

战胜疾病,使患者对手术治疗充满信心,主动配合治疗。

2.2 术前准备 指导患者进高热量、高蛋白、高维生素、易消化的清淡饮食,以提高机体抵抗力和术后组织修复能力;术前应保证充足的睡眠;训练床上大小便,避免术后因不习惯在床上排便而引起便秘、尿潴留;备头皮,外出时需戴帽子;术前禁食 10~12 h,禁饮 6~8 h,术晨留置尿管;另外还需做心电图、右面肌肌电图、电测听等检查,认真评估面肌痉挛发生的频率、强度、持续时间。

2.3 术后护理 全麻未清醒时取去枕平卧位,头偏向健侧。避免呕吐时呛咳、误吸,及时清除呼吸道分泌物,保持呼吸道通畅。全麻清醒血压平稳后,抬高床头 15°~30°;麻醉清醒后 6 h 可喂少量温开水,如无呛咳,术后 1~2 日内可进流质饮食,以后逐渐改为半流质、普食;每 2 h 监测意识、瞳孔、血压、脉搏、呼吸、体温的变化;术区敷料是否干燥,若渗出过多时汇报医师,及时观察切口并更换敷料;及时评估面肌痉挛的频率、强度、持续时间,并记录面肌痉挛的停止时间;加强基础护理,每 2 h 协助患者翻身 1 次,建立翻身卡,严格床头交接班,防止压疮;每日做口腔护理 2 次,保持口腔清洁,防止口腔感染。

2.4 并发症的预防 (1)低颅压反应。常发生于术后 24 h 内,如患者出现头晕、恶心、呕吐等症状,我们给患者取较长时间的平卧位,遵医嘱减少脱水剂的用量。(2)脑脊液鼻漏。如出现脑脊液鼻漏时应去枕平卧 2 周,禁止鼻腔插管及吸痰、冲洗滴药和填塞,注意保暖,防止感冒,严密观察并记录 24 h 漏出量。(3)颅内感染和切口感染。如出现以下症状提示感染:①术后体温高于 38.5℃,持续不退;②剧烈头痛,对

症治疗不能缓解;③出现颈项强直、表情淡漠、嗜睡等意识改变;④手术切口部位红、肿,出现炎性渗出,如出现高热,给予冰块降温,遵医嘱加强补液,抗感染治疗,密切观察患者意识、瞳孔及生命体征的变化。(4)面瘫。主要原因是在显微血管减压术中对面神经造成暂时或永久的损伤,如出现面瘫,应做好眼部护理,加强口腔卫生,勿吃过热及刺激性食物,同时给予对症治疗和理疗。

3 讨论

显微血管减压术治疗面肌痉挛创伤小,治愈率高,手术并发症发生率低,完全保留血管、神经功能。因此,成为面肌痉挛最有效的治疗方法^[1,2]。充分的术前准备和术后护理是保证手术治疗成功的重要因素。

术后除了密切观察意识、瞳孔、生命体征的变化外,需认真评估面肌痉挛发生的频率、强度、持续时间,以便于和术前相比较^[3,4]。该患者在经过充分的术前准备及术后精心护理,术后未发生面肌抽搐。

[参 考 文 献]

- [1] 祝鸣兰,周珍波. 45 例面肌痉挛显微血管减压术患者的护理 [J]. 中华护理杂志, 2006, 8(6): 699-700
- [2] 张毅. 显微血管减压术治疗面肌痉挛的护理 [J]. 河北医学, 2004, 10(4): 360-361.
- [3] 王春平,穆纳新. 原发性面肌痉挛微创手术的护理 [J]. 现代护理, 2006, 12(5): 449.
- [4] 申小青,耿朝霞,李爽,等. 微血管减压并面神经梳理术治疗面肌痉挛的临床观察及护理 [J]. 现代护理, 2005, 11(11): 858-859

[文章编号] 1000-2200(2007)04-0492-02

。护理医学。

氯化钾静脉滴注致心脏骤停的急救与护理

刘建华

[关键词] 心脏骤停;氯化钾;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 541.78 R 977.7 [文献标识码] B

氯化钾注射液属于电解质平衡药物,临床上广泛应用,静脉滴注氯化钾时注射部位发生疼痛临床上常见^[1],但发生心脏骤停、呼吸停止十分罕见。2006年11月15日,我院发生氯化钾静脉滴注致心脏骤停 1 例,经迅速抢救,患者转危为安,现作报道。

