

2.2.2 对于像控制液体滴速、防导管拖出等评估量表,目前未找到相关的量表。我院组织数名科护士长查阅相关资料,根据量表设计要求,自行设计相关量表,并在临床使用过程中不断修改,使量表的信效度和反应度不断提高。

2.3 患儿方面

2.3.1 我们在使用量表时统一规定根据患儿的年龄采取不同的评估方法,>5岁的患儿护理人员根据自己的观察判断、临床收集的资料以及患儿的描述进行评估,<5岁的患儿护理人员根据自己的观察判断、临床收集的资料以及患儿家长的描述进行评估去,取得数据。

2.3.2 家长作为患儿的代言人,对问题的回答直接影响评分的准确性,我们在进行评估时要与家长有效沟通,介绍评估的目的是为患儿提供更好的治疗护理及安全管理,取得家长的主动配合,能提高数据的信度。

综上所述,护理人员能够正确掌握评估量表的使用,使评估量表发挥它的价值。帮助护理人员评估到患儿准确的信息,指导临床护理实践,杜绝安全隐患,评价护理工作效果。

新生儿头皮静脉输液致头部体位性水肿原因分析及处理

山东省立医院西院儿科 250022 张丽娟 袁秀云

我科自2008年1月至今发生3例新生儿头皮静脉输液致头部体位性水肿的病例,表现为穿刺部位周围皮肤略高出周围正常皮肤约1mm,与正常皮肤无明显界限,压之较软,而与穿刺部位相对应的头部最低处的皮肤出现明显水肿,高出皮肤约2~3mm,压之如海绵,与正常皮肤有明显界限,且水肿部位可随着体位的改变而移动,由于发现及时,且渗出药物为非刺激性药物,采用50%的硫酸镁湿敷,或土豆片湿敷等方法,均于6~12h内吸收,未造成患儿不良影响。

1 病因分析

1.1 新生儿血管发育不成熟。在新生儿生后3~5d,其手、足、腿、耻骨区及眼窝等处易出现水肿,2~3d后消失,与新生儿水代谢不稳定有关。

1.2 由于发热、腹泻等因素可导致新生儿脱水,微循环受损,血管通透性增加。

1.3 在输液过程中患儿哭闹好动,肢体难以固定。

1.4 家属缺乏照顾患儿的经验。

1.5 新生儿痛觉发育相对较差,且不能表达疼痛等因素,易造成患儿输液外渗。

2 防治措施

2.1 建立安全有效的静脉通道

对新生儿患者尤其是新生儿重症监护的患者非常重要,浅静脉留置针操作简单,不良反应小可避免反复穿刺造成患儿的痛苦,在常规固定的基础上加头套固定,使针头不易脱出,降低了输液外渗的发生。

2.2 加强责任心,严密的连续性观察

在新生儿静脉输液过程中,每15~30min巡视一次病房,巡视时不但要检查静脉输液部位皮肤的颜色、温度、弹性、有无肿胀、对触觉的反应,还要观察与穿刺部位相对应的头部最低处有无肿胀渗液等异常情况发生。并教会患儿家长观察输液外渗的方法。

2.3 出现液体外渗立即处理

一旦出现液体外渗,立即停止输液,拔出输液针头,用纱布覆盖,抬高患部,并根据渗漏范围、程度、药物种类选择不同方法处理治疗。

3 特殊药物的观察处理

3.1 多巴胺外渗的处理

多巴胺是治疗新生儿心力衰竭、休克等疾病的常用药物,由于多巴胺使用时维持时间长、药物对局部的刺激性强、局部反应大、新生儿皮肤娇嫩等因素,易引起穿刺部位皮肤苍白,甚至坏死,更要防止药物外渗。可开放两条静脉通道,药物在一个部位持续泵入时间不超过2小时,且根据患儿局部血管情况调节,一般双管相互交替使用,以减轻局部的不良刺激。若局部皮肤颜色变苍白,温度较其他处皮肤偏低,有凉感,且范围>3cm时,就更更换其它液体输入并用50%硫酸镁湿敷,加外用维生素E涂用的方法,局部一般在半小时内恢复。

3.2 钙剂外渗的处理

小儿补钙外渗可引起局部红、肿、热、痛,严重者可致局部坏死及功能障碍,对于钙剂外渗导致局部组织钙化已有报道。所以规范静脉补钙的程序可降低静脉输液的风险,具体做法如下:

3.2.1 严格履行告知义务

内容包括a钙剂应用的目的。b应用过程中可能发生的情况。c如何观察输液局部血管及皮肤的异常。d如患儿输液部位出现疼痛、肿胀等异常情况或输注过程中患儿出现不明原因哭闹或静脉输注速度减慢等现象,应及时告知护士。

