

1.4.6 社会支持 成立红丝带之家,最大限度调动社会支持系统,创造一个关心 HIV/AIDS 患者及反对歧视的社会氛围,让医务人员、家属、朋友、整个社会共同关爱患者,让患者感受到强大的社会支持系统,可减轻患者的抑郁情绪和孤独感^[4]。

1.4.7 出院指导 本院作为艾滋病定点收治医院,对接收 HIV 感染孕妇至今,已形成一套成熟、完善的母婴阻断治疗方法和程序,患者出院后提供有计划的电话随访服务,以了解患者出院后康复程度,同时鼓励患者保持良好的心理状态,提高机体免疫力,以利疾病的康复。

2 结 果

对 13 例 HIV 感染孕妇均有严重心理障碍和性格缺陷,主要表现为恐惧、抑郁、焦虑、担心疾病的治疗、孩子的健康及预后,家庭成员关系变化及长期治疗的经济压力等,通过个性化的心理干预,及时缓减患者心理压力。其中 12 例 HIV 感染孕妇能积极主动接受治疗,1 例因经济问题放弃治疗自动出院。

3 讨 论

HIV 感染孕妇的心理健康状态差,存在严重心理问题,其主要来自自身方面的压力,艾滋病的不治性及传染性,医院隔离环境和社会环境的压力。经过准确把握患者不同时期的心理变化特点,给予个性化的心理干预,采用多种形式进行沟通,取得患者和家属的信任,尊重人格,态度诚恳,并积极调动社会支持系统,使患者能正确面对疾病,以最佳的心理状态接受治疗,

及时、有效地解决心理问题,对缓解患者压力,促进身心健康有重要作用^[5]。提供电话随访服务,能及时了解患者的病情,体现了护理模式的转变,给患者提供医学信息和医学健康指导,避免发生并发症,提高患者生活质量,最大限度降低艾滋病母婴传播率。同时也做好消毒隔离自身防护,避免发生职业暴露。

因此,只有护士在具有高尚的职业道德,娴熟的专业知识,良好的语言修养及一定的心理学知识的情况下,才能收到良好的心理干预效果。

参考文献

- [1] 方利文. 艾滋病母婴的流行现状[J]. 实用妇产科杂志, 2007, 23(5): 259-261.
- [2] 郑修霞. 妇产科护理学[M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 127-132.
- [3] 陈庆玲, 樊程山, 周曾全, 等. 心理支持小组在 79 例 HIV 阳性孕妇中的应用[J]. 中国艾滋病性病, 2009, 15(1): 30-32.
- [4] 吴红燕, 孙亚恒, 张秀军, 等. AIDS 病人/HIV 感染者孤独现状相关因素分析[J]. 中国公共卫生, 2007, 23(2): 251-253.
- [5] 谢小群, 陈俊芳, 代素辉. 妇产科术前心理护理体会[J]. 现代医药卫生, 2006, 22(1): 82-83.

(收稿日期: 2012-06-30)

60 例小儿惊厥的护理体会

范继荣(湖北省汉川市人民医院 431600)

【摘要】 目的 总结小儿惊厥的护理体会。**方法** 对 60 例小儿惊厥患者进行严密的病情观察及细致的基础护理。**结果** 60 例小儿惊厥患者未发生并发症,其中 2 例转上级医院治疗,其余均痊愈出院。**结论** 惊厥是常见急症之一,婴幼儿多见,系中枢神经系统器质性或功能性异常所致,常引起窒息、创伤。因此及时进行抢救,保持呼吸道通畅,供给足够营养,加强高热、皮肤护理和安全防护,密切观察病情对痊愈出院具有重要意义。

【关键词】 惊厥; 护理; 儿童

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 21. 063 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)21-2765-01

惊厥是常见的急症之一,婴幼儿多见,系中枢神经系统器质性或功能性异常所致。临床表现为突然意识丧失、呼吸节律不规则或暂停,伴发绀、双眼球固定或上翻、凝视、斜视,全身或局部肌群强直性或阵发性抽动,多伴有大小便失禁。应特别注意的是新生儿惊厥动作与婴幼儿有很大不同,表现很不规律且常为局灶性,有时与正常活动不易区分。检查新生儿有无惊厥,必须在保暖状态下把婴儿衣被全部松解,仔细观察自然姿势和自发动作。正常足月儿肢体均有一定张力,以屈肌占优势,四肢保持屈曲状态,两手紧握拳,大拇指内收。由于肢体束缚被解除,皮肤受冷刺激,肢体即出现粗大震颤样自发动作,或徐缓的、无规则的、抽搐样的手足徐动,有时可见踝部、膝部和下颌的颤动,这些无意识不协调的动作是由皮下中枢支配,在新生儿期出现并无病理意义,但应注意与惊厥的动作区别。突然出现的肌张力改变,持续性的伸肌强直,反复迅速的肢体某一部位抽搐,以及阵发性痉挛是具有病理意义的,应及时抢救并加强护理。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 1~10 月,本科室共收治 60 例小儿惊厥患者,其中男 36 例,女 24 例,年龄最大 13 岁,最小仅 1 d。高热惊厥 35 例,病毒性脑膜炎 4 例,癫痫 10 例,颅内出血 5 例,缺氧缺血性脑病 6 例。

