

专科护理

怎样护理呼吸窘迫综合征患者

□胡新城

对于重症患者,在护理过程中,容易出现各种各样的症状,急性呼吸窘迫综合征就是一种非常危险的状况,严重时会使患者休克,甚至危及患者的生命安全。那么,什么是急性呼吸窘迫综合征呢?怎样护理这些患者呢?

什么是急性呼吸窘迫综合征

该病一般出现在严重的身体感染或者烧伤、创伤等情况之后,主要是患者肺部的毛细血管内皮,以及肺泡的上皮细胞受到损伤,引起患者肺泡水肿、呼吸衰竭现象。

临床表现

疾病初期 患者会出现呼吸加快,一部分患者还会有呼吸窘迫感。这段时间对患者进行听诊,通常不会有明显的哮

音。对患者进行X线检查,患者的胸片,也不会有明显的异常情况显示。

疾病进展期 由于身体长时间缺氧,患者会出现明显的呼吸困难情况,出现发绀现象。此时,患者的呼吸道分泌物会明显增多,听诊可以发现肺部有啰音。通过X线检查,在胸片上能够看到患者肺部出现片状阴影,随着疾病进一步发展,患者会出现意识障碍、谵妄、昏迷现象,以及体温升高情况。

疾病末期 患者会出现心律失常、深度昏迷现象。如果得不到有效治疗,患者会出现心跳变慢、心跳停止症状。

护理措施

一般护理内容如下:

急性期护理 急性期患者,

应绝对卧床休息,取半卧位;缓解期患者,可坐起、在床边活动,以及逐渐增大活动范围。

饮食原则 给予患者流质或半流质饮食,必要时家属应协助其进食。饮食原则为少食多餐;对于不能自己进食的患者,可给予鼻饲,摄入足够的热量及水分,也可选择静脉营养支持。

心理护理 急性呼吸窘迫综合征患者因呼吸困难、感到病情危重,时常会产生紧张、焦虑情绪。此时,护士应多安慰患者,减轻其心理负担,使其信任医务人员,积极配合治疗。

口腔护理 及时清理患者呼吸道的分泌物,保持呼吸道通畅,可预防感染。保持床铺整洁舒适,按时为患者翻身、叩背,按摩受压部位的皮肤,可

预防压疮。 专科护理内容如下: 氧疗 在患者氧疗过程中,护士应注意观察氧疗效果,比如吸氧后呼吸困难缓解、发绀减轻、心率减慢,表示氧疗有效果;如果患者的意识障碍加深或者呼吸过度表浅、缓慢,应及时调整氧流量或浓度,保证氧疗效果。需要注意的是,护士在给氧过程中应充分湿化,可预防患者呼吸道黏膜干裂、受损。

合理用药 护士按照医嘱合理用药,并观察患者的疗效及不良反应。患者使用呼吸兴奋剂时,应保持呼吸道通畅;镇静时速度不宜过快,护士注意观察患者的呼吸频率、神志变化及动脉的变化,以便调整药物剂量。

病情监测 护士应密切观察

患者的生命体征变化,呼吸频率、节律和深度,以及缺氧情况有无改善;监测心率及血压,意识状态、血氧饱和度及精神状态;观察和记录患者每小时的尿量;监测动脉血气分析和生化检验结果,了解电解质和酸碱平衡情况。

保持呼吸道通畅 护士应及时为患者湿化痰液,适当补液,清除气道分泌物。对神志清醒的患者,鼓励其咯痰;咳嗽无力者,定时为其翻身拍背,变换体位,促进痰液引流;不能自行排痰者,帮助其及时吸痰,必要时建立人工气道;使用机械通气者,应及时给予吸痰,注意无菌操作,并观察痰液的颜色、性质、量等,及时做好记录。

(作者供职于新乡市中心医院重症医学科)

护理体会

在日常生活中,急性创伤可能随时发生,无论是在家庭、工作场所,还是其他日常活动中。面对意外事故或突发状况,采取正确的急救护理措施,能够提高伤者的生存率和康复率。急救不仅是一项技能,还是一种责任,它要求我们在关键时刻冷静应对,提供及时、有效的医疗帮助。

