

1 000 mL, 有 1 例出血超过 2 000 mL, 出现低血容量性休克 3 例。本科室针对慢性扁桃体炎切除术制订了出血急救预案, 术前准备: 常规抽血检测血型, 术中必须建立静脉通道, 术后出血患者备好氧气、负压吸引器等各种急救物品, 密切配合医生积极地采取止血措施。输血 1 例, 因手术过程中损伤舌背动脉, 立即行颈外动脉结扎术, 同时建立双静脉通路, 输全血 800 mL; 术后小血管出血 20 例, 立即缝合或结扎; 术后伤口渗血 10 例, 给予加压压迫, 再用可吸收纱布止血; 3 例低血容量性休克患者在 20~30 min 得到纠正。经过密切观察和抢救, 出血患者均脱离危险。

2.2 伤口感染的预防和护理 术后动态观察患者的体温变化, 严格按医嘱使用头孢类抗生素及替硝唑, 同时注意口腔卫生, 术后次日指导患者用 0.5~1% 双氧水(过氧化氢)漱口; 每天密切观察手术创面情况, 术后腭弓肿胀, 创面不生长白膜, 或白膜生长不匀, 且术后咽痛逐渐加重。本组有 3 例患者发生了术后感染, 手术后 3 d 体温突然升高或术后体温一直持续在 38.5℃ 以上。鼓励患者增加饮水量, 给予物理降温, 加强口腔护理; 护士及时发现并通知当班医生积极处理, 医嘱使用大剂量抗生素每日 2 次; 控制探视人员, 严格无菌操作。经积极治疗和护理, 患者的感染得到控制, 体温恢复正常。

2.3 肺部感染的护理 术后第 2~3 天患者出现高热、咳嗽、胸痛等症状, 体温 39.2℃ 以上, 抽血化验: 白细胞(12~15)×10⁹/L; X 线胸片提示: 肺部感染。护士应协助患者半卧位, 立即给予氧气吸入, 物理降温, 严密监测生命体征, 鼓励患者多饮水, 同时请呼吸内科医生会诊后, 遵医嘱给予大剂量抗生素治疗, 2 d 后患者症状缓解, 复查血常规: 白细胞降至(8.2~9.5)×10⁹/L, 患者不适症状缓解, 体温逐渐恢复正常。

2.4 扁桃体残体的治疗和护理 与患者或家属进行充分、有效地沟通和耐心解释, 消除患者的恐惧和思想顾虑, 取得患者的密切配合, 同时做好再次实施手术的准备。本组扁桃体残留 7 例, 6 例再次手术, 术后恢复好; 1 例院外转入患者因扁桃体残留失血过多, 抢救无效死亡。

2.5 放射性耳痛的治疗和护理 放射性耳痛是慢性扁桃体炎

切除术后常见临床症状, 一般不需特殊治疗, 大多数患者疼痛较轻微, 能忍受, 但有少数患者感到双耳疼痛剧烈, 可遵医嘱给予镇痛剂。同时, 多关心患者, 采用心理治疗和护理也具有较好的效果^[2]。

3 讨 论

扁桃体手术是耳鼻咽喉科常规手术, 腭扁桃体的血液供应十分丰富, 动脉有 5 支, 均来自颈外动脉的分支, 其中面动脉的扁桃体支分布于腭扁桃体实质内, 是主要供血动脉^[3]。扁桃体术后最常见的并发症是出血, 出血发生率一般为 2%~8%^[4-5], 原发性出血者均为局部麻醉术后, 出血的主要原因为局部麻醉术中止血操作较难, 导致止血不彻底、留有残体以及术后肾上腺素的反射性扩张作用所致; 其次为术后咽部活动过甚, 如咳嗽、吞咽以及老年患者合并高血压、糖尿病等全身疾病。继发性出血常发生于术后 5~6 d, 常因患者进食不慎擦伤创面处可致出血^[3]。如果术后护理不当、饮食不适、健康教育不到位, 也可引起感染, 甚至大出血。因此作者认为, 术前严格掌握手术适应证; 术后密切观察病情变化及伤口情况; 给予正确的饮食指导, 有效的疼痛护理、口腔护理及健康宣教, 可最大限度地减少术后并发症的发生率, 提高手术患者的安全性。

参考文献

- [1] 王进萍, 王进英. 慢性扁桃体炎扁桃体切除术的护理干预[J]. 中外医学研究, 2009, 7(9): 144.
- [2] 周郁秋. 护理心理学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 143-144.
- [3] 田勇年. 耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 129-130.
- [4] 李宝实. 中国医学百科全书: 耳鼻咽喉科学[M]. 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1983: 165-167.
- [5] 杨继生. 扁桃体切除术并发症 274 例临床分析[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1980, 15(1): 29-30.