1.2 方法 对 60 例小儿惊厥患者进行严密的病情观察及细

致的基础护理。

2 结 果

60 例小儿惊厥患者未发生并发症,其中 2 例转上级医院治疗,其余均痊愈出院。

3 讨 论

惊厥是常见急症之一,婴幼儿多见,系中枢神经系统器质性或功能性异常所致,常引起窒息、创伤。因此及时进行抢救,保持呼吸道通畅,供给足够营养,加强高热、皮肤护理和安全防护,密切观察病情对痊愈出院具有重要意义。

3.1 病情观察 详细记录惊厥发作次数;发作前有无多汗、易惊、尖叫、发作时的状态;惊厥持续时间、间隔时间;发作部位及发作后精神状态,有无嗜睡、昏睡或昏迷,注意有无发热、呕吐、腹泻、黄疸及皮疹。观察血压、前囟是否膨隆、呼吸、瞳孔的变化,以便及时发现脑水肿的早期症状。反复惊厥不止时应及时通知医生,按医嘱给予脱水剂预防脑疝的发生,同时要注意有无休克与呼吸衰竭,以便及时协助抢救。

3.2 保持呼吸道通畅,给予吸氧 惊厥发作时,解开衣领,取平卧位,头偏向一侧,消除口鼻内分泌物,保持呼吸道通畅,并用压舌板嵌入上下臼齿之间,以防止舌咬伤,同时给予氧气吸入,以减少脑缺氧性损伤。对窒息者行人工呼吸,必要时行气管切开。也可压迫人中、合谷等穴位来制止惊厥的。密切观察病情,保证输液通畅,控制液体的总量与速(下转第 2776 页)

管理条例》《实验室生物安全通用要求》《微生物和生物医学实验室生物安全通用准则》等。

5 检验科设计的整体布局

在上述生物安全中也提到过,检验科的整体布局在空间上实验室要明显分区,分污染区、半污染区和清洁区,在污染区中又包括分析前、中、后 3 个环节,每个环节都需要处理空间,分为标本分析前放置区、分析中工作区、标本分析后储存区、洗涤区、高压灭菌等。对于有特殊要求的实验室除这些方面的要求外,还有自身特殊的要求,如 HIV 快检室必须有足够的实验室用房,并符合 BSL-2 实验室要求,医疗废物处理符合国家有关规定,配备不间断电源应急电源,保证血液检测的正常完成^[4]。临床基因扩增检验实验室,即 PCR 实验室,要求更加严格。开展 PCR 必须具备一定的条件,正规的 PCR 实验室对环境条件、仪器设备、试剂耗材、人员技术能力和质量控制等方面要求严格。为保证临床基因扩增检验技术的有效应用,在卫生部的指导下,经国内专家多次研究论证,并结合该技术在国内外的发展现状,卫生部于 2002 年 1 月 14 日正式发布了《临床基因扩增检验实验室管理暂行办法》及其附件《临床基因扩增检验实验室基本设置标准》,随后又发布了《医疗机构临床基因扩增检验实验室工作导则》等配套文件^[5]。区域设置上要求:试剂储存和准备区、标本制备区、扩增区、扩增产物分析区。这 4 个区域在物理空间上必须是完全相互独立的,各区域无论是在空间上还是在使用中,应当始终处于完全的分隔状态,不能有空气的直接相通。根据使用仪器的功能,区域可适当合并。空气

流向上要求:临床基因扩增检验实验室的空气流向可按照试剂储存和准备区→标本制备区→扩增区→扩增产物分析区进行,防止扩增产物顺空气气流进入扩增前的区域。可按照从试剂储存和准备区→标本制备区→扩增区→扩增产物分析区方向空气压力递减的方式进行。可通过安装排风扇、负压排风装置或其他可行的方式实现。

综上所述,要实现实验室建设的现代化、标准化、规范化,鉴于检验科与其他科室专业要求的不同,必须按照现行的国家标准规范地进行设计与施工,以保证实验室顺利验收,保证检验质量,以便更好地服务于临床,服务于患者。

参考文献

- [1] 李萍. 临床实验室质量和能力要求[J]. 中华检验医学杂志, 2007, 30(8): 958-960.
- [2] 陈国新, 周善明. 临床实验室设计与规划探讨[J]. 国际检验医学杂志, 2010, 31(4): 412-413.
- [3] 张朝武. 传染性非典型肺炎从 SARS 谈微生物与人类健康[J]. 现代预防医学, 2003, 30(4): 469-470.
- [4] 卓家余. HIV 抗体初筛实验室的质量管理与体会[J]. 检验医学与临床, 2010, 7(21): 2424-2427.
- [5] 申子瑜, 李金明. 临床基因扩增检验技术[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 176-186.

