿隔离衣、帽子、口罩,必要时戴眼罩。患者生活垃圾用黄色垃圾袋单独放置,特别注明,集中处理。

2.3 分娩期的护理

2.2.1 临产 有规律宫缩后患者进入隔离产房待产、分娩。派 2 名有经验的、皮肤黏膜无损伤的助产人员,着防护服、防护镜、防护靴,戴口罩、双层手套专人观察助产。产床使用一次性塑料膜铺垫^[3],产床周围地上可能被溅上血液和羊水的地方铺上吸水性强的草纸,使用一次性产包,一次性包皮包。提前建立静脉通道,以便需要时给药。

2.2.2 碘膜 随着宫口开大 3~4 cm,羊膜囊会脱出于阴道口外。防止因宫腔压力和腹压增加,导致羊膜囊的骤然破裂,使羊水四溅,污染环境。先用艾利克原液消毒会阴及羊膜囊,铺巾后在宫缩间歇用 7 号针头在羊膜囊最低处刺一小口,让羊水缓缓流出,避免羊水和分泌物的喷射。

2.2.3 分娩拨露后,协助患者娩出死胎及其附属物。测量死胎身长、体质量,检查软产道无裂伤。检查胎盘胎膜完整,蜕膜缺 1/3,需清宫。为预防产后出血和二次污染产房,征得医生同意,予以宫缩剂后,重新铺巾行清宫术。观察 2 h 无异常,送回病房休息。

2.2.4 用物处理 被污染的一次性用物及无保留价值的物品等均打包焚烧。死胎及附属物用装有 10% 甲醛的专用袋封装,专车送火葬场焚烧。产房和病房用 500 mg/L 含氯制剂喷洒消毒后,用甲醛或过氧乙酸熏蒸消毒。布类先用 500 mg/L 含氯制剂浸泡 30~60 min 后清洗。

2.4 出院指导

2.4.1 指导 产妇观察恶露性状,进食高蛋白饮食,进行产后康复锻炼,遵医嘱用药,定期产后复查。

2.4.2 制订 书面的 HIV 感染的健康教育指导给患者,让其配偶和密切接触的家人尽快到正规医院抽血做 HIV 检查,早期到传染病医院或综合医院的传染科接受规范化治疗,避免传染更多的人。

3 讨 论

HIV 阳性患者引产,首先要作好医护人员职业安全培训,上报医院感染科,请求得到感染科的专业指导,使医护人员认识到生产过程是传染 HIV-1 的高危途径,要加强自身防护、规范操作,避免职业暴露。同时对患者要做好心理护理和健康教育,使患者认识疾病,配合治疗护理,规范做好消毒隔离,预防医源性 HIV-1 病毒传播。

参考文献

[1] 崔树起. 社区及农村基层卫生人员传染性疾病防治培训教材[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003.

[2] 周珠英, 陆敏, 王凤岚, 等. 4 例艾滋病孕妇剖宫产手术的

护理及随访[J]. 中国艾滋病性病, 2009, 15(2): 648-649.

[3] 颜艳, 顾春玲, 万利. 6 例艾滋病护理体会[J]. 泸州医学院学报, 2003, 26(6): 561.

(收稿日期: 2010-06-25)

96 例原发性青光眼患者的心理护理

汪屏兰(重庆市涪陵区人民医院眼科 408000)

【摘要】 目的 针对原发性青光眼患者的心理问题, 探讨对原发性青光眼患者实施心理护理的方法和措施。
方法 运用护理程序的方法, 对 96 例原发性青光眼患者实施心理护理。
结果 根据患者不同的心理特点、心理反应而采取相应的心理护理措施, 能有效控制和稳定原发性青光眼患者的情绪, 避免青光眼的急性发作, 缓解疼痛等不适。
结论 对原发性青光眼患者实施有效的心理护理, 能配合达到最佳治疗护理效果, 有效保存视功能。

【关键词】 原发性; 青光眼; 心理护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2010.22.061