3.2.2 确定静脉通畅

只有确定静脉通路良好后才能接钙剂。

3.2.3 加强观察

输注期间每5min观察一次注射部位,直至输液完毕,并尽量使输注在15~30min内完成。

3.2.4 及时处理外渗部位。

如输注钙剂过程中发现有外渗现象,应立即停止输注,渗出部位给予50%硫酸镁持续湿敷(按局部红肿范围取四层纱布一块,浸50%硫酸镁溶液,湿度以不滴水为宜,覆盖于患处,上面覆盖一层塑料膜,每小时更换一次,3~5h症状缓解后,改为4~6h更换1次,直至红肿消失、组织变软时停止湿敷)。做好交接班。

3.3 脂肪乳外渗的处理。

对于胃肠道外营养的患儿,静脉点滴脂肪乳的过程中,一旦出现组织外渗症状,应立即拔出针头,停止在原处输液,待加压止血后,用自制冰袋外包治疗巾进行局部冷敷,及时更换。冷敷时间为脂肪乳外渗12~24h为宜,冷敷过程中注意观察患处皮肤的颜色和温

度,防止局部冻伤,患处经冰袋冷敷处理后,如局部红肿 24h 内仍不能消退者,可根据外渗面积大小取适量金黄散置于清洁弯盘内,倒入清洁石蜡油,用棉签调成糊状,均匀涂于纱布上敷于患处,上面覆盖一层塑料膜,以防药物蒸发,使之吸收,每日两次(根据情况可增加换药次数,以便持续发挥作用)。

4 讨论

液体外渗是静脉输液过程中最常出现的护理问题,由于新生儿自身发育特点,输液过程中更易造成液体外渗,严密的连续性观察,特殊用药的特殊观察及处理方法,使静脉输液风险降至最低,可大大减少医疗纠纷的发生。

13 例婴儿颅内出血行钻孔引流的术后监护

安徽省立儿童医院 PICU 230052

张美英 王国琴 陈月香

婴儿期颅内出血死亡率高,而维生素 K1 缺乏是引起婴儿颅内出血的重要原因之一。2010 年 1 月~2011 年 10 月我科收治 13 例因维生素 K1 缺乏症引起的颅内出血的婴儿,均行颅内钻孔引流术,解除血肿,降低颅内压,取得满意效果,现报告如下:

1 临床资料:本组 13 例,男 8 例,女 5 例,年龄 35~69 天,术前出现抽搐、呕吐 12 例,意识障碍 9 例,贫血、面色苍白 8 例,CT 检查异常 13 例,明确脑疝、脑水肿 8 例,7 例出现瞳孔两侧大小不一,1 例瞳孔对光反应消失。

2 手术方法:CT 定位后,气静麻醉下行颅骨钻孔后引流出凝固的血液,并植入硅胶软管于出血腔隙,外接引流袋行密闭式引流。

3 结果:术后入监护室呼吸机支持 1~2d,经钻孔引流血肿、补充维生素 K1、输血、降颅压、镇静、抗感染综合治疗,治愈 9 例,好转 2 例,放弃治疗 2 例,

4 术后监护

4.1 入监护后置于已调节好温度的辐射抢救台上,便于各项操作、急救以及维持体温。取头向患侧卧位或仰卧位,置引流管的头侧低位,连接呼吸机管道、心电监护导线、颅内引流管、输液管道,通知床边摄片,了解气管插管的位置。

4.2 严密观察病情:给予持续心电监护,严密观察心率、心律,血压的变化;观察瞳孔、神志,4h 记录一次,发现异常及时报告医生。观察肢端温度、肢体活动情况、肌张力、有无抽搐现象,及时给予干预,本组中 5 例手术后出现间断抽搐现象,给予咪达唑仑持续泵入,抽搐有不同程度的缓解,2 例抽搐持续出现,给予咪达唑仑维持 1 周后逐渐缓解。

4.3 颅内引流管的护理:引流管接防逆流式引流袋,引流袋放置的高度根据血肿是否与侧脑室相通而定,若不相通,则引流管自然放置于床头低于血肿水平进行引流;若相通,引流袋高度为侧脑室水平上 10~15cm,过高不利于侧脑室引流,过低导致侧脑室缩小,并根据引流量的多少,及时评估调整引流袋的高度。本组均为硬膜下引流管,保持引流通畅即可。因颅内引流管均为软的硅胶管,防止受压或扭曲,连接部位严格消毒并用胶