急性创伤的护理原则

□韩杨帆

现场护理 首先要确保患者安全,迅速评估现场环境,判断是否存在继续发生危险的可能性,如火源、有毒气体等。确保患者处于安全位置,避免二次伤害。如将摔倒的患者扶起时,要注意保护其头部和四肢。其次,要观察患者的生命体征,迅速检查患者的身体,如意识、呼吸、脉搏、血压等。观察患者的面部、口唇、指甲等颜色,了解患者的一般情况。再次,要保持患者的呼吸道通畅,将头部偏向一侧,避免舌根后坠堵塞气道。如有呼吸困难,可采取半卧位或侧卧位,以利于呼吸道通畅。最后,对于出血性休克患者,应立即进行止血处理;对于低血容量性休克患者,可给予输血、输液等治疗。

转运途中护理 正确使用担架、轮椅等设备,将患者安全转运至医疗卫生机构。在转运过程中,注意保持患者的头部、颈部、躯干等部位稳定。在转运过程中,持续观察患者的生命体征变化;如有异常情况,应立即进行处理。

院内护理 到达医院后,迅速评估患者的病情,判断是否需要紧急处理。根据患者的症状和体征,初步判断伤情等级。将患者安置在舒适的位置,保持呼吸道通畅;如有呼吸困难,可采取半卧位或侧卧位,以利于呼吸道通畅。根据患者的伤情,进行相应的止血、输液等治疗。密切观察患者的生命体征,及时调整治疗方案。

预防并发症 严格执行手卫生制度,减少交叉感染的风险。加强病房的消毒管理,保持环境清洁。评估患者的疼痛程度,制定合适的镇痛方案。评估患者的营养状况,制定合适的营养支持方案。

康复护理 进行早期康复护理时,护理人员任务是协助患者进行生活自理活动,如床上排便和排尿。这不仅有助于保持患者的身体功能,还可以提升其生活质量。此外,护理人员还需要指导患者进行康复训练,包括关节活动度训练和肌力训练。这些训练有助于恢复患者的运动能力和肌肉力量,帮助他们尽快恢复正常生活。

随着康复的进展,后期康复护理需要更加个性化,包括特定的康复疗法、药物管理等方面的内容。定期的康复评估也是不可或缺的,以确保康复方案的有效性。通过评估患者的病情进展,护理人员可以及时调整康复计划,以满足患者不断变化的康复需求,有效促进他们康复和提高生活质量。

急性创伤的急救护理措施是一项关乎生命安全的重要技能,无论我们身处何地,都可能面临意外伤害的风险。通过掌握正确的急救方法,我们能够在紧急情况下做出迅速、有效的反应,为伤者争取更多的生存机会和康复可能。尽管我们无法预测何时会发生急性创伤,但是可以通过学习和实践,为大家建立起一个安全防护网。时刻保持冷静、机智,迅速采取适宜措施,不仅有助于减轻伤者的痛苦,还能展现出人性的温暖。

(作者供职于运城市中心医院急诊科)

急性上呼吸道感染的护理要点

□张贺平

根据急性上呼吸道感染的病因和临床表现不同,可分为不同类型,主要包括感冒、急性病毒性咽炎、急性细菌性咽炎、急性病毒性喉炎、急性细菌性喉炎、急性咽结膜炎、细菌性咽扁桃体炎等。急性上呼吸道感染如果未及时治疗,一部分患者可并发急性鼻窦炎、中耳炎、支气管炎。以咽炎为表现的上呼吸道感染中,一部分患者可继发发溶血性链球菌感染引起的风湿热、肾小球肾炎,少数患者可并发病毒性心肌炎,应及时采取护理措施,避免病情加重。

护理措施

一般护理 室内定时消毒、通风,保持安静;室温保持在18摄氏度~20摄氏度,湿度为50%~60%。患者应减少活动量,尽量卧床休息。在饮食方面,避免“三高”,即高热量、高蛋白、高维生素饮食;可食用清淡、富含纤维素、易消化的食物,适当增加饮水量。患者注意个人卫生,保持室内温度、湿度适宜和空气流通。症状轻者应适当休息,

病情重者应卧床休息。 病情观察 护士每隔4小时测量一次患者的生命体征,观察发热程度、咽痛、咳嗽的变化。

发热护理 患者应卧床休息,保持室内安静、温度适中、通风良好;衣服不可过厚,以免影响散热;应定时清洁皮肤,用温水擦浴,及时更换衣服,避免汗腺阻塞皮肤毛孔;每4小时为患者测量一次体温,高热或有热性惊厥史者,每隔1小时~2小时测量一次体温。体温超过38.5摄氏度者,遵照医嘱进行药物降温;退烧30分钟后,再测量体温。若有高热者,未超过38.5摄氏度,精神状态好,应进行物理降温,1小时测量1次体温;若有高热惊厥病史者,应告知医生、护士,遵照医嘱进行退热。

