

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文关怀,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;急性胃炎常有不良食物史;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

压痛部位相一致,如不一致,压痛部位对病变部位的判断更有重要意义。例如:急性阑尾炎初期虽然有上腹部疼痛,但压痛仍以右下腹部为明显。

1.4 伴随症状的观察 腹痛患者一般都伴随一些症状,要严密观察这些症状,帮助临床诊治。(1)对右上腹阵发性剧痛伴有高热、黄胆、血压下降,则应考虑已发生急性、梗阻性、化脓性胆囊炎。(2)腹痛时大便次数增加伴黏液便应考虑盆腔脓肿。(3)腹痛剧烈,停止排便、排气、呕吐频繁,特别是呕吐物如粪臭时,提示肠梗阻。(4)腹痛伴有尿频、尿急或血尿者多见于泌尿系疾病。(5)腹痛伴黏液血便应考虑肠套叠。(6)腹痛兼有腹部外伤史者,如病程中突然出现面色苍白,血压下降,则考虑腹内出血的情况。总之,不少腹痛患者病程中往往会有新的症状或体征出现,表示病情进一步发展、恶化。这些均应立即报告医生采取急救措施,控制病情恶化。所以护士在临床工作中不能忽略病情观察,避免造成不可挽回的后果。

2 讨 论

2.1 严密观察病情变化,定时测量生命体征,经常不断地进行腹部检查,观察其变化。如患者出现反应迟钝、皮肤苍白、出冷汗、血压下降、脉搏细速等休克前兆症状,应立即报告值班医生,必要时请相关科室会诊,行剖腹探查术,挽救患者生命。一般内科腹痛特点是疼痛部位不明显,喜挤压,检查腹平软,无板状腹,无固定压痛点。一般疼痛持续 6 h 以上,要考虑外科情况,外科性腹痛往往有明显压痛点,当有腹膜炎形成时,有明显反跳痛,板状腹。

2.2 疼痛的护理 (1)腹痛剧烈者,如果诊断已明确,尽可能解除其腹痛。对诊断不明者,慎用止痛药,禁用吗啡、杜冷丁等麻醉性止痛药物,以防止遮掩症状,延误诊断和治疗,必要时可用阿托品解痉,用安定、苯巴比妥镇静^[3]。应用镇痛药时必须观察镇痛药的不良反应,如呼吸抑制、恶心、呕吐等。急腹症患者一般禁止灌肠,禁止服用泻药,禁用热水袋热敷腹部,以免造成感染扩散或加重病情。(2)对采取特殊体位缓解疼痛的患者,要有防护措施,以防坠床。(3)减少不良刺激,在检查、治疗、护理时,动作要准确、轻柔,避免粗暴,以减少疼痛刺激,对剧烈疼痛要保持环境安静、清洁,以利患者休息和睡眠。

2.3 饮食护理 原因不明的腹痛患者,严格禁食,同时静脉输液,维持水、电解质平衡。由于术前和术中的消耗,术后仍有一

定时间的禁食,故需补充水分、电解质,必要时输血。输液的原则是先盐后糖,先晶体后胶体,见尿补钾。观察输液过程有无渗出,有无输液反应的发生。

2.4 对伴有恶心、呕吐、腹泻、里急后重、尿频尿急的患者,要配好痰盂、便盆,并设有屏障,以方便排便、排尿,并认真观察其呕吐物、排泄物的数量、性质、色泽、气味。

2.5 解除患者的焦虑和恐惧 腹痛患者易产生焦虑、恐惧心理,进入医院总盼望医生立即给予止痛。此时护士应给予患者同情、安慰及支持,并向患者讲解未诊断明确的腹痛,不宜止痛的医学常识。争取家属配合,家属对患者最亲近,最了解,他们的鼓励和支持,会使患者得到很大安慰,使腹痛减缓。反之,如果家属表现出焦虑不安的情绪,也会影响患者,两者互为因果,相互影响,致使腹痛加重。故护理人员应耐心地向患者家属解释患者疾病情况,使他们增强信心,做好配合工作。

2.6 体位护理 让患者卧床休息,一般采用半卧位,这样既有利于呼吸循环功能,又有利于腹腔渗出物局限和吸收,若有休克,禁用半卧位,宜取休克位(仰卧中凹位),以保证全身重要器官的血液供应。

2.7 休克护理 对疑有休克的患者,必须记录每小时及 24 h 出入量。对出现休克的患者,首先抗休克治疗,并在抢救休克的同时,积极进行腹部原发病灶的处理,切不可先抗休克再手术,以免延误时机,失去手术机会。

2.8 术前护理 根据病情一旦决定手术,应迅速做好术前准备:备皮、交叉配血、常规实验室检查、药物过敏试验、留置尿管等,操作的同时向患者说明手术的必要性,争取其合作,消除其紧张情绪。

参考文献

- [1] 孙菁. 急重症护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:35-37.
- [2] 王晓光,黄昌凯. 急性腹痛的护理观察[J]. 中国社区医师,2008,10(19):162-162.
- [3] 付丽娜,汪丽. 急性腹痛的观察与护理[J]. 吉林医学,2007,28(18):2026-2027.

(收稿日期:2011-03-03)

(上接封 2)

国际竞争,作者认为需要从多方面进行分析与改进。

首先,中国生产实验室产品的厂家一定要把握国家政策脉搏。国家“十二五规划”中明确把“生物技术”列为七大战略性新兴产业并鼓励推动其发展。这对中国生产临床实验室产品的厂家无疑是重大利好;国家“十二五规划”要求关注民生,继续完善城乡居民医保体系,从而使大众对临床实验室产品的需求越来越多。同时,中国已快速步入老龄化社会,老龄化社会对临床实验室产品的需求必将持续增长。实验室产品厂家还应密切关注中国疾病谱变化并针对性地研发新产品。据 2008 年中国疾病谱统计,在中国大陆由恶性肿瘤导致的死亡比例越来越高,已从 1990 年的 22% 增长到 2008 年的 27%;其次是心血管疾病,致死人数占死亡人数的比例也由 1990 年的 16% 上升到 2008 年的近 20%。脑血管病致死比例虽然由 1990 年的第二位降低到 2008 年的第三位,但致死人数仍高达 19.62%。呼吸、消化系统疾病,损伤和中毒等导致死亡的比例呈下降趋势,而内分泌、营养和代谢等疾病致死人数则由 1990 年的

1.74% 上升到 2008 年的 3.34%,呈快速上升趋势。这种疾病谱的变化趋势,正是各实验室产品厂家未来产品研发方向的指南针。

第二,中国生产临床实验室产品的厂家的生产条件、程序、质量控制、产品性能一定要满足国家法律、法规要求。2006 年卫生部出台了《临床实验室管理办法》,对临床实验室的管理更为规范,同时也对我国生产临床实验室产品提出了明确要求;2007 年 6 月国家药品监督管理局出台了《IVD 生产质量管理规范》等十多项配套文件;2011 年实施的《医疗器械生产质量管理规范》,旨在对国内研发、生产、销售临床实验室产品的企业在技术、质量以及品种上提出了更高要求。所以中国生产临床实验室产品的厂家一定要满足国家法规要求,否则就会被淘汰。同时,为了参与国际竞争,对于国际法律法规、体系认证的学习也必不可少。如欧洲国家的准入认证为 CE,而美国地区的准入认证需要 FDA 批准,部分第三世界国家也以此两项认证为准。所以,参与国际竞争就必须学习这些认证流程与规则。

(下转第 2166 页)