1 临床资料

1.1 病例介绍 患者,男性,23岁,我院体育系学生。主述:“头疼发热咳嗽,纳差 2 天”就诊。检查:一般情况好, T 37.5℃, P 84 次/分, R 18 次/分。既往无心脏病史,初步诊断上呼吸道感染,给予输液,第一组 5% 葡萄糖 250 ml+病毒唑 0.4 g 第二组 5% 葡萄糖 250 ml+阿奇霉素 0.5 g 第三组 5% 葡萄糖 250 ml+10% 氯化钾 7 ml 前两组 4.5 h 输完,患

者无不适主诉,当接第三组液体 2 ml 后患者诉局部(输液针头处)疼痛,并沿血管走向反射到上臂,当即护士发现患者神志模糊,呼之不应,脉搏测不到,随之出现呼吸停止,心脏骤停,立刻报告医师,并停止输液,经及时有效抢救,患者转危为安。

1.2 急救与护理 立即平卧,头偏向一侧,保持呼吸道通畅;心肺复苏、人工辅助呼吸;0.1% 肾上腺素 1 mg 皮下注射;高流量吸氧;快速建立静脉通道,遵医嘱给地塞米松 20 mg 维生素 C 2 g 静脉注射;保暖;密切观察病情变化,监测各项生命体征;做好患者的心理护理,患者神志清楚后,及时与其沟通,耐心细致地解释病情,消除其恐惧心理;抢救成功后,及时补充护理文书,护理文书要符合医疗规范。

1.3 结果 经及时抢救,15 min 后,患者神志逐渐恢复,面色转红,血压逐渐上升 96/60 mmHg P 60 次/分, R 19 次/分,各项生命体征平稳,患者感觉全身无力,2 h 后停止吸氧,观察 1 天,第 2 天检查各项生命体征正常。

[收稿日期] 2007-03-06

[作者单位] 黄山学院 医院,安徽 黄山 245021

[作者简介] 刘建华(1956-),女,主管护师。

2 讨论

氯化钾注射液属于调节水、电解质平衡液,钾离子通过细胞外氢离子参与酸碱平衡调节。钾参与神经及其所支配的器官之间、神经之间的兴奋传导过程,并参与神经末梢递质(乙酰胆碱)的合成。成人每日需要钾量不超过 2 g,临床上氯化钾静脉滴注浓度一般不应超过 0.2%~0.4%,最高浓度不得超过 0.6%,静脉滴注速度宜慢,可以用 5%~10%葡萄糖液稀释,一般每小时不超过 1 g 为宜,速度过快使血浆钾离子浓度短时间显著升高,可以抑制心脏骤停^[2]。然而,该患者出现的心脏骤停,显然不是钾离子浓度过高和静滴速度过快所致,笔者认为很可能是患者对氯化钾较敏感,氯化钾是高渗液,对静脉内膜有刺激,钾离子是致痛因子,进入组织后作用于神经末梢感受器,使其去极化,从而产生疼痛^[3],剧烈疼痛刺激通过刺激神经反射引起周围血管扩张,血压下降,脑供血不足,导致突然意识丧失,心脏骤停。

本例患者抢救成功的过程中,由于护士在接第三组液体后没马上离开,而是主动与患者交流,密切观察病情,及时发

现病情突然发生变化,出现心脏骤停,呼吸停止,立刻报告医生组织抢救,为抢救成功赢得了十分宝贵的时间。也提醒广大护士为了杜绝类似事件的发生,静脉输入氯化钾时,也要密切观察患者病情变化,掌握氯化钾的个体差异性反应。

护士在日常工作中,随时可以遇到患者病情突然变化的突发事件^[4],为了做好护理的抢救工作,首先要提高自己的观察和应变能力,做到服从分配,严守岗位,动作敏捷,头脑清楚,忙而有序和娴熟的护理操作基本技能。

[参 考 文 献]

- [1] 陈爱萍. 静脉补钾缓解局部疼痛的方法探讨[J]. 内蒙古医学杂志, 2004, 36(1): 69
- [2] 周志永, 王世祥主编. 新编常用药物手册[M]. 第3版. 北京: 金盾出版社, 1998: 497-500
- [3] 姚美芳. 静脉补钾致局部疼痛的防护[J]. 华北煤炭医学院学报, 2006, 8(2): 200
- [4] 李保凌, 肖美灵. 一例利多卡因致过敏性休克的抢救与护理体会[J]. 临床护理杂志, 2006, 5(3): 53