用药护理 用解热剂后,患者应多饮水,以免大量出汗引起虚脱;高热惊厥的患者使用镇静剂时,注意止惊效果及药物不良反应;使用青霉素、头孢等抗生素时,应观察患者

有无过敏反应。

感染预防 上呼吸道感染患者一般有传染性,应采取隔离措施,减少探视。患者咳嗽或打喷嚏时,避免对着他人,应用双层纸巾捂住口鼻。患者使用的餐具、痰盂等用具,应按规定每日进行消毒;进食后漱口或给予口腔护理,防止口腔感染。

健康宣教

患儿出院后,保持环境舒适,空气清新,多进行户外活动,多晒太阳,可以预防佝偻病;加强锻炼,提高呼吸系统的抵抗力;饮食要营养均衡,纠正偏食习惯;遵照医嘱服药,定期复查,以巩固治疗效果。

上呼吸道感染目前尚无特效抗病毒药物。在通常情况下,对症药物治疗结合日常护理,比如注意休息,戒烟,多饮水;保持室内空气流通,可预防感染,增强体质,能够预防和治愈急性上呼吸道感染。

(作者供职于漯河市中心医院儿科)

老年患者手术护理

□陈雪斌

在临床上,老年人手术护理的重要性不容忽视。由于老年人身体机能相对较弱,免疫力及器官功能有所下降,所以在手术过程中容易受到损伤。同时,老年人时常患有多种慢性疾病,如高血压病、糖尿病等,会增加手术风险,增加术后并发症的发生率。因此,老年患者在手术中需要特殊护理,以确保生命安全。与其他年龄段的患者相比,老年人的手术护理需求更加细致和个性化,护士应采取特殊的护理措施。

术前护理

在术前护理中,评估老年患者的健康状况和手术风险是很重要的。通过全面健康评估,护理团队能够更好地了解老年患者的身体状况,从而制订合适的手术策略和计划。此外,给予老年患者充分的心理支持是不可或缺的,因为手术对患者来说是一个较大的挑战,护士应鼓励他们积极面对手术,并提供人文关怀。

术中护理

在术中的护理过程中,关注老年患者的身体状况十分重要。首先,要提供安全的手术环境,主要包括确保手术室设备齐全、正常运行,以及选择适合老年人的手术器械。其次,需要关注老年患者的体温、血液循环和呼吸状况。老年人通常对温度变化比较敏感,容易出现体温不稳定现象,所以需要做好保暖工作。同时,护士要监测老年患者的血压、心率和呼吸频率,及时调整用药剂量,以确保手术安全进行。另外,正确执行无菌操作规范,有助于减少术后感染的风险。最后,要密切监测老年患者的意识和疼痛程度,及时进行干预,缓解疼痛。老年人的意识状态可能不稳定,在整个手术过程中,护士应随时关注其相关指标的变化,并妥善应对意外情况。

术后护理

在术后恢复阶段,对老年患者进行护理至关重要。首先,在恢复室,护士应密切监护老年患者的神经、心血管和呼吸功能。老年患者术后,由于生理功能减退,可能出现意识模糊、心律失常等问题。护士应密切监测他们的生命体征,发现异常情况应及时处理。其次,护士要管理好患者的手术切口,包括定期换药和观察感染迹象。老年患者的皮肤脆弱,手术切口容易感染,护士应确保手术切口干净、干燥,并根据医嘱及时更换敷料。同时,护士应仔细观察手术切口及周围组织有关红肿、分泌物、发热等现象,发现异常及时向医生报告。最后,定制个性化的康复护理方案,能够帮助老年患者恢复活动能力。术后,老年患者可能需要较长的康复期。护士应根据患者的身体状况和手术类型,制定合适的康复方案,包括早期行动训练、肌力锻炼和关节活动恢复等。护士还应提供合适的辅助设备,比如助行器具,以帮助老年患者恢复和改善身体功能。术后,护士提供营养咨询和饮食指导,以促进患者切口愈合意义重大。因为患者术后的营养需求有所变化,所以护士需要咨询营养师,为患者提供个性化的饮食指导,保证其摄入足够的蛋白质、维生素和矿物质,以促进伤口愈合。

(作者供职于海南省万宁市人民医院)