中图分类号: R775.2

文献标志码: B

文章编号: 1672-9455(2010)22-2534-02

青光眼是一组以特征性视神经萎缩和视野缺损为共同特征的疾病, 病理性眼压增高是其主要危险因素之一^[1]。青光眼是主要致盲眼病之一, 而且青光眼引起的视功能损伤是不可逆的, 后果极为严重。情绪激动、疲劳等常可诱发本病。青光眼患者因症状重, 视力急剧下降, 给患者身心带来极大痛苦, 引起焦虑、恐惧、情绪激动等一系列心理变化。而这些不良心理变化可引起交感神经兴奋, 血管神经调节中枢失调, 引起血管舒缩功能紊乱, 使毛细血管扩张, 血管渗透性增加, 瞳孔扩大, 而引起睫状体水肿, 向前移位而堵塞房角; 同时房水生成过多, 后房压力升高, 周边虹膜向前膨隆而促使房角关闭, 房水循环受阻, 导致眼压急剧升高而加重视神经的损害^[2]。患者的个性、应激、行为模式、社会支持等心理社会因素与青光眼的发生、发展及康复密切相关^[3]。因此, 对原发性青光眼患者实施心理护理, 能有效预防青光眼的急性发作, 保存视功能, 在青光眼的治疗中, 具有十分重要的意义, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2006 年 1 月至 2009 年 12 月, 本院共收治原发性青光眼患者 96 例, 108 只患眼, 其中男 29 例, 女 67 例, 年龄 34~75 岁, 平均 55.6 岁。临床表现为剧烈头痛、眼痛、畏光、流泪、雾视、虹视, 视力急剧下降, 瞳孔散大, 对光反射迟钝或消失, 伴恶心、呕吐等。查视力光感至 0.3 之间, 结膜混合性充血, 角膜上皮水肿, 前房浅, 房角狭窄或关闭, 眼压 21~60 mm Hg。

1.2 治疗与结果 根据病情及眼压, 积极采用单独或联合用药, 通过缩小瞳孔, 开放房角, 减少房水生成, 减少眼内容物等来降低眼压。用药物将眼压控制后再施行周边虹膜切除术、激光虹膜切除术或小梁切除术等。经以上治疗及因人施护的心理护理, 96 例患者遵医行为良好; 95 例患者情绪稳定, 1 例患者因家庭原因导致心情烦躁, 情绪出现波动; 96 例患者均能将眼压控制在 10~21 mm Hg; 76 例患者视力高于入院时视力, 14 例患者视力保持于入院时视力, 6 例患者视力低于入院时视力。

2 心理护理

心理护理是针对患者现存的和潜在的心理问题、心理需要及心理状态, 护士运用心理学知识或技术给患者关怀、支持和帮助, 以满足患者的需要, 解决心理问题, 提高患者和家属对疾

病带来的变化的适应能力, 进而促进患者成熟和发展。心理护理强调个体化的护理, 每个人的先天素质不同, 后天教育和训练、个体成长的环境、生活方式、学习机会、社会实践、个人主观能动性等诸多方面也是不同的, 因此形成了个体的独特性, 也会造成他们对待疾病的心理及行为反应不同。护士的责任是帮助千差万别的人达到治疗和健康所需要的最佳身心状态^[4]。

原发性青光眼患者大多数性情急躁, 情绪容易激动。患者个性偏于社交内向, 忧虑、抑郁, 对外界社会环境适应能力差, 情感稳定性差。

2.1 心理评估

2.1.1 心理评估范围 首先要了解患者的一般情况, 如婚姻状况、职业、工作状况、文化程度、经济状况等; 其次, 要了解患者对疾病和疾病带来的潜在威胁的感知和认知; 然后, 要了解患者的生理、活动与锻炼、睡眠与休息等。

2.1.2 心理评估方法 通过行为观察、访谈对患者进行心理评估, 并用汉密顿焦虑量表、症状自评量表、护士用住院患者观察量表(NOSIE)对青光眼患者进行心理测验, 充分了解患者的心理活动和特征。

2.2 提出心理问题

2.2.1 恐惧 这是原发性青光眼患者最常见的心理状态, 由于发病突然, 视力急剧下降, 眼痛、头痛的症状较重, 患者对疼痛难于忍受的同时害怕失明, 须做手术者对手术感到畏惧从而产生紧张和恐惧的心理。

2.2.2 焦虑 由于对病情不了解, 缺乏对青光眼的认识, 对青光眼的治疗、护理及其预后不了解, 患者对能否恢复视力十分担心, 对以后的生活和工作顾虑重重。另外, 家庭关系、人际关系、工作压力、经济状况等也使患者的心理负担加重, 而产生焦虑心理。

2.2.3 绝望 原发性青光眼患者性格比较急躁, 平时情绪就容易激动, 有时会莫名其妙地发脾气。有些事情在别人眼里不算什么, 而青光眼患者则反复思考、认真追究。一旦激动可导致交感神经兴奋, 引起青光眼急性发作。急性发作后, 性情更加急躁, 情绪更难于控制, 表现为烦躁、易怒。

2.2.4 功能障碍性悲哀 一些已经失明的患者以及治疗效果不佳、症状控制不理想的患者, 往往会对治疗丧失信心, 产生悲观抑郁的心理。