

- [2] 王志红. 浅析护理健康教育现状与研究[J]. 实用护理杂志, 2001, 17(9): 52-53.
- [3] 胡青. 老年患者健康教育需求调查及护理满意度分析[J]. 护理实践与研究, 2010, 7(13): 121-123.
- [4] 何文芳, 李观蓝. 出院健康教育处方在综合内科的应用[J]. 实用心脑血管杂志, 2008, 16(12): 45-46.
- [5] 张月华, 卢少萍, 符霞. 老年痴呆症患者家属健康教育需求的研究[J]. 护理学杂志, 2003, 18(7): 542-543.
- [6] 卢少萍, 张月华, 徐永能. 影响出院指导实施的相关因素调查分析及对策[J]. 护理学杂志, 2003, 17(1): 66-67.
- [7] 马骁. 健康教育[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 239-247.
- [8] 周文琼. 高血压患者出院的健康指导[J]. 护士进修杂志, 2004, 19(2): 171-172.
- [9] 唐勇, 陈琼. 对老年患者实施健康教育的技巧[J]. 中国误诊学杂志, 2008, 8(26): 6499-6501.
- [10] 左月燃. 对护理专业开展健康教育的认识和思考[J]. 中华护理杂志, 2000, 35(6): 325-326.
- [11] 李小妹. 护理学导论[M]. 长沙: 湖南科技技术出版社, 2001: 139-176.
- [12] 傅营, 霍燃, 曲贝贝, 等. 高龄老年患者住院期间对健康教育需求的调查与分析[J]. 沈阳部队医药, 2010, 2(6): 399-401.
- [13] 胡青. 老年患者健康教育需求调查及护理满意度分析[J]. 护理实践与研究, 2010, 7(13): 121-123.

(收稿日期: 2012-01-16 修回日期: 2012-04-23)

· 临床护理 ·

简易血浆置换治疗小儿危重症的护理

徐支南¹, 唐海平^{2△}, 张小蓉³

(重庆三峡中心医院: 1. 护理部; 2. 输血科; 3. 儿童重症, 重庆万州 404100)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2012.24.043

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2012)24-2558-02

血浆置换(PE)系通过血浆分离装置, 利用体外循环的方法将血浆分离并滤出、弃去患者的异常血浆后将血浆的有形成分以及所补充的置换液回输体内, 从而达到清除体内致病因子、治疗疾病的目的^[1]。随着 PE 技术的日益成熟及国内 PICU 的发展, 目前, PE 逐渐应用于小儿危重症的治疗。PE 作为治疗小儿危重症的一种新方法, 其安全性有赖于良好的护理配合。本院从 2006 年 10 月至 2011 年 10 月对 40 例危重患儿进行了 95 例次血浆置换治疗, 取得了满意的效果, 并发症发生率, 现将有关护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 PICU 自 2006 年 10 月至 2011 年 10 月收治的 40 例危重患儿, 按《小儿危重病例评分法》^[2] 进行危重症评分, 所有病例的危重症评分均小于 80 分, 平均(73.2±4.8)分; 其中男 26 例, 女 14 例, 年龄 1~12 岁, 中位数 5 岁 2 个月。其中蜂蜇伤 25 例, 蛇咬伤 2 例, 毒菌中毒 1 例, 百草枯中毒 2 例, 药物中毒并肝功能衰竭 1 例, 有机磷中毒 2 例, 格林巴综合征 2 例, 溶血尿毒综合征 1 例, 血栓性血小板减少性紫癜 1 例, 过敏性紫癜 1 例, 重症肌无力危象 1 例, 肺出血肾炎综合征 1 例。血浆置换 1~5 次/例, 共计 95 例次。

1.2 方法 血浆采集机型号为 NGLXJC 2000 及 P-1000, 一次性单采血浆分离器耗材为四川南格尔生物医学股份有限公司生产, 抗凝剂为血液保存液(枸橼酸钠)与全血 1:16 的比例配制。采血速度 30~50 mL/min, 血浆分离速度 20 mL/min, 血浆采集量每次为 250 mL。血浆采集同时由预置静脉通道同步输入置换液, 通常前 1/3 用生理盐水, 后 2/3 用新鲜冰冻血浆。每置换血液 100 mL 予以 10% 葡萄糖酸钙 1 mL 补充。每次采集量 30~50 mL/kg, 每日 1 次, 每次 2~3 h。

