

硬膜外麻醉术后病人自控镇痛护理

祝晏灵

(浙江省杭州市余杭区妇幼保健院 杭州 311100)

关键词:硬膜外麻醉;术后疼痛;病人自控镇痛;护理

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)01-0068-02

目前根据国际疼痛研究会对疼痛下的定义,认为疼痛是一种实质性或潜在性组织损伤所引起的不愉快的感觉和情感体验^[1]。疼痛可以分为急性、慢性和神经病理性疼痛。近年硬膜外麻醉术后病人自控镇痛方兴未艾,本文对此及自控镇痛护理作了探讨。

1 病人自控镇痛(PCA)临床运用

病人自控镇痛(Patient Controlled Analgesia)简称 PCA 法,病人借助于特殊的按钮自行反复的给予小剂量药物达到镇痛目的的一种方法^[2]。优点:多次小的给药使血药浓度较为平稳,镇痛效果迅速,病人较为满意。这种方法比较传统术后注射更为先进。

1.1 PCA 专用设备 PCA 泵,1976 年英国 Greseby 生产第一台 PCA 泵,近年来有多种。大多分为 2 类:(1)电脑控制:多种模式、复杂的 PCA;(2)非电子系统:一次性简单的 PCA。

1.2 PCA 泵给药途径 (1)静脉(PCIA):原经信道接在静脉内注射给药;(2)硬膜外(PCZA):原经硬膜外导管接在硬膜外腔给药;(3)皮下(PCSA):原经过信道接在皮下给药。

1.3 PCA 泵专用术语 (1)持续背景输注给药(basal infusion):单位时间内输注给药;(2)单项给药剂量(bolus):病人按压 PCA 泵上的特殊按钮泵自动给药;(3)锁定时间(Lock out time):在该时间内 PCA 泵装置对病人再次给药的指令不作反应,是一种保护措施。锁定时间可根据药物起效速度以及 PCA 不同给药时间而定。

1.4 PCA 使用的药物 阿卡类药:吗啡、杜冷丁、芬太尼等;局麻类药:布比卡因、利多卡因、罗布卡因。基本配方为:吗啡 6mg+0.125%~0.25%布比卡因 +NS 到 100mL。48~72h 后麻醉医师视病人情况拔管。

1.5 PCA 使用注意事项 (1)加强监测:BP、P、R、病人疼痛、镇静程度,认真记录及时处理药物的副作用,要求监测术后 8h 内 BP、P、R,要求 24h 小时内监测 R;(2)术前和手术结束给病人及家属讲解 PCA 使用方法,以便达到最佳镇痛效果;(3)对病人不理解或无操作能力者不使用。

2 自控镇痛护理

2.1 疼痛观察与评估 对病人术后及术后 30 min 疼痛进行评估并对比,如果病人疼痛仍未减轻,则应通知麻醉医师调整 PCA 泵止痛药的剂量。

2.2 观察病人的呼吸情况 呼吸的观察对带泵的病人尤其重要。因为 PCA 泵使用的止痛药为吗啡或芬太尼,这类药物对呼吸有明显的抑制作用,发生率为 1%~5%,是最为严重的副作用,尤其对老年人,低血容量、剂量过大、在持续泵注射基础上给药等因素将增高呼吸抑制的发生率。所以,应对术后使用 PCA 泵的病人给予吸氧,监测 R、BP、P,并有记录。对止痛效果不明显的病人应请示麻醉医师,可以再肌注杜冷丁。

2.3 局部穿刺部位的护理 护士应注意观察穿刺部位有无渗出,告诉病人活动不要牵拉 PCA 泵的管道,防止将导管从体内拔出。

2.4 止痛药副反应的观察及护理

2.4.1 恶心、呕吐 是常见的反应,如果病人有恶心反应,应让病人头偏向一侧,防止呕吐误吸,呕吐严重者应请示医生。可用药物对抗,如氟哌利多、灭吐灵。

2.4.2 嗜睡、皮肤瘙痒 部分使用 PCA 泵的病人会出现嗜睡、皮肤瘙痒现象。嗜睡的病人呼之能醒,护士应经常喊醒病人,观察病人睡眠时的呼吸情况。皮肤瘙痒是吗啡药诱发组织胺释放造成,一般停药或减量后消失,严重者可给苯海拉明。

