

■ 专科护理

麻醉前后的医护协作

□吴蓓蓓

在手术室里,当患者即将接受手术时,常常会看到麻醉医生手持注射器为其注射药物,随后患者逐渐进入沉睡状态。这让不少人误以为麻醉医生的工作只是“打一针”。实际上,麻醉的全过程需要麻醉医生与护理团队紧密配合,从术前评估到术后护理,每一个环节都关乎患者的安全与康复。

术前麻醉医护的协同准备

手术前,麻醉医生的工作已经展开,如详细了解患者的病史,评估其身体状况等,判断其能否耐受麻醉和手术。对于患有心脏病、高血压病、糖尿病等基础疾病的患者,要根据具体情况选择合适的麻醉方式和药物。

术前宣教 护士会向患者和家属讲解麻醉流程、术后可能出现的不适及应对方法,帮助患者缓解焦虑情绪。

物品准备 护士根据麻醉方式备好相关物品,如全身麻醉要准备气管插管等辅助工具;局部麻醉要准备消毒用品和应急药物。

信息核对 在术前,护士会测量患者生命体征,并协助麻醉医生完成术前评估表的信息核对,确保无遗漏。

麻醉医生与手术医生、护士会共同制定个性化方案,为手术安全奠定基础。

术中医生主导,护士配合

在手术过程中,麻醉医生

会密切监测患者的心率、血压、呼吸、血氧饱和度等生命体征,一旦出现异常情况,需要迅速判断原因并处理。同时,根据手术进程调整麻醉深度,平衡“无痛”与“安全”。

术中配合聚焦于细节保障 生命体征监测:护士协助麻醉医生观察监护仪数据,及时传递信息,并记录麻醉用药时间、剂量及患者反应。

液体与药物管理: 护士根据麻醉医生指令,精准控制静脉输液速度,备好抢救药物,确保紧急情况时能快速给药。

体位与保暖: 医护协调摆放患者手术体位,避免因体位不当压迫神经;同时,利用暖风机、加温毯等维持患者体温稳定,减少低温导致的麻醉苏醒延迟。

术后麻醉苏醒期的协作要点

手术结束后,患者进入麻醉苏醒期,此时的护理是减少并发症、促进恢复的关键。护理团队需要围绕以下要点开展工作。

生命体征监测

持续监护:患者转入麻醉恢复室后,护士需要每5分钟~15分钟监测一次患者血压、心率、血氧饱和度、呼吸频率,直至患者生命体征平稳。

呼吸管理: 全身麻醉患者苏醒前需要保持呼吸道通畅,头偏向一侧,防止呕吐物误吸;若患者自主呼吸较弱,需要协助麻醉医生对患者进行面罩吸氧或呼吸机辅助呼吸。

循环稳定: 护士密切观察患者有无低血压或高血压,及时告知医生调整用药方案。

并发症预防与处理

恶心、呕吐: 这是麻醉后常见反应,护士需要提前备好呕吐袋,遵照医嘱给予止吐药;若患者呕吐,护士需要立即清理患者口腔并观察呼吸是否受影响。

躁动与疼痛: 部分患者苏醒时会因疼痛或意识模糊出现躁动,护士需要妥善固定输液管、引流管,必要时使用约束带防止患者坠床,并根据疼痛评分,遵照医嘱给予镇痛药。

低温与寒战: 麻醉会抑制患者的体温调节功能,护士可以利用加温毯、保暖被维持患者体温在36摄氏度以上,减少寒战导致的耗氧增加。

苏醒后的护理衔接

意识评估: 护士会呼唤患者姓名,让患者做简单动作判断意识恢复程度,确认患者能清晰应答、自主呼吸平稳后,方可转运回病房。

转运安全: 在转运过程中持续吸氧,携带急救药品和简易呼吸气囊。在途中,护士需要观察患者面色、呼吸,避免颠簸导致血压波动。

病房交接: 医生向病房护士详细交接麻醉方式、术中情况、术后注意事项,确保护理的连续性。

长效护理

疼痛管理: 术后24小时~48小时是疼痛高峰期,护士需要定时评估患者的疼痛程度,通过静脉镇痛泵、口服止痛药等方式维持镇痛效果,同时指导患者采用深呼吸、听音乐等方法辅助止痛。

