46 例子痫前期重度剖宫产术后的护理

彭金香 吴沛琴

(江西省乐平市妇幼保健院 乐平 333300)

关键词:子痫前期重度;剖宫产术;护理

中图分类号:R473.71

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0084-02

妊娠高血压是妊娠期特有的疾病,该病严重影响母婴健康。本院收集了 2006 年 12 月~2007 年 3 月 46 例子痫前期重度孕产妇资料,现将护理体会报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 46 例子痫前期重度产妇中初产妇 27 例,经产妇 19 例,其中第一胎的双胎 3 例,第二胎的双胎 4 例,年龄 20~42 岁,孕周 33¹²~41¹³ 周,新生儿体重 1 810~4 100g。17 例未做产检;22 例未系统产检,产检 2~3 次;7 例正常产检。

有的事情勉强为之,因而容易跌倒。2006 年 1 月我科有一位 70 岁的女性患者,诊断为脑出血后遗症期、多发性腔隙性脑梗死,因不想麻烦护工,自行从凳子上站立起来,想去洗脸池旁吐痰,结果跌倒,导致腰 2 椎体压缩性骨折。另外,害怕跌倒的心理,可限制患者的活动,降低活动能力,增加跌倒的危险。抑郁、焦虑等心理可减弱脑血管疾病患者对周围环境、自己及其他人的注意力,增加跌倒的机会。

1.6 其他因素 脑血管疾病患者长期卧床,易引起体位性低血压,服用镇静剂、降压药、降糖药时易引起头晕,导致跌倒。

2 对策

2.1 加强安全知识教育 对各层次的工作人员,包括康复医师、治疗师、护理人员、护工、卫生员、患者及其家属都要进行预防跌倒的安全知识教育,特别是对护理人员和护工要经常进行安全教育,注意高危人群的识别,加强责任心,发现或出现问题要及时处理。教育患者穿稳定性良好的防滑鞋,避免穿拖鞋及过长、过大的病员服。对伴有高血压、冠心病、糖尿病及体位性低血压的患者,指导其合理使用降压药、降糖药,注意血压、血糖的监测及药物不良反应的观察,尽可能避免体位性低血压、眩晕、低血糖的发生^[1]。管理者及工作人员应及时对病区新发生的跌倒病例进行分析、讨论,以便吸取教训,总结经验,改进工作,尽可能将跌倒的隐患因素消灭在萌芽状态。

2.2 加强病房管理、提供安全舒适的环境 病室布置合理,地面平而不滑且保持干燥、清洁;潮湿气候、霉雨季节地面有水时要及时处理;活动室宽敞,无障碍物,光线充足,要有夜间照明装置。根据患者的特点而设置各种特殊设施,病房、走廊、训练室、卫生间墙壁上应安装横向扶手,对有台阶、拐弯、地面不平整的地方,应给予特别提醒,并做好明显标记。

2.3 正确指导康复功能训练 正确指导患者进行各项康复治疗和功能训练,如:运动治疗、物理治疗、作业治疗、心理治疗等,提高患者的运动能力、感觉功能、平衡能力、活动技巧、认知能力,并定期检查和评估患者的各种功能,以采取有效措施,增强抗跌能力。

2.4 正确地选择和使用合适的辅助用具和防护用具 轮椅、拐杖、助行器等在使用前必须检查各部位的性能,保证处于

1.2 诊断标准 BP≥160/110mmHg;尿蛋白≥2.0g/24h,或尿蛋白(++);血肌酐>106μmol/L;血小板<100×10⁹/L,微血管性溶血(血 LDH 升高);血清 ALT 或 AST 升高;持续性头痛或其它脑神经或视觉障碍;持续性上腹不适^[1]。

2 护理

2.1 生命体征及病情观察 术后床前连接心电监护仪,监护生命体征,密切观察产妇有无头晕、眼花、胸闷等自觉症状。由于手术创伤,术后产妇的体温可略升高,一般不超过 38℃,良好状态,如轮椅制动是否有效,拐杖高度是否合适,拐杖底端是否有橡胶装置等。应根据不同的病人、不同的肢体功能障碍、不同的需求选择合适的辅助用具和防护用具。对初次使用拐杖和矫形器具者,必须有医护人员在旁,防止因未适应致使身体重心失衡而跌倒。教会家属正确使用轮椅、拐杖、助行器、床栏约束带等。