(收稿日期: 2012-06-12)

(上接第 2765 页)

度,避免发生脑水肿发生。密切注意神态、瞳孔、生命体征变化,并详细记录惊厥发生的次数、持续时间、发作后有无精神和意识改变及伴随症状。

3.3 高热的护理 中枢性高热时给予物理降温。为预防脑水肿,以头部物理降温为主,采用冰帽,降低脑组织的代谢,减少耗氧量,提高脑细胞对缺氧的耐受性,利于脑细胞恢复。其次为枕下、腋下、腹股沟放置冰袋,忌擦胸前区及腹部,在冰袋外包裹薄毛巾,防止局部冻伤;亦可用 30%~50%乙醇或 35~40℃温水擦浴。必要时遵医嘱使用解热剂,一般首选布洛芬混悬液,每日服用退热剂不能超过 4 次,对恢复期患儿可使用对身体创伤性小的擦浴法,如温水、乙醇擦浴降温,可获得良好的降温效果^[1]。降温期间密切观察病情变化,防止体温骤降发生虚脱现象,如发热伴寒战及四肢发凉者,应给予热水袋保暖,切勿烫伤。

3.4 加强基础护理 保持病房清洁、安静,避免强光、噪声等刺激,病房内紫外线消毒每日 2 次,消毒时注意保护眼睛,严格执行消毒隔离制度,治疗操作应集中,动作应轻柔,床边留专人陪护,以防抓伤、碰伤、坠床等意外发生。做好患儿家属的心理护理,取得患儿家属的信任与合作。

3.5 保证足够营养 给予高蛋白、高维生素、高热量易消化饮食。对于抽搐后意识障碍者可选用静脉或鼻饲补充营养,鼻饲前要抬高头部并检查胃管在胃内方能进行鼻饲,鼻饲量及进入速度要适当,必要时先使用镇静剂后再进行鼻饲。同时应观察有无恶心、呕吐,痰多者鼻饲前吸痰,鼻饲后 30 min 内不宜吸痰,以免诱发呕吐及误吸。

3.6 药物预防 患儿体温超过 38℃可口服安定 0.2 mg/kg,如 8 h 后仍有发热可再口服、最大剂量每次不能超过 10 mg,可

有效预防高热惊厥^[2]。对有惊厥病史的患儿,可提前用一些镇静剂预防。静脉注射安定应缓慢,避免引起呼吸抑制,注射过程中应严密观察呼吸有无频率、节律的改变。用 10%水合氯醛灌肠时,应用蒸馏水稀释 1~2 倍,尽量保留 1 h 以上,以便达到药物吸收。

3.7 加强皮肤、口腔护理 保持衣、被、床单清洁、平整、柔软干燥,翻身时避免拖、拉等动作,防止皮肤擦伤。昏迷、大小便失禁的患儿必要时留置导尿管,便后用温水擦洗臀部皮肤,并涂滑石粉,及时更换衣裤,防止皮肤感染及褥疮发生。婴幼儿应选择质地柔软的尿布,大小便后及时清洗,更换尿布。为保持口腔清洁,每次喂完奶或进食后喂适量的温水冲洗口腔。

3.8 应用脱水剂的护理 持续而频繁的惊厥往往并发脑水肿,应严格遵医嘱在指定时间内使用脱水剂,如 20%甘露醇(按 0.25~0.50 mL/kg 使用),注意输液的速度,一般在 30 min 内滴完。使用过程中应注意穿刺部位有无渗出,如有渗出应及时更换穿刺部位,即刻用 2%普鲁卡因局部封闭,禁忌热敷。

小儿惊厥是由多种疾病引起的神经系统症状,是病情濒危的临床表现。因此惊厥停止后,应配合医生做血糖、血钙、脑脊液、脑电图、头颅 CT 等检查,明确病因。并向患儿家长交代病情、诱因,指导家长掌握预防惊厥的措施,促进患儿痊愈。

参考文献

- [1] 赵炳华. 儿科护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 106.
- [2] 张新合. 烧伤小儿高热惊厥的防治体会[J]. 中华现代外科学杂志, 2005, 2(1): 224-225.

(收稿日期: 2012-06-28)