

剖胸术后疼痛的评估和护理干预

孙英芬

(浙江省宁波市第二医院 宁波 315010)

关键词:剖胸术;术后疼痛;护理

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0083-02

剖胸术后的疼痛易导致机体多系统功能的改变,甚至出现肺不张、低氧血症等多种并发症,危及生命,影响手术效果。护理人员正确判断、评估疼痛,采取有效的护理干预,能帮助患者安全度过围手术期,减少并发症发生。我科 2006 年 10 月~2007 年 12 月共收治 90 例胸心外科患者,均择期手术,术后给予不同的护理干预,受干预的患者术后镇痛效果满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 90 例患者中,男 65 例,女 25 例,年龄 5~82 岁,平均年龄 37.8 岁。普胸手术 30 例,心脏手术 60 例。随机分为常规护理组和干预护理组各 45 例,两组患者年龄、性别、职业、文化程度在统计学上无显著差异, $P>0.05$ 。

1.2 方法

1.2.1 常规护理组 遵医嘱预防性应用镇痛药,药物的剂量较疼痛剧烈时的用药量少;按照一般开胸术后护理,不做任何护理干预。

1.2.2 干预护理组 (1)术前评估患者的一般情况:心理状况、年龄、性别、疼痛适应能力等;向患者介绍一些镇痛知识、可能出现的疼痛部位及类型,使之有一定心理认知;嘱戒烟,近期内避免上呼吸道感染;指导正确咳嗽、咳痰;告知患者术后疼痛易

病人服用硝酸脂类药物后出现头昏、头胀痛、面红、心悸等不良反应,经解释继续用药数日后可自行消失,避免了不必要的恐慌。对于长期服用 β 受体阻滞剂如倍他乐克者,嘱病人不能随意突然停药、漏服或加量。在用药过程中还应注意监测心率、血压变化。

2.3 饮食方式与生活习惯护理 本组 30 例冠心病人均已改善饮食习惯,改变了不良的生活方式。如进食清淡、易消化、低盐、低脂、低胆固醇饮食,做到戒烟酒,避免过饱,生活起居有规律等。

2.4 活动护理 因冠心病病人年龄多较大,往往好静,致使体力降低,循环血量减少,而发生栓塞、坠积性肺炎,或致肠蠕动减弱引起便秘等并发症。故要求护士指导病人及家属,在医学监测下有计划地进行适量的体力锻炼,通过活动可改善体力,缓解劳力性心绞痛,改变血脂异常和改善心理状态^[1]。本组除 3 例年龄大者仅能室内活动外,其余 27 例很

导致的并发症及所产生的不良影响。(2)术后协助患者定时肺部叩拍,进行有效地咳嗽、咳痰:咳嗽、咳痰时取半卧位,指导患者用自己的双手轻压伤口,以减少因用力咳嗽引起的伤口牵拉痛。聂娟认为:当把操作过程和患者将要经历的感受告知患者时,会减少他们预料的烦恼^[1]。同时遵医嘱应用预防性镇痛药。(3)术后多与患者交流沟通,鼓励患者及时表达对疼痛的感觉。因为良好的心理护理可使患者全身条件反射性放松,降低交感神经的活动水平,降低骨骼肌的紧张及减轻焦虑、紧张的主观状态^[2]。(4)根据患者个体情绪、痛阈差异、既往经验、性别、年龄等多因素进行系统化整体护理,把疼痛的评估作为一项护理工作,注意自己的态度和信念,防止不良的态度和想法造成对疼痛处理的障碍,在处理疼痛上采取积极态度^[3]。(5)通过监测心率、血压、呼吸、血氧饱和度等变化,间接了解患者疼痛程度。(6)在执行各项操作中动作轻柔,减少因各种外力而造成的疼痛刺激,减轻患者的痛苦。(7)改变患者对术后镇痛易产生成瘾性、依赖性和耐药性的看法。据报道:美国在一次调查中,有 1 200 例用过麻醉药物的住院患者中仅有 4 例成瘾^[4]。

1.3 疗效评定标准 运用 Prine-Aenry 评分法^[4](0 分:咳嗽时无痛;1 分:咳嗽时有疼痛发生;2 分:深快恢复到可做些室外活动或帮助家人干些轻家务。

2.5 睡眠护理^[2] (1)睡眠体位:老年人较年轻人有较多的睡眠觉醒,这常与呼吸暂停和呼吸不足有关,表明老年人存在有效气体交换减少的可能。据研究,冠心病病人侧卧位可使部分睡眠呼吸暂停综合征(即 SAS)者的呼吸有所缓解。本组 6 例病人经我们宣教改变了以前坐睡的习惯。(2)保证有效、充足睡眠时间:根据个体生物节律安排睡眠时间不少于 6.5h,避免不必要的打扰。(3)保护病人快动眼睡眠:生理性快动眼睡眠有利于机体的康复。在 23:50~0:40 时快动眼睡眠高峰期尽量保护病人的睡眠质量。

参考文献

[1]刘广杰.现代康复医学[M].上海:上海市红十字会康复中心,1986. 300-301
[2]王润梅.冠心病病人睡眠研究与护理的进展[J].实用护理杂志,1998, 14(10):513

(收稿日期:2009-02-01)