2.5 注意心理健康教育 老年人各器官功能衰退的同时,心理过程各方面也逐渐出现衰退现象,如:感觉迟钝、记忆力下降、情绪易于焦虑、抑郁,因此,医护人员在患者住院期间应与患者及家属沟通,帮助其树立正确、乐观的人生观及良好的生活目标,保持轻松愉快的心境,建立良好的护患关系。解释跌倒的原因、后果及防止跌倒的重要性,尽最大的可能掌握患者的心理动向,及时给予患者必要的心理疏导和适当的监护。当患者出现烦躁不安、抑郁等精神症状时,要加强巡视,适当使用约束带。对发生过跌倒的患者,应了解跌倒发生的原因,加强心理安慰,解除其恐惧心理,保持身心健康。

2.6 准确地评估患者跌倒发生的危险因素 为减少脑血管疾病患者意外跌倒的发生,须高度重视评估患者是否存在跌倒的危险因素。患者从入院到出院整个过程是否有跌倒的危险性,护理人员应进行动态评估^[2]。评估内容包括患者的一般情况,认知、感觉、心理情况以及有无心理障碍及肢体功能运动障碍等情况,是否使用引起头晕、低血糖、体位性低血压的药物,及周围环境有无危险性等,及时采取有效的防范措施。

2.7 加强巡视 当班护士应加强病房的巡视,对于高危人群,护理人员应做到心中有数,特别是午间、晚餐前后、护工用餐时和夜间医护人员少的时候,护理人员更要多到病房巡视,发现问题及时处理,防止患者意外跌倒的发生。

另外,要嘱患者睡前尽量少饮水,以减少夜间起床的次数,对于高危人群,日常生活应有人照顾,如:起床、散步、如厕及洗澡等。老年患者外出检查,护士一定要陪同,以免跌倒等意外事件发生。

参考文献

[1]库洪安,詹燕,于淑芬,等.老年人跌倒的预防[J].中华护理杂志,2002,39(2):143~144
[2]马敬东,刘筱娴.老年人骨折发生的危险因素[J].国外医学·社会医学分册,2002,19(6):70

(收稿日期:2007-03-06)

旋股外动脉灌注化疗药治疗下肢恶性肿瘤的护理体会

罗莲 胡黎明 李晓菊

(江西省肿瘤医院 南昌 330029)

关键词: 下肢恶性肿瘤; 旋股外动脉; 化疗药; 灌注; 护理

中图分类号: R 473.73

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0085-02

自 1964 年以来, 国内不少医院先后报道用体外循环法行区域性动脉灌注化疗药, 治疗肢体恶性骨肿瘤, 可提高五年生存率, 但此法需特殊设备, 操作复杂, 难以推广。我院自 1986 年以来, 采用旋股外动脉插管灌注化疗药, 治疗下肢恶性骨肿瘤 36 例, 效果较好。现将我们的护理体会介绍如下:

1 术前准备

(1) 心理准备: 给患者讲清插管目的、意义及注意事项, 尽可能解除患者疑虑及紧张情绪, 最大限度地取得患者合作。(2) 各项检查: 常规查体, 查三大常规、出凝血时间、肝肾功能, 摄胸片, 做心电图检查。(3) 常规备皮: 药敏试验、术晨禁食、禁水。(4) 药物准备: 生理盐水 500mL, 肝素 12 500U, 非那根 25mg, 维生素 B₆100mg, 吐吐灵 10mg, 速尿 20mg, 盐

称术后吸收热, 属正常范围, 手术后 1~2d 逐渐恢复正常, 不需特殊处理, 如术后体温持续升高不退或手术后 3d 出现发热, 应引起重视, 寻找发病原因, 观察伤口有无感染或合并其他并发症, 必要时给予抗生素控制感染。

2.2 预防子痫 由于术后子宫收缩痛及切口的疼痛, 使体内的儿茶酚胺分泌增加, 使血管收缩, 血压升高, 故要保持病室安静, 清除诱发抽搐的刺激因素, 并且注意保暖和少动^[1]。床头备压舌板、开口器、舌钳、氧气及吸氧设备。

2.3 导尿管的护理 留置导尿管者应将引流管固定在床边, 防止滑动、牵拉导尿管, 尿袋的安放应确保尿液自由向下流, 避免逆流。持续导尿者用洁尔阴消毒液清洗尿道口及会阴部, 每日 2 次, 预防泌尿系感染, 同时观察尿色及尿量, 并详细记录。术后血压下降且较平稳、无自觉症状者, 24h 拔除尿管。尿管拔除后, 鼓励产妇饮水并协助排尿, 防止尿潴留, 必要时用诱导排尿法处理。病情较重者可延迟至 48h 拔除尿管, 需每天更换尿收集袋。