[文章编号] 1000-2200(2007)04-0493-01

。短篇报道。

鼻腔横纹肌肉瘤误诊为鼻息肉 1例

达 瑞

[关键词] 鼻肿瘤; 横纹肌肉瘤; 误诊

[中国图书资料分类法分类号] R 739.62 [文献标识码] B

患者女性, 23岁。右鼻腔反复鼻塞、流脓涕 1月余入院。查体: 一般情况好, 血压正常, 浅表淋巴结均未触及, 外鼻无畸形, 右侧鼻腔中鼻道见一黄白色新生物, 质软, 表面光滑, 下鼻道见少量脓性分泌物。鼻部 CT平扫示: (1)右中鼻道鼻息肉, 但不排除内翻性乳头状瘤; (2)右侧上颌窦、筛窦炎。入院后予全身应用抗生素, 做好术前准备, 在表麻加局麻下行功能性鼻内镜手术, 术中见新生物来源于中鼻道, 予完整切除中鼻道新生物及部分中鼻甲, 切除钩突, 开放筛窦、上颌窦, 手术过程顺利, 术后患者生命体征平稳。术中切除新生物送病理, 鼻腔予凡士林纱条填塞, 全身抗感染、止血及对症治疗。鼻腔送检物病理诊断: (右鼻腔)腺泡状横纹肌肉瘤。免疫组化结果: Vimentin(+), actin(+), myoglobin(+), GFAP S-100蛋白、CgA SYN HMB45、CK均阳性(中山大学附属第二医院病理科会诊), 后应患者要求转入中山大学肿瘤医院治疗。

讨论 横纹肌肉瘤起源于向横纹肌分化的原始间叶细胞, 是来自中胚层的恶性肿瘤, 由不同分化程度的横纹肌母细胞组成, 可发生于任何部位, 发生在鼻腔者较罕见^[1]。其发病率占恶性肿瘤的 10%~20%, 占儿童恶性肿瘤的 4%~8%。横纹肌肉瘤常见的发病部位是头颈部, 其次是泌尿生

殖道、四肢、腹膜后及躯干。发生于鼻腔的横纹肌肉瘤按其形态学特点分为胚胎型、葡萄簇型、腺泡型及多形型。不同的组织类型与发病年龄及部位有密切关系, 其中胚胎型绝大多数发生于 3~12岁儿童, 占 50%~60%, 是最多见的类型; 葡萄簇型好发于头颈部和生殖道, 常见于婴幼儿及空腔器官(如泌尿生殖道); 腺泡型好发于四肢和头颈部, 多见于成年人; 多形型好发于四肢, 其次是躯干^[2]。本例为原发于鼻腔的横纹肌肉瘤, 早期症状主要为鼻塞, 极易误诊为鼻腔普通炎症, 如鼻炎、鼻息肉等。中晚期由于局部坏死, 溃烂较重, 易与恶性肉芽肿相混淆。鼻腔横纹肌肉瘤的 CT表现与鼻腔占位性病变更基本相同, 呈密度均匀或不均匀肿块, 境界不清, 并无特殊性影像学特征。故本例术前 CT提示为鼻息肉。横纹肌肉瘤的确诊主要靠组织病理学检查。由于本病恶性程度高, 进展迅速, 预后较差, 目前主张采取手术、放疗与化疗相结合的综合治疗, 早期行根治性手术, 大剂量放疗和系统化疗。晚期可不同程度累及上颌窦、筛窦、蝶窦、眼眶、咽旁间隙、颞下窝、翼腭窝及口咽部, 而且极易出现血行散播, 预后较差。由于本病无特征性的症状和体征, 所以我们在临床上对于出现有鼻塞、流涕及鼻腔溃烂等症状和体征的患者应予以重视, 须排除鼻腔横纹肌肉瘤的可能。

[参 考 文 献]

- [1] 江德胜. 鼻腔和鼻窦恶性肿瘤[J]. 国外医学·耳鼻喉分册, 1984, 8(3): 162
- [2] 艾毅钦. 鼻腔横纹肌肉瘤 3例报告[J]. 癌症进展, 2006, 4(1): 84-86

[收稿日期] 2006-11-28

[作者单位] 广东省东莞市人民医院耳鼻咽喉科, 523018

[作者简介] 达 瑞 (1980-), 男, 住院医师。