手术切口疼痛怎么办

心脏外科手术切口通常是胸部正中切口,也有胸部侧切口,如果是换瓣联合搭桥手术,还有腿部大隐静脉的切口等。术后切口周围会有轻度红肿、皮肤麻木、感觉异常、肿胀,甚至疼痛,这是正常现象。随着皮肤及皮下组织的愈合,这些症状会逐渐减轻、消失。术后早期,如果切口周围疼痛,可以服用止痛药缓解症状,也可以服用安眠药改善睡眠,可促进切口愈合。

为什么手术切口流血和淤血

如果发现包扎胸部手术切口的纱布已经被血液浸湿,需要及时通知医生。有时患者及家属会发现手术切口里有清亮的液体、血性液体及黏稠的大液流出,不必过分担心,大多数情况不是感染,只是皮下组织渗出的淋巴液、少量渗血、脂肪液等。这些物质流出来,不但对切

新生儿居家护理知识

□李炳欣

环境温度 新生儿的中性环境温度常随体重及日龄的不同而不同。因此,环境的控制需要随着新生儿的出生天数而调节。保持房间温度在24摄氏度~26摄氏度,湿度保持在55%~65%。体温:每日测1次~2次,体温保持在36摄氏度~37摄氏度;若体温低于36摄氏度或高于38摄氏度,需及时查找原因。

睡眠时间和睡姿

新生儿除在喂奶时需要抱起,其他时间最好躺着,保证每天20小时以上的睡眠时间。这样,有助于头部发育,对呼吸系统健康也有帮助。

1.新生儿需要有单独的婴儿床,不可使用枕头,如需使用枕头,厚度应在2厘米左右,中间微凹,两头微凸。2.仰卧或侧卧,避免压迫胸肺部;喂奶后,应侧卧位,避免溢奶、窒息;仰卧时要经常变换体位。3.新生儿每天的睡眠时间一般在18小时~20小时,早产儿不宜长时间睡觉,每隔3小时左右唤醒新生儿,为他喂奶。

规范喂养

母乳喂养 1.尽早吮吸:产妇生产

后半小时,就可以为新生儿进行母乳喂养,尽早吮吸可促进乳汁分泌,也有助于伤口愈合。2.姿势和时间:母乳喂养姿势有侧卧、摇篮或橄榄球抱法。坚持按需哺乳。3.注意事项:产妇患有艾滋病、结核病,水痘一带状疱疹病毒、乙型肝炎病毒感染,以及滥用药物等,不建议母乳喂养。

人工喂养 要严格将奶瓶、奶嘴进行消毒,检查奶嘴洞的大小及奶的温度是否合适。为了预防吐奶,在喂奶时,避免让新生儿吸进过多的空气;为了预防胀气,在喂奶完后,可以轻拍新生儿的背部。早产儿出院后生长迟缓,应使用母乳强化剂进行母乳喂养,或使用早产儿配方奶。

皮肤护理

脐部护理 1.足月儿脐带在结扎后3天~7天可自行脱落,早产儿较足月儿时间稍长。2.保持脐部清洁、干燥,避免污染,观察脐部有无渗液、渗血。脐部遮盖用品选用透气性好的纱布,以免细菌滋生。3.新生儿脐带脱落前或沐浴后,用75%的酒精消毒脐带根部及周围皮肤;

脐带脱落后,若有分泌物仍需消毒,每天1次~2次。

沐浴 沐浴前调节室温(高于28摄氏度),水温控制在38摄氏度~42摄氏度。准备好沐浴用品:浴盆、水温计、婴儿沐浴液、婴儿润肤露、毛巾等。夏天,建议每天为新生儿沐浴一次,其他季节酌情变更频次。

臀部护理 采用吸水性好、透气的尿片,在新生儿没有大便时,在喂奶前更换纸尿裤,便后及时清洗臀部,可适当选用护臀膏,预防红臀。

紧急事件处理

预防呛奶 每次喂奶后,需要帮助新生儿排出胃内空气,避免吐奶及呛奶。尽量让新生儿侧卧,上半身抬高15度~20度。

呛奶处理方法 新生儿一旦呛奶,应立即取侧卧位,手掌呈空心状给予拍背,帮助其将呼吸道的奶液、分泌物咯出。清理新生儿口中的黏液及奶汁,清理干净后,刺激其足底或耳垂,使新生儿啼哭,随后密切观察呼吸情况,必要时立即就医。

(作者供职于方城县人民医院儿科)