(收稿日期: 2011-07-22)

重症监护病房患者常见心理问题及护理对策

刘世伟(重庆市垫江县人民医院重症监护病房 408300)

【摘要】 目的 探讨重症监护病房(ICU)患者的心理问题。**方法** 对 100 例 ICU 患者进行入科心理评估, 并针对性采取安全承诺、加强沟通、人为关怀等消除紧张心理的护理措施。**结果** 心理评估显示, ICU 患者入科时精神紧张 100%, 重度焦虑 82%, 恐惧死亡 67%, 孤独 63%。经心理护理后, 全部患者精神紧张、孤独等心理问题消除, 中度焦虑 15%, 恐惧死亡 16%。**结论** 与入科时相比效果显著, 说明对 ICU 患者进行入科心理评估及采取相应护理措施很有必要。

【关键词】 重症监护病房; 危重病; 心理护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.066 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)17-2155-02

重症监护病房(ICU)是以救治各类重症及多器官功能衰竭患者为主的诊疗体系, 它以现代化的仪器设备和先进的护理技术对患者实施严密的监护和集中的治疗护理, 而身处其中的患者机体处于危急状态, 精神上承受巨大的刺激, 加之 ICU 的特殊环境和治疗护理过程中的种种痛苦, 均可给患者心理上造成一些不良反应, 而这些不良的心理反应对患者疾病的治疗和护理有不可忽视的影响, 甚至导致患者死亡。作者对本院 ICU 2010 年 1~9 月收治的 100 例重症患者常见的心理问题和护

理对策报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 1~9 月转住本院 ICU 神志清楚的患者 100 例, 其中男 72 例, 女 28 例, 年龄 16~81 岁, 平均(48.0±8.5)岁。外伤 66 例, 内科危重患者 23 例, 急性中毒 11 例。

1.2 护理方法 对 100 例患者采用问卷调查进行心理评估, 问卷采用多项选择形式, 发放问卷 100 份, 收回 100 份。心理护理包括: (1) 安全承诺: 随时将先进的医疗设备和精湛的医疗

护理技术告之患者,直至被患者认可,同时向患者做出疾病能够治愈的承诺。(2)加强护患沟通:以口头讲解的方式向患者传递疾病相关信息,再以回答问题的方式解决患者的顾虑,并配合微笑、点头等非语言方式给予患者肯定。(3)人文关怀:护理程序始终保持着对患者的人为关怀,用亲情化、人性化的服务模式满足患者的身心需求。(4)消除紧张:置患者于舒适的体位,减少患者身体暴露,减轻患者切口疼痛,避免各种噪声刺激,减少不必要的护理操作,分散患者注意力等。

2 结 果

经统计学汇总,进入ICU的患者精神紧张100例(100%),重度焦虑82例(82%),恐惧死亡76例(76%),孤独63例(63%),其他46例(46%)。经相关治疗和心理护理,100例患者病情稳定、生命体征平稳后转至相关普通病房时的心理评估结果为:(1)精神紧张全部消除。(2)中度焦虑15例,占15%。(3)恐惧死亡16例,占16%。(4)孤独感全部消除。(5)其他15例,占15%。以上结果与入科时相比差异有统计学意义。

3 讨 论

随着现代化护理学科的发展,心理护理已广泛深入地应用于临床护理工作中,而心理评估则是实施心理护理的前提要素。通过心理评估提出患者的心理问题及其轻重缓急,指导护士有的放矢地选择干预路径,为有效降低患者的负性情绪反应

强度提供科学依据^[1]。对于ICU患者来说,由于ICU的特殊环境和管理制度及患者在治疗护理过程中所承受的种种痛苦体验,导致患者心理上出现很大改变^[2]。通过对本组患者实施安全承诺、人为关怀等心理支持性护理措施,既满足了患者对完全的这一心理需要,又降低了患者的紧张、焦虑程度,解除了患者心理孤独感,特别是对死亡的恐惧明显消除,均有助于增加患者的亲情感、舒适感和信任感,从而增加了患者战胜疾病的信心,有利于疾病的恢复。注重对患者加强有效的护患沟通,提高患者对疾病的认知水平,以积极的心态配合疾病的治疗和护理,使本组患者在实施心理护理后,不良的心理问题得到明显改善,与患者入住时相比具有明显的效果。

值得一提的是,实施心理护理的同时,应尽力做好基础护理、专科护理、急救护理及饮食护理等。这些均可强化心理护理效果。

参考文献

- [1] 刘晓虹. 护理心理学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2005.
- [2] 景晓敏. ICU患者情绪障碍的心理护理[J]. 中华现代护理, 2005, 2(10): 29.

