

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)

门诊小儿输液室服务模式初探

贺亚君

(浙江省宁波市镇海区中医院 宁波 315200)

关键词: 小儿; 输液室; 护理; 服务模式

中图分类号: R 473.5

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)01-0070-02

小儿输液室是医院面向社会的一个特殊窗口。从 2001 年开始, 我院以窗口创建为契机, 以提高服务质量为目标, 在小儿输液室推出了一系列承诺服务举措, 使护患关系更加融洽。近年来, 患者的满意度始终保持在 95% 以上, 成为医院的品牌窗口。

1 统一认识, 转换观念, 为患儿着想

1.1 改善输液环境 小儿输液室经常是护患矛盾的发生之地。根据患儿的生理、心理特点, 采取多种方法减少小儿患者对医院的恐惧感, 以争取患儿及家长对护理工作的配合和信任。首先, 从改善输液环境着手, 专门设计了充满童趣的儿童输液室, 墙面上粘贴色彩鲜艳、内容新颖的看图识字卡片, 室内还循环播放孩子喜爱的动画片。同时为满足学龄儿童需要, 在输液室内专门放置 2 张半月型桌子, 供患儿边输液边复习功课。要不是看到孩子们连在头上的输液瓶, 还真以为到了哪个幼儿园。这样一来, 孩子们输液的恐惧感减少, 家长们焦虑的心情也得到了缓解。

1.2 开展亲情教育, 融洽护患关系 小儿输液室护士大部分是刚从学校毕业不久的姑娘, 没有做母亲的切身感受。因此, 护理部从“假如我是患儿妈妈”大讨论着手, 进行换位思考, 提建议, 出点子, 努力扮演好母亲角色, 科室内准备了奶瓶、奶粉、尿不湿, 以满足患儿的不时之需。“六一”护患联欢, 其乐融融, 恢复了护士良好的职业心态, 激发了护士的职业潜能。

1.3 力争一针见血 输液护理服务质量的高低, 很大程度取决于静脉穿刺成功率的高低。因此, 娴熟的静脉穿刺技术是小儿输液室护士必备的基本功。小儿输液室除加强岗位练兵外, 专门派出人员到上级妇儿医院进修。同时, 为提高静脉穿刺成功率, 争取患儿的配合是重要的环节, 婴幼儿头皮穿刺

由专门护士负责固定体位, 稍大的患儿, 护士穿刺前先在患儿的额头上贴一朵小红花或红星, 轻轻地拍一下患儿: “看, 某某最勇敢, 打针不怕。”许多孩子都能伸出小手, 配合护士穿刺。充满人性化的输液服务, 不仅减轻了恐惧, 而且提高穿刺的成功率。

2 开展全程输液优质护理服务

2.1 点名输液 输液大厅设立醒目的小儿输液室承诺服务标志, 当班护士的照片全部上墙。患儿家长可以根据曾经有过的接触印象来选择自己认为最信得过的当班护士进行操作, 使家长放心, 调整了护患关系。同时也激发了护士的工作积极性, 加强了工作责任心。

2.2 按号输液服务 经过挂号、就诊、化验、配药等一系列过程, 到输液室时, 患儿家长既感到疲惫, 又感到焦虑。小儿输液室从患者的利益出发, 把方便留给患者, 患儿家长一进输液室, 护士站立接待, 接收针卡后, 交给患儿家长 1 只塑料牌输液号, 嘱咐家长给患儿做好输液前准备, 如换尿布、喂奶等, 然后, 就坐于喜欢的座位上, 由巡回护士按输液号接患儿到专门窗口输液。穿刺成功后, 再由巡回护士拎瓶回到原来的座位上, 调节好滴速, 并告知家长需要注意的事项, 避免了患者在操作窗口等待。

2.3 排忧解难送温暖 小儿输液室将“一切为了患儿, 一切服务于患儿”贯穿输液全过程, 考虑到输液的患儿半数来自农村, 来院看病时往往走得匆忙, 忘带患儿日常生活用品。因此, 科室准备了奶粉、奶瓶、尿不湿、卫生纸等。同时, 考虑到患儿家长诸多不便, 专门安排一名胸前挂着“爱心姐姐”红牌的护士在输液人群中巡视, 帮患儿代配药, 代打电话, 冬天还会给患儿送上热水袋, 使患儿及家长真正感受到温馨、舒心的护理服务。

麻疹、胸闷、心慌、头晕。较少见, 布拉诺个别出现, 停药后很快消失。(6) 褥疮。由于应用水垫垫臀部, 每 2 小时更换 1 次, 本组无 1 例褥疮发现。

总之, 应用 PCIA 技术是我们骨科术后镇痛理想的选择, 自控镇痛泵的广泛应用, 有效减轻了术后患者疼痛。护理工作着重应做好病情观察, 及时发现患者不适, 及时处理异常情况, 使患者在应用自控镇痛泵的 72h 内感觉舒适。

参考文献

[1] 江荣. 骨科患者术后应用自控镇痛的护理[J]. 现代中西医结合杂志, 2004, 13 (22): 3 040~3 041
[2] 王新丽, 宋纪东. 病人自控硬膜外镇痛并发症的护理 200 例[J]. 实用护理杂志, 2003, 19 (5): 24~25

(收稿日期: 2005-05-17)

2.2.3 常见并发症的处理 (1) 恶心、呕吐。可能为麻醉药所致, 芬太尼也有此副作用。合用欧贝有利减轻恶心、呕吐。轻者嘱卧床休息观察, 重者可予胃复安 10mg 肌注或暂时停药。(2) 嗜睡、头昏。可能为麻醉镇静药和术前用药所致。(3) 尿潴留。一般为麻醉药所致, PCIA 的药物无尿潴留副作用。重大手术后 2~3d 一般留置导尿; 没有留置导尿者, 协助排尿, 热敷下腹部或按压膀胱排尿(骨盆骨折除外)。警惕膀胱破裂。无效时无菌操作下导尿。(4) 呼吸抑制。较少见, 芬太尼和氯胺酮可有此项副作用, 尤其年老体弱及有呼吸系统疾病的患者易发生呼吸抑制, 遇有此类病人应用 PCIA 时应加强巡视病房, 发现呼吸弱 <10 次 /min, 应通知值班医生, 同时关闭止痛泵, 做好抢救准备。本组无 1 例出现呼吸循环抑制。(5) 尊