活动指导: 根据手术类

型,护士会协助患者早期活动,如四肢手术患者可在床上进行肢体伸展等活动,腹部手术患者在术后24小时可适当翻身,减少血栓形成风险。

饮食与排泄: 全麻患者需要在胃肠功能恢复后逐步进食,护士需要指导其从流质饮食过渡到普食;同时观察患者排尿情况,防止尿潴留。

医护协作的重要性

麻醉医学的复杂性不仅体现在麻醉医生的专业判断上,更依赖护理团队的细致观察与精准执行。从术前的宣教、准备,到术中的生命支持,再到术后的苏醒管理,每一个环节都需要医护配合、无缝衔接。

优质的麻醉后护理能显著降低术后并发症的发生率,缩短患者住院时间。麻醉是一场需要医生与护士共同参与的“生命守护战”,为患者的手术安全和术后康复筑起了坚实的防线。

(作者供职于信阳市第三人民医院)

一种能自动控制力矩的操作系统

□马文龙 范克杰 陈柯

现有技术情况

微创领域 微创是指在手术治疗过程中仅对患者造成微小创伤,术后仅留下微小创口的技术,是相对于传统手术的科技成果;外科及手术相关的词语,包括微创手术、微创外科等。然而,现有的微创空心钉取出过程,通过平面图像观察空心钉位置,不够直观。同时,通过画笔标记空心钉位置,定位不够准确。

相位噪声测量领域 在现代电子系统中,信号的短期频率稳定性是衡量信号质量的重要因素,它直接影响系统的性能,而相位噪声是描述信号短期频率稳定性的重要指标。特别是在雷达、通信、导航等应用领域,降低相位噪声成为提高系统性能的关键技术之一。例如,在多普勒雷达中,相位噪声直接影响雷达的检测性能;在数字通信,尤其是调相信信体制中,相位噪声对系统误码率和相邻信道的隔离度都具有重要意义。因此,相位噪声测量在现代电子技术中应用广泛,已成为当前电子测量领域的研究热点之一。

相位噪声测量方法

根据相位噪声信号的不同提取方法,当前的相位噪声测量方法主要分为直接频谱仪测量法、时间差测量法、鉴频法、鉴相法等。

直接频谱仪测量法 将待测源信号直接输入频谱仪,调谐至载波频率,通过测量信号频谱,计算噪声功率与载波功率的比值(经必要修正)得到相位噪声。

优点在于该方法简单易行,缺点是受限于频谱仪本振相位噪声,无法区分相位噪声与幅度噪声,而且不易测量近载波相位噪声。

时间差测量法 将被测源和参考源信号分频后送入时间差计数器,测量两信号过零点的时间差,利用时间差序列计算被测源相对于参考源的相位噪声。分频降低了信号频率,提高了时间分辨率。

优点在于系统构建成本低、易于实现;局限性在于受系统带宽限制,计数器本振相位噪声影响测量结果,且需要注意电缆长度与阻抗匹配。

鉴频测量法(无参考源法) 利用微波鉴频器(如延迟线/混频式、腔体、双延迟线鉴频器等)将待测源的频率起伏转换为电压起伏,再用基带频谱仪测量该电压起伏实现相位噪声测量。其典型原理是,被测信号经功分器分成两路,一路经宽带延迟线(将频率起伏变为相位起伏),另一路经可变相器调节至与第一路正交,两路信号送入鉴相器进行正交鉴相,输出与相位噪声成比例的电压噪声,经处理(如功率谱估计)得到相位噪声功率谱密度和单边带相位噪声。

优点是不需要参考源,对相位波动大的被测源效果好;缺点是对不同频率被测源需要调整鉴频器,且不易测量近载波相位噪声。

鉴相测量法(双源法/锁相环法) 使用双平衡混频器作为鉴相器,将被测信号与同频正交的高稳定参考源信号输入。鉴相器输出与被测信号相位起伏成比例的低频噪声电压,经低通滤波和低噪声放大后,输入频谱仪测量不同频偏处的噪声电平计算相位噪声;采样后数字化,通过数字信号处理求取单边带功率谱。