复合镇静下无痛支气管镜检查的护理体会

诸纪芬

(江西省胸科医院 南昌 330006)

关键词:复合镇静;无痛支气管镜;护理

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0084-02

支气管检查是呼吸系统疾病诊断和治疗的重要手段,在临床应用非常广泛。病人在清醒状态下接受支气管镜检查,内心的恐惧及手术的损伤给病人造成极大的身心创伤,我科于 2007 年 6 月以来开展复合镇静下支气管镜检查术,病人在无知觉无痛苦中接受手术,增加了病人的依从性,提高了诊断率及治疗效果。现将护理体会报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 20 例,男 9 例,女 11 例,年龄 28~71 岁,行支气管镜检查 17 例,行支气管镜介导下腔内微波治疗 2 例、冷冻治疗 1 例。

1.2 方法 患者经鼻滴入利多卡因表面麻醉 5~8min 后,去枕仰卧、松开领口,下颌抬高保持气道畅通,颈部自然放松,持续高流量吸氧,心电监测心率、血压、血氧饱和度、呼吸并记录,麻醉师依次从静脉缓慢推注芬太尼 1μg/kg、丙泊芬 2~3mg/kg(或视具体情况先注入 60mg 左右),边推边观察患者生命体征,30~60s 后患者睫毛反射消失、不能应答,减慢注药速度或停止注药,开始行支气管镜检查,检查过程中持续监测心率、呼吸、血压、血氧饱和度、意识情况,如患者咳嗽反射强烈追加丙泊芬 30~40mg,检查操作过半停止注射^[1]。

2 护理

2.1 术前准备 (1)医护人员要详细了解病史和体
呼吸时即有疼痛发生,而安静时无痛;3 分:静息状态下即有疼,但较轻可以忍受)进行评估,评定疼痛的性质、程度、持续时间,得出评定分值,判断是否加用镇痛药或麻醉药。如加用镇痛药或麻醉药,则在 10~30min 后,再次根据 Prine-Aenry 评分法判断此时患者的疼痛程度值,评估止痛的效果。

1.4 结果 见表 1。

表 1 两种护理方法患者疼痛程度比较 例					
组别	n	0 分	1 分	2 分	3 分
常规护理组	45	10	25	5	5
干预护理组	45	15	27	3	0

2 讨论

美国疼痛协会已经建议把疼痛分级作为继体温、脉搏、呼吸、血压四大生命体征之后的第五生命体征^[2],改变传统对待疼痛的认知,正确、及时、客观

检情况,术前常规做心电图检查,认真阅读 X 线、胸片、CT 等,纤支镜灌洗病人应确定灌洗部位^[2]。(2)抢救物品准备:备好人工气囊呼吸机、气管插管用物一套、心电血氧饱和度监测仪,准备好足够的氧气,仔细检查纤支镜及相关设备性能是否良好并消毒灭菌。(3)术前禁食 6h 以上,术前半小时排空大小便,有假牙者取下。术前 5~8min 2%利多卡因 3mL 经鼻滴入,嘱患者闭嘴勿吞咽,使鼻腔、气管黏膜达到表面麻醉的目的。术前高流量(6~8L/min)鼻面罩给氧约 10min,提高体内血氧含量。(4)为防止术中体动致药液外渗,选择粗直弹性好的血管予外周静脉置管,保持静脉通道畅通,便于麻醉用药及意外时的抢救。(5)心理护理:良好的护患沟通是手术顺利的前提,术前告之病人纤支镜检查的目地、意义,介绍手术的必要性及安全性,使患者消除紧张和顾虑,术中能够密切配合。

2.2 术中配合 (1)鼻塞法吸入氧气 5~8L/min,并用胶布妥善固定输氧管,注意有效给氧及用氧安全。(2)接好心电监测仪,密切监测患者心率、血压及血氧饱和度(SPO₂)。(3)静脉留置针妥善固定,输液接头处接延长管及三通管,用 5%葡萄糖 500mL 维持输液,麻醉药从三通管缓慢推注。(4)医生插管过程中注意观察患者面色、口唇色泽、血氧饱和度、血压、心率变化,及时清除口腔内分泌物,如患者出地评估术后疼痛程度,采取及时、有效的治疗和护理干预,使患者生理、心理各方面处于最佳状态,安全度过围手术期,减少并发症的发生,这不仅是护理科学发展的需要,也是人性化护理的体现。护理干预组术后疼痛程度明显低于常规组 (P<0.01),说明有效的护理干预能减轻患者术后疼痛,促进康复。

参考文献

[1] 聂娟. 手术病人术后疼痛的护理进展 [J]. 护士进修杂志,1996,11 (1): 6
[2] 魏斌. 心理干预在减轻特发性气胸胸腔闭式引流患者焦虑及疼痛中的作用[J]. 齐鲁护理杂志,2005,11(11): 1 557-1 558
[3] 韩洁,刘欣梅. 老年人疼痛评估与处理[J]. 中华护理杂志,2004,39 (3): 60-61
[4] 黎军. 术后疼痛的评估、障碍分析及对策[J]. 哈尔滨医药,2004,24 (6): 67-68
[5] 张青莲. 手术后疼痛护理评估与进展[J]. 中国实用护理杂志,2007, 23 (3): 74

(收稿日期: 2008-05-23)