2.4.3 抑制肠蠕动 护士应注意观察病人的肠蠕动情况:肠鸣音、排气、排便,尤其是腹部手术的病人会感到腹胀、排气时间延长、便秘等情况。腹胀术后 3d 仍未排气的病人,护士应指导病人在病情允许的情况下多活动,如增加翻身次数或床边活动、热敷腹部等增进肠蠕动,严重腹胀的病人可持续胃肠减压或肛管排气。能进食的病人可以鼓励他多吃一些蔬菜和水果(如香蕉)利于排便。这样的病人会出现焦虑和急躁等不良情绪,护士应向病人耐心讲解这种情况不会持续很长时间,急躁反而不利于病情的恢复,而且 PCA 治疗主要用于

进行心理安慰,发挥患者的主动性,消除患者的心理障碍,增强对康复的信心,使患者通过参与各种功能锻炼来提高或改善患者功能水平,逐步实现自我照顾、独立生活的目标,提高生活质量。本组资料表明,护理干预组与对照组治疗前后用 Brunnstrom 分级比较,治疗后 2 组患肢上、下功能差别均有显著性,护理干预组明显优于对照组。说明早期采取积极正确的护理干预,是提高脑卒中偏瘫患者肢体功能的有效方

法。

参考文献

[1]戴红.康复医学[M].北京:人民卫生出版社,1998.172
[2]全国第 4 次脑血管病学术会议.各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379
[3]张捧玉,苟凤阁,周群拉,等.早期强化训练对急性脑卒中患者生活自理能力的影响[J].中国康复医学杂志,1998,13(6):252

(收稿日期: 2005-05-08)

自控镇痛泵的应用与护理

李菊琴 叶亚彩
(浙江省宁波市第一医院 宁海 315600)

关键词: 自控镇痛泵; PCIA 技术; 护理

中图分类号: R473.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)01-0069-02

临床上术后疼痛不仅对病人手术后的康复十分不利,而且会给病人造成明显的心理创伤,所以良好的术后镇痛对于促进病人康复,减少或预防术后并发症具有十分重要的意义。术后即刻疼痛,一般高峰期是 12~36h,产生疼痛主要的原因是切口和 / 或内脏器官损伤及刺激和引流物的刺激等^{〔1〕}。现将我科 2003 年 4 月至今实施术后 PCIA 技术 (使用 PCA 泵经静脉给药)应用的护理体会总结如下:

1 临床资料

本组共 728 例患者, 男性 583 例, 女性 145 例; 年龄 17~92 岁; 应用 PCEA (经硬膜外腔病人自控镇痛) 者 15 例, 应用 PCIA 者 713 例; 股骨手术 153 例, 胫腓骨手术 130 例, 腰椎手术 100 例, 肱骨手术 90 例, 尺桡骨手术 95 例, 踝关节手术 150 例, 其他 10 例。结果: 绝大多数病人获得满意的镇痛效果, 102 例 (占 14.0%) 述有创口疼痛, 术后恶心、呕吐 98 例 (占 13.5%), 嗜睡、头昏 39 例 (占 5.4%), 尿潴留 10 例 (占 1.4%), 呼吸抑制 0 例, 荨麻疹、胸闷、心慌、头晕 2 例 (占 0.27%), 褥疮 0 例。

2 护理体会

2.1 熟悉 PCA 装置的基本构造, 根据不同病人的疼痛情况, 由麻醉科医生选定合适镇痛药液, 给病人进行持续输药达到镇痛的目的。我们骨科基本上应用 PCIA 技术, PCIA 技术是临床上使用 PCA 泵经静脉系统以均匀一致的速度注入镇痛复合液进行手术后镇痛的方法。其优点是无尿潴留发生率,