优点是测量灵敏度高、频率分辨率高,输出频率范围宽、对幅度噪声抑制能力强,缺点是参考源频率必须与被测信号严格相等。

上述相位噪声测量方法的共同点是利用专用硬件电路提取被测源信号的相位信息,进而分析其单边带相位噪声。因此,相位提取电路的性能在很大程度上决定了相位噪声测量的性能,其频率响应特性也会显著影响最终测量结果。

现有技术存在的问题

微创领域 现有的空心钉取出方法依赖平面图像观察位置,不够直观;使用画笔标记位置,定位精度不足。

相位噪声测量领域 现有的方法依赖相位提取硬件电路,其频率响应特性导致测量结果的准确度较低。此外,在临床中的应用性较差。

(作者供职于河南省洛阳正骨医院/河南省骨科医院)

■ 心灵驿站

孩子为何不愿意上学

□徐玉平

小雨今年12岁,品学兼优的她突然不想去上学了。妈妈一脸愁容地说:“没有发生啥事儿,孩子在家也吃得饱、睡得好,就是不愿意去学校。半年前,孩子总是断断续续请假,现在根本不愿意在学校待了,就算勉强去了,也坚持不了多久。孩子总是说自己难受,甚至崩溃大哭!检查身体也没有发现问题,她这么小,不去上学,怎么办呀?”

笔者经过详细询问得知,小雨也想好好学习,可是对考试感觉压力很大,担心考不好,一想到考试就紧张。尤其是在学校时,小雨经常注意力不能集中,有时会出现心慌、腹痛,甚至发抖、忍不住哭泣的情况。严重的时候,哪怕只是来

到校门门口,甚至提到考试和上学,就会出现上述躯体不适。

小雨的情况是典型的焦虑伴躯体化症状,因心理障碍而产生了不愿意上学的行为。

在学校门口,大家总能看到一些孩子紧紧抓住家长的手,眼泪汪汪地拒绝走进校园。这种现象是一种复杂的心理行为反应,许多学龄儿童曾出现过不愿意上学的行为,其背后往往隐藏着亟待关注的心理健康信号。

查找原因

首先,我们需要排查孩子不愿意上学的原因。

学业压力 比如考试焦虑、作业繁多。

社交创伤 比如与他人交

往中发生冲突、被欺负。

心理障碍 比如分离焦虑、社交焦虑、低自尊、抑郁情绪等。

家庭系统问题 比如父母及亲子关系问题,重大生活变故等。

适应障碍 比如进入新学校或班级等。

神经发育障碍 比如特定学习障碍、孤独症、多动症、抽动症等。

其他原因 比如对学习意义感缺失、沉迷网络等。

孩子不愿意去上学,常被误解为懒惰或叛逆,实则与逃学存在本质差异,这是孩子用行为发出的求救信号。这些孩子通常伴有强烈的焦虑心理,很多个案存在分离焦虑或社交恐惧。神

经科学研究结果显示,长期有这种行为的孩子杏仁核活跃度显著增高,并长期处于过度警觉状态。这种应激反应会引发皮质醇水平异常,进而影响记忆力和学习能力,形成恶性循环。

应对策略

对于有这种行为的孩子,家长要特别注意。

避免惩罚 惩罚(如打骂、没收所有喜爱的东西、禁止一切娱乐)通常无效,甚至会恶化问题,让孩子感觉更孤立无助。

认真倾听 孩子的感受和原因,不打断、不评判。即使孩子说不出具体原因或原因听起来“微不足道”,也要接纳他的感受,审视家庭氛围,提供支持。

避免长期放任 虽然初期需要理解和灵活处理,但是长期完全不上学会导致学业严重落后,社交隔离、问题固化,重返校园会更加困难。

积极沟通 与学校建立积极沟通与协作机制。

寻求专业帮助 如果该行为持续(通常超过两周),或者怀疑孩子有较严重的心理问题(如焦虑、抑郁)、学习障碍,请及时寻求心理医生的帮助。

孩子不愿意上学的行为常常是儿童心理健康的警示灯,而非非性标签。我们用“理解”代替“指责”,用“支持”替代“强制”,会帮助更多孩子重获走向校园的勇气。

(作者供职于郑州市第八人民医院健康管理中心)