2 结果

本组 40 例患儿共进行 95 例次血浆置换后, 临床症状明显好转, 各项生化指标、血 BUN、Cr、肝功能、心酶谱均有所改善, 心率、呼吸、经皮血氧饱和度较置换前明显好转($P < 0.05$)。其中在置换过程中有 4 例出现荨麻疹, 3 例出现一过性低血压, 经对症处理后均缓解, 顺利完成置换。

3 护 理

3.1 血浆置换前的准备

3.1.1 环境的准备 简易血浆置换设备简单, 只需血浆采集机, 严格无菌操作, 在床旁就可完成。因此, 病房必须保持空气清新, 室温 20~24℃, 相对湿度为 30%~75%, 机器工作温度保持在 18~27℃^[3], 治疗期间病房空气消毒机持续工作, 尽量避免人员流动。

3.1.2 患儿及家属的准备 告知患儿家属血浆置换的目的及操作流程、患儿可能发生的风险及医务人员会采取的抢救措施。家属签字同意后, 充分评估患儿目前状况, 包括病情、心理精神状态, 给予必要的纠正休克、贫血等治疗的同时予以一定的心理支持, 部分烦躁患儿给予镇静药物以减轻其疼痛及焦虑情绪。

3.1.3 血管通路的准备 建立理想的血管通路、保证足够的血流量是血浆置换顺利进行的先决条件。小儿由于其生理的特殊性, 外周血管较成人小、血流量少, 采用单纯的外周静脉通路无法保证足够的血流量。因此, 本院在 2010 年以前(29 例)采用的是 BD 公司生产的 18 G 或 20 G 静脉留置针进行外周动静脉留置, 作为动脉出、静脉入的双管血管通路; 2011 年以后(11 例)采用的是 ARROW 8 F 单针双腔中心静脉导管进行股静脉置管, 作为血管通路, 2 种血管通路的建立均保证了血浆置换的顺利进行。对于小儿中心静脉置管技术尚未成熟的

基层医院,可以首选外周动脉、静脉为血管通路。另外,再预置 2 个外周静脉通道以供置换时同步输入置换液(生理盐水、血浆或清蛋白)。

3.2 血浆置换中的护理

3.2.1 血管通路的观察 治疗过程中保持内置管路与体外循环管路的衔接紧密。注意观察管路血流是否通畅,选择外周动脉、静脉作为血管通路应特别注意。采血时,若发生循环管路出现塌陷状或机器报警,提示血流量不足,应及时检查内置管路是否堵塞、导管尖端是否“贴壁”、导管前段内壁有无凝血附壁等^[4],发现情况应及时予以排除,保证置换的顺利进行;输注红细胞时,保持输注速度的平稳,同时警惕空气输入^[5]。另外,保持导管置入处皮肤清洁、干燥,观察有无肿胀、渗血、导管有无脱出、穿刺肢体血液循环情况、指端湿度及颜色。

3.2.2 患儿的病情及不良反应观察 严密观察患儿神志、全身情况及反应,持续监测心率、呼吸、血压、血氧饱和度,警惕不良反应发生。(1)简易血浆置换使用的是枸橼酸钠抗凝剂,应注意观察患儿是否出现口周麻木、四肢末端及刺痛、手足抽搐等枸橼酸钠中毒反应^[3]。由于本院预防性在每置换 100 mL 血浆即予以 10% 葡萄糖酸钙 1 mL 补充,本组 40 例患儿无 1 例出现枸橼酸钠中毒反应。(2)简易血浆置换技术因未采用小儿专用管道,其整个体外循环总量近 300 mL,由于小儿血容量约 80 mL/kg,体外循环量不应超过患儿血容量的 10%,故本组病例大多数有发生低血压的可能。因此,对于体质量小于 20 kg 的患儿,可先用红细胞悬液进行预冲管路,结果仅 3 例出现一过性低血压、心率增快,经快速输注生理盐水后缓解,顺利完成治疗。(3)血浆过敏反应的发生,由于血浆置换过程中输注了大量的新鲜冰冻血浆,血浆中的异体蛋白可导致患儿出现皮肤瘙痒及荨麻疹等^[6]。本组病例中有 4 例出现荨麻疹、四肢发凉,经静脉推注地塞米松、肌肉注射异丙嗪后皮疹消退。