(收稿日期:2011-03-22)

门诊急诊急性腹痛患者的观察与护理

吴晓莉(重庆市永川区人民医院急诊科 402160)

【摘要】 目的 探讨如何提高腹痛患者的观察和护理效果。**方法** 总结腹痛患者的观察和护理经验。**结果** 经过对患者仔细、密切的观察和护理,使患者得到及时的诊断和治疗。**结论** 严密观察病情、及时发现病情变化,可提高患者的诊疗效果,保证患者安全。

【关键词】 腹痛; 急腹症; 诊断,鉴别; 护理; 急诊室,医院

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.067 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)17-2156-02

腹痛是常见临床症状之一,有时甚至是患者就诊的唯一原因,一时难以确诊的病例较多。为达到早诊断、早治疗的目的,除有针对性地做辅助检查外,护理观察也不可忽视,若不进行仔细、密切的观察和护理,会延误诊断,甚至危及生命,现结合临床实践,浅谈如下体会。

1 腹痛的观察

医生收治患者以后,观察主要靠护士,对于腹痛患者的观察要全面,为配合医生仔细观察腹痛变化,并能积极采取治疗措施,护士应从以下几个方面进行观察。

1.1 疼痛的诱发因素 要认真听取患者的主述、起病原因、发病时间、饮食等,仔细观察和了解引起腹痛的诱因,对急性腹痛的治疗具有重要意义。如患者有结石史,此次发病又是进食高脂餐后的腹痛,就应考虑慢性结石性胆囊炎急性发作或并发胰腺炎的可能^[1];宫外孕破裂常见于育龄期妇女,有停经史;急性胃炎常有不洁食物史;肝、脾、胃肠道破裂常为腹部受到外伤而引起;肠扭转与泌尿系结石常为剧烈活动后引起。

1.2 腹痛性质和程度的观察 急性腹痛性质和程度的观察是对病情变化判断的重要指标。一般来讲,腹痛剧烈或逐渐加重是病情进展,腹痛减轻是病情好转。实质性脏器疼痛常为钝痛、胀痛、隐痛等,疼痛常为持续性或阵发性疼痛加重。空腔器官的疼痛则为绞痛,痉挛性疼痛多见,疼痛常为阵发性发作,程

度多比实质脏器重。如胆绞痛、胃绞痛、肠绞痛的疼痛是阵发性绞痛,疼痛开始以后逐渐加重,而后迅速达到高峰,疼痛极其猛烈,患者因疼痛往往呻吟不止、大汗淋漓,持续若干时间后逐渐缓解,疼痛间歇期患者如常人一样,一般肠绞痛比胃绞痛和胆绞痛持续时间短,多有大便形状改变;急性阑尾炎、急性胰腺炎、急性腹膜炎等腹内炎症常为持续性腹痛;若持续性腹痛并有阵发性加重多表示炎症同时有梗阻的可能;若突然剧烈性腹痛常为穿孔或脏器破裂,若疼痛突然缓解应注意是否有脏器坏死^[2]。

1.3 腹痛部位的观察 一般腹痛的部位不同,临床意义也不同。因此护理人员严密观察患者腹痛部位的变化甚为重要。如右上腹疼痛肝、胆、右肾等疾病;上腹部疼痛常见于胃、十二指肠等疾病;左腹部疼痛常见于胃、脾、胰、左肾等疾病,右下腹部疼痛常见于阑尾、右侧输卵管、卵巢等疾病,下腹部疼痛常见于膀胱、子宫等疾病;左下腹部疼痛常见于乙状结肠、左侧输卵管与卵巢等疾病,胆绞痛常发生在右上腹部,并向右侧腰背部放射;胃痛常在上腹部,胰腺疼痛常发生在左上腹部或向左腰部放射;阑尾炎疼痛常发生在右下腹部(麦氏点)等。当然还要注意有些疾病发生腹痛的部位与疾病的关系不明显,如有的急性阑尾炎开始时表现为上腹部或脐上或脐周疼痛,以后才转移到右下腹部疼痛。观察腹痛的部位时,还应注意是否与