■ 叙事护理

从术后抗拒到主动配合

□刘圆方 文/图

作为护士长,我亲历了一名急性阑炎患儿从术后抗拒下床到主动配合的历程。急诊手术后第二天,这个10岁的女患儿躺在病床上,被家人团团围住。

从家属宠溺的照料方式与日常对话中,我判断女孩儿自幼备受呵护,性格娇气。当护士告知术后需要下床活动以防肠粘连时,她立刻哭闹不止,坚决抗拒。

为缓解她的恐惧,我来到女孩儿的床边蹲下与她平视,轻声问:“宝贝儿,现在伤口是不是还疼得厉害呀?”女孩儿脸色苍白,皱着眉头。

我接着说:“我知道你肯定特别难受,那你想不想早点儿出院回家找小伙伴呀?”女孩儿眼睛一亮,用力点头。我耐心解释:“其实有办

法能让你舒服些,下床活动能防止肠子粘连在一起,还能减轻伤口疼。要是实在忍不住,我们还能找医生阿姨开止痛药,好不好?”

女孩儿犹豫着问:“真的可以吗?”得到肯定答复后,我让医生给她开了止痛药。

然而,快下班时,我发现女孩儿药效发挥后仍然躺在床上玩手机。

我再次坐到女孩儿身边:“不是想早点儿回家吗?现在还疼吗?”

女孩儿小声说:“不疼了,但是我害怕……”

我握住女孩儿的手,引导她对比疼痛程度:“如果刚刚手术完没用药前的疼是10分,现在能打几分呢?”

女孩儿想了想:“大概4分吧!”

“那比之前缓解了一半

呢!现在的疼能忍一忍吗?”女孩儿点头。

我继续解释:“虽然下床会有点儿疼,但是这样能防止肠子粘连。如果肠子粘连在一起,可能还得再做手术。你这么勇敢,一定能做到定时下床活动,对不对?”

女孩儿终于小声问:“活动好了,真的能早点儿回家吗?”

我笑着说:“当然啦,阿姨相信你!”

第二天交班时,我特意前往女孩儿的病房,发现病床上空无一人。走到走廊,我惊喜地看到女孩儿正由父母搀扶着慢慢活动。女孩儿的父亲推着输液架,母亲小心地掂着引流袋,女孩儿探着腰,每一步都透着努力。

我立刻竖起拇指:“哇,你太棒了!昨天跟你说的

话,你都记在心里了!”

女孩儿有些害羞地笑了:“昨天,我试了试,虽然走几步就疼得受不了,但是想到能避免再做手术,早点儿回家,就坚持了。”

我趁热打铁:“你还给其他小朋友做了榜样呢!昨天我跟病房里比你大的小哥哥讲,你特别疼还勇敢地下床活动,他今天也主动尝试了!”女孩儿眼睛发亮,脸上满是自豪。

此后,每次巡视病房,我总能看到女孩儿在走廊里活动的身影。从最初的小心翼翼、满脸痛苦,到后来步伐愈发自然,笑容逐渐浮现,她的变化肉眼可见。

“六一”儿童节前夕,在科室里,大家筹备活动,布置气球和背景板时,我遇到前来围观的女孩儿。我拿起小



礼物:“提前送你一个好不好?”女孩儿却认真摇头:“我不要,我想明天做游戏时自己赢!”

我忍不住赞叹:“通过努力拿到的奖励,成就感会加倍,对不对?”她用力点头,眼神里满是期待。

最终,女孩儿不仅积极参与了“六一”活动,在游戏中勇敢挑战、争取荣誉,最后顺利康复出院。这场从术后怕疼哭闹到主动成长的转变,不仅见证了女孩儿身体的痊愈,更彰显了叙事护理通过正向鼓励,唤醒患儿内在力量、重塑积极心态的独特价值。

(作者供职于南阳市中心医院)

征稿

你可以谈一谈护理工作的心得体会,在护理方面取得的新进展,对某种疾病的护理思路以及对护理学发展、管理、改革和教育的建议,也可以写护理的现状与存在的问题……

《护理管理》《专科护理》《海外护理》《小发明》(请将你的小发明拍成图片,并附上文字说明)、《护士手记》等栏目真诚期待你的参与!



联系人:徐琳琳
联系电话:15036010089
邮箱:xulin.lin@qq.com
地址:河南省郑州市金水东路与博学路交叉口