3.2.3 血浆置换后的护理 血浆置换结束后患儿保持安静,注意保暖,持续监测生命体征及出血征象。如选择外周动脉、静脉血管通路,则用 6.25 U/mL 的肝素盐水 3 mL 封管;若经股静脉中心静脉置管为血管通路者,则先用 10 mL 空针吸生理盐水 5 mL 脉冲式冲洗管腔,再用 1 250 U/mL 肝素盐水封

• 临床护理 •

管(顶孔腔 1.1 mL,侧孔腔 0.8 mL),以备下次使用。下次治疗时,必须先抽出管腔内的肝素及血凝块,确定导管无血栓且通畅后再进行治疗^[7]。注意观察局部皮肤有无发红、渗血等^[8],每日用 0.5% 的碘伏消毒局部皮肤,并更换敷贴。

4 小 结

简易血浆置换技术采用血浆置换中最基本的血浆分离法原理,快速清除致病因子、异常血浆成分、调节免疫等,对危重症患儿的治疗起到重要的作用,有非常广阔的应用前景^[9]。而护理人员在置换前做到充分的准备、置换过程中密切监护和不良反应的控制、置换后血管通路良好的维护等,是保证血浆置换顺利开展、保证患儿安全的关键,对于小儿血液净化技术发展的前景有着深远的意义。

参考文献:

- [1] 刘小梅,沈颖,孟群. 血浆置换治疗在儿科危重患者抢救中的经验[J]. 中国血液净化,2008,12(7):661-662.
- [2] 中华医学会儿科学会急救学组. 小儿危重评分法[J]. 中华儿科杂志,1995,33(6):371-371.
- [3] 黄焯,徐丽,蓝红,等. 血细胞分离机在血浆置换中不良反应的护理[J]. 中华护理杂志,2010,45(1):71-72.
- [4] 熊学英. 连续性血液净化在抢救危重病患者中的应用及护理[J]. 护理研究,2011,18(5):106-107.
- [5] 黄依馨. 连续性血液净化体外循环通路的护理与监测[J]. 当代医学,2010,16(6):197-197.
- [6] 陈植,袁林,张桂菊,等. 血浆置换在儿童危重症治疗中的应用[J]. 临床儿科杂志,2010,28(1):36-39.
- [7] 安茜,徐淑红. 血液净化中使用双腔导管置管的护理[J]. 河北医学,2009,15(1):122-123.
- [8] 邱媛媛,吉承玲. 舒适护理在治疗性血浆置换术治疗中的护理[J]. 实用临床医药杂志,2009,5(9):67-68.
- [9] 陈伟明,陆铸今,陆国平,等. 血浆置换在儿童危重症中的应用[J]. 临床儿科杂志,2009,27(7):655-658.

(收稿日期:2012-02-22 修回日期:2012-05-08)

手术室的安全隐患与防范

廖 印

(重庆市第三人民医院耳鼻喉口头颈外科 400014)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.24.044

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)24-2559-02

手术室是一个相对独立的工作环境,有其特殊的工作流程,手术室人员有其工作特点如:工作节奏快、要求高、流动性大、劳动强度大、持续时间长等。手术室是实施手术、治疗和抢救的重要场所。随着手术学科分工的日益精细,各种疑难、高精、尖端手术增加,就要求手术室护理人员在工作中不断完善和提高专业技能,减少手术隐患和降低医疗风险。现将本院开展手术室安全隐患与防范工作的经验报道如下。

1 手术室存在的安全隐患

1.1 温度与湿度^[1]不适宜 调节适宜的手术间温度、湿度,根

据手术类型准备好器械及辅助设备。在手术室的条件不达标或不能满足手术患者和工作人员的需要时就会造成安全隐患。如:过冷易使患者出现感冒、发热等症状,延迟伤口的愈合使术后身体恢复欠佳;对于手术医生手术间温度过高可使他们大量出汗而虚脱或汗滴污染术野,心情烦躁而影响手术的顺利进行;过冷使术者手指僵硬不灵活,而难以完成术中的精细操作,致手术不能顺利完成。手术室的湿度同样会影响一台手术的顺利进行,湿度过高或过低,可影响手术室内仪器的正常使用。

1.2 空气质量不达标手术切口感染相关因素^[2] (1)手术皮