

护理程序在孕期保健中的运用效果

王秋英

(浙江省桐庐县第一人民医院 桐庐 311500)

摘要:目的:探讨护理程序在门诊保健中的运用,提高孕期保健质量。方法:对 2005 年 1~12 月来我院建卡分娩的 608 例孕妇运用护理程序进行孕期宣教(研究组),与 2004 年在我院建卡分娩并实施常规产前检查的 553 例(对照组)进行比较。结果:研究组较对照组产时降低了难产率($\chi^2=3.98, P<0.05$),缩短了第一产程($U=2.00, P<0.05$)、第二产程($U=2.14, P<0.05$),减少了新生儿窒息($\chi^2=4.9, P<0.05$)及产后出血($\chi^2=6.5, P<0.05$)的发生率,母乳喂养率提高,2 组间均有显著性差异。结论:对分娩产妇运用护理程序进行孕期保健,能提高孕期保健质量,从而提高了产科质量。

关键词:护理程序;孕期保健;运用效果

中图分类号:R 473.71

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)03-0079-02

近年来随着生理、心理、社会医学模式的转变,我们认识到不但要重视生理因素对分娩的影响,更应关注社会、心理因素对分娩过程的影响,从而降低剖宫产率,提高自然分娩的安全性,促进自然分娩的顺利进行。2005 年 1~12 月对来我院建卡分娩的产妇 608 例运用护理程序进行孕期保健,取得了好的效果。现介绍如下:

1 资料与方法

1.1 资料 将 2005 年 1~12 月来我院建卡分娩的产妇作为研究组,共 608 例,运用护理程序实施孕期保健。将 2004 年来我院建卡分娩的产妇作为对照组,共 553 例,行常规的产前检查。2 组产妇一般情况相似,其孕周 2 组均为(39.4±2.9)周,研究组年龄(26.4±2.9)岁,对照组年龄(26.3±2.9)岁,2 组比较差异无统计学意义($U=0.89, P>0.05$),2 组产妇的职业、文化程度构成比无显著性差异。

1.2 方法

1.2.1 护理目标 孕妇顺利完成“接受→认识→参加→自觉行为”过程,达到分娩经过良好,产程缩短,难产率下降,新生儿窒息率下降,母乳喂养质量提高。

1.2.2 人员的合理配备 根据孕期保健知识含量及技能含量,考虑到完成这些护理内容应具备的专业相关知识、临床经验、操作技能,制定出适合我院产科门诊的工作制度,产科门诊在原有专职产科医师的基础上配备两名主管护师,进行收集资料、评估和宣教计划的实施。

1.2.3 孕期宣教时间的安排 在每次孕产检结束时进行,每周二、周四宣教室播放科教录像,按孕期分别分类组织观看。

1.2.4 具体实施方法 采用集中授课、赠送书面资料、开设咨询热线等形式。每例孕满 12 周在本院建卡的孕妇,按袁蜀豫等^[1]报道的方法,对她们的年龄、职业、文化程度、孕次及所关心的孕期知识进行评估。根据评估作出护理诊断,主要有妊娠期间的心理反应、保健意识、自我监护能力、分娩知识缺乏等。对每例孕妇作出宣教计划,然后实施。在孕早期宣教内容:讲解孕妇怀孕后的生理心理变化及怀孕期间注意事项;在孕中期指导孕妇做好自我监护,如数胎动的方法及胎动异常的识别;孕晚期邀其参观产房及住院病房,对每位孕妇具体介绍母乳喂养知识及分娩常识,如决定分娩的因素是产力、产道、胎儿和精神心理因素,只有 4 个因素相互协调配

合,才能使分娩顺利完成。对有妊娠合并症的孕妇,应针对其自身情况进行个体化宣教指导。

2 结果

见表 1、表 2。

表 1 2 组产科质量指标比较 例				
组别	n	难产	新生儿窒息	产后出血
研究组	608	157	12	10
对照组	553	172	22	22
χ^2		3.98	4.9	6.5
P		<0.05	<0.05	<0.05

表 2 2 组平产产程比较 ($\bar{X} \pm S$) h				
组别	n	第一产程	第二产程	
研究组	451	7.53±3.84	0.68±0.39	
对照组	381	8.05±3.81	0.74±0.45	
U 值		2.00	2.14	
P		<0.05	<0.05	