术后前 3d 止痛, 停止后肠蠕动抑制的现象会逐渐消失。

2.4.4 尿潴留 一般术后病人多带有留置尿管, 在拔除尿管前应先定期夹管, 顺利则可将尿管拔除。如果病人不能自行排尿, 可采用按摩膀胱、热敷下腹等方法诱导排尿, 如仍失败可再留置尿管几天。对没有留置尿管的病人, 护士应详细记录病人排尿的时间和尿量, 如病人出现尿潴留, 在诱导排尿失败后需要导尿。

2.5 心理护理 使用 PCA 泵治疗的病人心理护理也很重要, 护士应安慰和鼓励病人, 增强病人战胜疼痛的信心。只有配合心理护理的 PCA 治疗才能达到止痛效果。

2.5.1 改变对疼痛的观念 更新对麻醉止痛药的认识, 害怕成瘾是有效止痛的主要障碍, 要克服这种障碍。疼痛是病人的主观感觉, 要改变过去认为“手术后疼痛是正常的, 病人应忍耐不该抱怨”的陈旧观念, 并认真地落实在实践中。疼痛是无益的, 免于疼痛是病人的权利。病人应报告疼痛, 医务人员应向病人询问、评估、治疗疼痛。

2.5.2 准确评估疼痛 术后全面的评估疼痛应从病人的自

管道脱出可以重新安装 (静脉注射)。处方 1: 芬太尼 0.8mg+ 布洛诺 20 mg+ 欧贝 8 mg+ 生理盐水→100mL。处方 2: 芬太尼 1.0mg+ 氟哌啶 5.0mg+ 布洛诺 24 mg + 生理盐水→100mL。处方 3: 芬太尼 0.8mg+ 氯胺酮 100mg+ 布洛诺 20 mg+ 生理盐水→100mL。用法: 维持量 2 mL/h, 自控量 2 mL/h, 置泵时间 72h。

PCEA 技术, 一般临床使用的方法是在手术结束时或结束前直接经手术过程中使用的硬膜外麻醉导管注入镇痛复合液, 局麻药直接作用于神经纤维, 阿片类药物通过作用于脊髓有关阿片类受体发挥镇痛作用。两者协同作用, 既可以产生良好的镇痛效果, 又可以减少阿片类药物用量, 降低它们所产生的副作用发生率。本组 1 例硬膜外腔管道脱出, 未进行重新安装, 改用 PCIA 技术补救。特别强调 PCEA 的药液与 PCIA 的药液配制不同, 不能安装于静脉系统。

2.2 护理措施

2.2.1 做好心理护理 同情和关心病人, 做好病人解析工作, 告知止痛泵止痛药的成分、作用、优点、副作用、应用方法, 疼痛剧烈时可以追加药物剂量。必要时请麻醉科医生处理。

2.2.2 严密观察术后情况 每 2 小时巡视 1 次, 保持静脉通道通畅, 防止扭曲、脱落, 及时发现异常情况, 做好对症护理, 必要时通知麻醉医生。并给予心电监护, 监测血氧饱和度、心率、呼吸、血压等变化。

我报告、生理、行为方面来综合评估。自我报告包括疼痛的部位、性质、时间、程度、减轻、加剧疼痛的因素。行为反应包括病人的表情、体位、活动、呼吸、咳嗽、焦虑、失眠等资料。临床上常采用客观化的疼痛评估工具让病人更正确地评估自我的疼痛程度。常见的有: 数字评分法, 如 0~10 疼痛程度评分法。

2.5.3 做好术前、术后的病人教育 疼痛评估的方法、早日活动、深呼吸、咳嗽的重要性及方法, 止痛的重要性及方法, 建立疼痛宣教小册子, 使宣教工作做得更有效。通过对病人的教育, 让病人对术后疼痛有控制感以消除对疼痛的恐惧、焦虑、无助感, 及时报告疼痛、及时止痛以利于早期活动, 减少手术后并发症, 促进早日康复。

参考文献

[1] 王元, 张江, 郑晓平. 对自控镇痛者的术前教育[J]. 国外医学·护理学分册, 2000, 19 (1): 512~514
[2] Jeanne Slack, Margaret Fant-Callahan. Pain management [J]. Nursing Clinics of North American, 1991, 26(2): 463~476

(收稿日期: 2005-06-27)