术后疼痛的护理对策

□杜爱婷

外科手术是一种常见的治疗方法,可以解决许多疾病问题。然而,一些患者常常受到术后疼痛困扰。为了缓解患者的疼痛程度,提高手术成功率,外科护士需要具备一定的疼痛缓解技巧。

疼痛宣教 外科护士向患者和家属提供疼痛宣教服务,包括如何识别和评估疼痛、合理使用药物、采用非药物方法进行疼痛缓解等。他们还要解答患者和家属的疑问。

积极与团队合作 外科护士与医生、疼痛专家和其他护理团队成员密切合作,共同制定和实施疼痛缓解方案。他们及时沟通和交流患者的疼痛情况,以便及时调整治疗方案。

疼痛缓解技巧 个体差异 每个患者的疼痛感受和求是不一样的,外科护士需要对不同患者进行个体化的评估和治疗。

多学科合作 为了提供全面的疼痛缓解护理服务,外科护士需要与其他团队成员密切合作,如麻醉科医生、疼痛专家等。

教育患者和家属 外科护士不仅要为患者采取缓解疼痛措施,还要引导患者和家属合理使用药物,以及采取自我缓解疼痛的方法。

监测和记录疼痛程度 外科护士需要密切观察患者的疼痛程度,并将其详细记录,以便评估疗效和调整治疗方案。

护理措施 鼓励多模式疼痛管理 外科护士采取多种疼痛管理方法(如药物治疗、物理疗法、心理疗法等),帮助患者缓解疼痛。

个体化治疗 外科护士根据每个患者的疼痛特点和需要,制定个体化的疼痛缓解方案。他们依据不同药物的特性,并结合患者的病情,提供优质的护理服务。

疼痛评估与监测 外科护士使用标准化的疼痛评估工

心脏外科术后护理技巧

□黄晓芳

口没有坏处,而且有利于切口愈合。一般情况下,术后7天~9天,在患者出院前,医生会检查切口的愈合情况和拆线。术后7天~9天,只能判断切口的初期愈合情况,不能确保以后没有问题。患者回家以后,需要保留切口纱布3天左右,就可以拆掉了。如果担心切口结痂,还没有脱落,没有完全愈合,可以到就近的医院换药,继续保持切口及周围皮肤清洁、干燥。如果切口结痂还没有脱落,不要强行揭掉,待其自然脱落;如果切口跟胸带摩擦,有不适感,可以贴身穿一件不带扣子的衬衫,可减轻胸带和切口的直接摩擦。

胸口“咯噔”响是怎么回事 采用胸部正中切口手术的患者,手术中胸骨是被正中锯开的,手术后用钢丝重新固定起来。一般情况下,术后4个月左右,胸骨会完全愈合,老年患者或糖尿病患者愈合时间会长一些。在术后早期,如果患者在活动时不够注意,例如单手用力支撑身体、单手抓物起床、抱小孩、移动家具、提重物,以及因为剧烈持续咳嗽,都会使原本固定的胸骨发生松动,体重超标的患者更容易出现。在康复期间,患者在活动上肢或咳嗽的时候,会感觉胸前“咯噔”响,称为“骨擦感”,严重时钢丝会把

胸骨切断,导致切口不愈合,甚至感染,需要进行手术清创。因此,在术后早期,患者应积极预防胸骨松动。

为什么其他部位也有疼痛感

一些患者术后会发现,在切口变得不疼痛后,会有肩部、颈部、后背、两侧胸壁和两肋处疼痛现象。个人的感觉不同,表现也有所不同,如果疼痛程度不严重,就属于正常现象。这些不适感多与手术过程中患者较长时间保持被动体位,以及手术时切开胸骨对周围肌肉软组织损伤、肋软骨的损伤有关,有时也跟术后不当的活动、用力有关。患者需要调整胸带的松紧度、睡眠时

的姿势,适当减少卧床时间,以及在室内适度走动,调整好心态等。同时,患者可做一些局部按摩和理疗。

切口部位有刺痛感,首先,患者应检查是不是切口愈合有问题,例如切口红肿、皮下积液,甚至手术切口处有渗液现象等。除此之外,有的缝线打结处会有线结,这个线结可能随着愈合进程向皮肤内部移位,甚至顶出皮肤。这时,患者会有摩擦、刺痛的感觉,甚至刺痛程度剧烈,患者需要及时到医院就诊。

(作者供职于阜外华中心血管病医院成人外心监护室)