3 讨论

分娩是一个自然的生理过程,但它对产妇却往往是一个重大的应激事件,尤其是初产妇,很容易出现复杂的心理变化,对分娩产生不良影响,从而对分娩方式选择充满了矛盾。我们通过护理程序进行妊娠期健康教育,采取专业人员授课、播放相关孕期保健知识等方式相结合,从而使每例孕妇获得了相应的知识,增强了她们产前的认知水平。我们用通俗易懂的语言进行讲解,让产妇充分了解分娩过程及可能出现的生理情况,这样分娩时才能充满信心,积极与医护人员配合。同时我们认真向孕妇解释自然分娩的好处及剖宫产的利弊,如分娩过程子宫有规律的收缩,能使胎儿的肺得到锻炼,出生后有利于新生儿呼吸的建立,促进肺成熟;分娩时宫缩和产道的挤压作用,可将胎儿呼吸道内的羊水和黏液排挤出来,使新生儿湿肺和吸入性肺炎的发生率大大减少;自然分娩过程母体可将 IgG 传给胎儿,使新生儿具有更强的免疫力。她们基本能准确地回答生男生女的问题,科学地解释这一现象,一定程度上减轻了因婴儿性别带来的身心压力,减少了心因性产后出血的发生。通过孕期自我保健及自我监护知识的掌握,避免了一些并发症的发生和发展,如妊娠高血压综合症的预防及早期判断,胎儿宫内状况的判断及早产、早破水的预防。分娩知识的详细介绍消除了孕妇对分娩的恐惧心理,从而缩短了产程,降低了难产率,减少了产后出血及新生儿窒息的发生。解释自然分娩的好处及剖宫产的利弊,

高龄直肠癌合并 COPD 患者的围手术期护理

饶爱华 李巧平 李红 叶津
(浙江省丽水市中心医院 丽水 323000)

关键词: 直肠癌; COPD; 围手术期; 护理
中图分类号: R 473.73 文献标识码: B 文献编号: 1671-4040(2007)03-0080-02

随着我国人口的老齡化,合并 COPD 的高齡直肠癌病人增多,1996 年 1 月~2006 年 1 月,我院共收治 70 岁以上直肠癌合并 COPD 病人 30 例。现将护理体会报告如下:

1 临床资料

本组 30 例,男 21 例,女 9 例;年龄 70~85 岁,平均 75 岁。其中 Dixon 术 12 例,Miles 术 9 例,Hartmann 术 6 例,姑息性手术 3 例。常规开腹手术 23 例,腹腔镜或腹腔镜辅助下手术 7 例。并存病情况:30 例患者均有不同程度慢性支气管炎、肺气肿病史,慢阻肺分级中 0 级 3 例,Ⅰ级 6 例,ⅡA 级 12 例,ⅡB 级 6 例,Ⅲ级 3 例。术后并发症发生情况:切口感染 3 例,切口裂开 2 例,肺部感染 9 例(合并霉菌感染 3 例),呼吸衰竭 3 例,经积极处理,均痊愈出院,无围手术期死亡。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 健康状况改变后,各种因素都会成为应激源而导致心理应激^[1]。老年 COPD 病人确诊患直肠癌后,往往表现为不安、焦虑、末日感、依赖性强。此时护士应理解患者的处境,主动与患者谈心,关心、体贴、尊重他们,耐心地向患者讲解疾病的相关知识及手术治疗的必要性,使患者消除顾虑,正确对待疾病。

2.1.2 深呼吸训练 老年 COPD 病人呼吸道分泌物增多,排痰能力差,术前深呼吸训练可增加肺通气量,提高排痰能力。方法为指导患者吹气球,每分钟 6~7 次,上下午各锻炼 15~20min,持续 1 周,此方法患者易掌握,本组患者都乐意接受,且对预防术后呼吸系统的并发症很有意义。

2.1.3 营养支持 高龄直肠癌病人常合并有贫血、低蛋白血症,使机体对麻醉、手术的耐受力减弱,因此术前营养支持极为重要,指导患者进优质蛋白、丰富维生素、易消化的低渣半流质或流质饮食,必要时静脉输注白蛋白、红血球,使血红蛋白大于 90g/L,白蛋白大于 30g/L。