2.4 腹部伤口及会阴护理 观察腹部伤口敷料有无渗血, 局部有无红、肿、压痛, 如伤口有渗血、持续疼痛应及时报告医生。

2.5 用药护理 子痫前期重度的产妇, 产褥期仍需解痉、镇静、降压。(1) 解痉药物: 首选硫酸镁, 使用时要注意滴速。每小时入量为 1.5~2.0g, 填写注射硫酸镁观察单, 每 4 小时观察并记录 1 次呼吸 (>16 次/min)、膝反射(存在)及尿量(每小时 >25mL, 24h>600mL), 抽血验血镁浓度, 一旦出现中毒反应, 立即静脉注射 10% 葡萄糖酸钙 10mL。(2) 镇静药物: 安定 5mg, 口服, tid 或 5mg, 睡前服。(3) 降压药物: 选用的药物以不影响心搏出量、肾血流量为宜, 常使用酚妥拉明、硝酸甘油, 用微量泵输入, 不要使血压下降得过快, 控制好滴速, 严密监测。口服药物有心痛定 10mg, tid, 由于其降压作用迅速, 目前不主张舌下含服; 卡托普利 25mg, 口服, tid。

酸氮芥 10mg 或顺铂 20mg。(5) 术前用药: 肌注维生素 K₃ 4mg、安络血 10mg 共 3d, 术前半小时肌注安定 10mg。

2 术中操作及用药

2.1 操作程序 建立静脉通道, 硬膜外麻醉。常规消毒铺巾, 腹股沟韧带下方作半弧形切口, 长约 5~6cm, 依层切开, 分别游离缝匠肌、股直肌束, 用纱布条提起, 在股直肌筋膜下方找到旋股外动脉降支及水平支, 提起降支游离 1cm 左右, 远端结扎, 近距离剪一斜形切口, 插入硅胶管, 深 5~6cm, 试抽见回血通畅后, 用 4 号线双道结扎固定导管。缓慢推注肝素盐水约 100mL 入管内, 防止管内凝血及血栓形成。

2.2 药物灌注 (1) 将预置的皮条止血带扎紧, 远端的充气止血带充气至 400mmHg。(2) 立即由管内注入含氮芥或顺铂

2.6 术后卧位和活动 术后 6h 内去枕平卧, 头偏向一侧, 6h 后取侧卧位或平卧位, 根据术后血压平稳程度, 给产妇翻身, 床上适当活动。术后 2~3d 协助产妇下床活动。

2.7 母乳喂养 子痫前期重度剖宫产术后母乳喂养工作要推迟开展, 一般于术后第 2~3 天开始卧式哺乳, 将新生儿与产妇胸贴胸、腹贴腹以抚触促进泌乳。术后 4~5d 教会产妇坐式喂哺姿势, 并告知如何挤奶, 如何保持泌乳。

2.8 心理护理 随着医学模式的转变, 心理护理越来越受到重视。术后病人可出现刀口疼痛, 各种引流管的安置可使病人出现紧张、焦虑、不安等心理障碍, 护士应多给予关心, 视产妇为亲人, 态度和蔼, 耐心细致的进行各种治疗护理操作, 并向家属及产妇解释子痫前期重度的发病过程及转归, 以消除紧张、焦虑的心理。

2.9 康复期的护理 (出院指导) 出院时除向产妇讲授产褥期保健知识、新生儿喂养护理、预防接种外, 还应重点宣教: (1) 按期产后访视, 了解产妇的恢复情况。(2) 加强营养, 坚持纯母乳喂养 4~6 个月, 注意观察恶露的性质, 产褥期内禁止性生活。(3) 保证充分的休息和睡眠。

3 讨论

子痫前期重度是产科严重妊娠并发症, 若病情控制不好, 护理不到位, 极易发展为子痫。虽然产时及产后子痫仅占 29%^[2], 术后迅速镇静和有秩序进行护理是非常关键的, 所以在护理子痫前期重度的产妇时, 要求护士要细心, 有高度的责任心。本文 46 例子痫前期重度产妇中, 由于医护的密切配合, 严密观察和精心护理, 无 1 例发展为产后子痫, 母婴均康复出院。

参考文献

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004. 99~100
[2] 郑修霞. 妇产科护理学[M]. 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2006.