2.1.4 术前检查 除各项术前常规检查外,加做心脏彩超、动脉血气分析、肺功能检查等,并综合体力活动耐受情况进行 COPD 严重程度分级。一般而言,若肺功能有严重减退且运动后动脉血二氧化碳分压上升,尤其是 COPD 分级在ⅡB 级或Ⅲ级者^[2],术后发生呼衰机会极大^[3]。

2.1.5 肠道准备 肠道准备是施行手术的前提条件,包括肠道的灭菌和清洁,目的是减少手术污染和防止吻合口瘘发生。术前 3d 开始口服甲硝唑、链霉素,以抑制肠道细菌生长。坚定了产妇阴道分娩是正常分娩的意念。因此护理程序在孕
期保健中的运用,能提高产妇的产前认知水平,明显提高了围产期保健质量。

术前 2d 给予流质饮食,同时每天用番泻叶 15g 泡服,术前 1d 下午口服 50%硫酸镁 90mL,然后鼓励患者尽可能多饮水,直至排出黄色澄清液为止。由于合理饮食及番泻叶使用,本组 25 例患者口服硫酸镁后饮开水 2 500~3 500mL,肠道清洗完毕,无循环负荷过重表现。文献报道:口服式的洗肠法,可避免反复的清洁灌肠引起癌细胞的种植性转移^[4]。

2.2 术后护理

2.2.1 呼吸道管理 术后麻醉未清醒的患者给予平卧,头偏向一侧,防止呕吐物吸入呼吸道,同时床边备好吸引用物,以便紧急使用。麻醉清醒、血压平稳改斜坡卧位,使膈肌下降,利于肺膨胀。术后 1 周常规吸氧,2~3L/min,避免二氧化碳潴留的发生。术后麻醉使气道分泌物增多,手术创伤使呼吸运动受限,气管分泌物滞留堵塞呼吸道^[5]。术后 2 周,每日沐舒坦雾化吸入 2 次,同时每 2 小时翻身、叩背 1 次,指导患者有效咳嗽,对咳嗽无力者,可用中指按压天突穴,刺激气管引起咳嗽。本组患者术后均使用镇痛泵,减轻了切口疼痛对咳嗽的影响。密切观察呼吸情况,每 1 小时监测呼吸频率、节律、深浅度及氧饱和度,并听诊肺部呼吸音,注意有无呼吸困难及低氧血症发生,必要时血气分析 1~2 次/d。本组 1 例于术后第 3 天、2 例于术后第 2 天出现进行性呼吸困难,发绀,咳嗽无力,血气分析:氧分压低于 50mmHg,二氧化碳分压达 75mmHg,经及时气管插管,纤支镜吸痰和呼吸机辅助呼吸,36~48h 顺利撤机。3 例患者中 COPD 分级为Ⅲ级者 2 例,ⅡB 级 1 例,提示对 COPD 分级高的患者尤其要注意有无呼吸衰竭发生。

2.2.2 生命体征、腹部体征的观察 术后心电监护仪连续动态监测心率、心律、血压的变化,有异常及时报告医师处理。本组 5 例术后出现频发室早,6 例快室率房颤,经及时处理好转。监测 CVP,记 24h 出入量,维持水电解质及酸碱平衡。注意观察肠蠕动恢复情况,有无腹胀及腹部压痛。Miles 术者,观察腹壁造瘘口血供、排气、排便情况。对开腹手术者常规行切口减张缝合,腹带包扎,防止老年 COPD 病人术后频繁剧烈咳嗽引起切口裂开。

2.2.3 引流管护理 引流管要妥善放置、固定,避免拉脱、扭曲。保持胃管通畅,及时抽取胃液,并观察量和性质,本组 12 例患者术后胃管抽出咖啡色液,改用洛赛克后颜色转正常。骶前、会阴部引流管是观察术后有无出血、吻合瘘及感染的窗口,应定时挤压并观察引流液的量、颜色、性质,一般术后

参考文献

[1]袁蜀豫,陈炜卿,张艳,等.孕产妇健康教育对母婴健康的影响[J].中国妇幼保健,2000,15(10):622