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

支气管镜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、松开颌口,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

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,术前半小时内排空大小便,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

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^[3],改变传统对待疼痛的认知,正确、及时、客观

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)

输尿管结石手术患者的围手术期护理

康念红

(江西省万安县中医院 万安 343800)

关键词:输尿管结石;手术疗法;护理

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0085-02

输尿管结石好发于男性青壮年,反复出现疼痛和血尿、感染等症状,严重影响工作和生活。手术是治疗输尿管结石的重要手段之一,我院从 2006~2008 年共做输尿管结石手术 75 例,经精心护理痊愈出院,疗效满意。现将护理体会报道如下:

1 临床资料

本组患者 75 例,年龄最小 22 岁,最大 68 岁,平均年龄 47 岁。以腰部疼痛、血尿而就诊,均经 B 超、静脉尿路造影诊断为输尿管结石。输尿管上段结石 35 例,输尿管中段结石 23 例,输尿管下段结石 17 例;其中合并高血压 10 例,合并糖尿病 5 例,合并肾功能不全 3 例,均先治疗合并症,待病情稳定后再行手术。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 患者在术前都有不同程度的焦虑、恐惧等心理反应。他们对手术一是害怕,二是担心,怕的是疼痛与死亡,担心的是出现意外与残废等^[1]。我们医护人员要多和患者交谈,鼓励他们表达自己的焦虑、感受与疑问,给予支持和疏导。如向患者及家属阐明手术的重要性和必要性,尤其是对手术的安全作肯定的保证。对术后需要放引流管及需

现口唇紫绀、 SPO_2 下降,立即加大吸氧量并及时告之医生,暂停操作或追加丙泊芬。(5)如遇术中出血明显,应及时清除积血或遵医嘱应用止血药,待清醒后再拔出内镜,不宜立即拔出,防止窒息。(6)无痛支气管镜因使用了全身麻醉,呼吸道反应及排痰能力差,分泌物不能自行排出,因此术中护士应配合吸痰,及时吸出痰液,保持呼吸道通畅。

2.3 术后护理 (1)一般术后 1~5min 清醒,清醒后部分病人有咳嗽、咳痰,应协助病人排痰。(2)重点监测 SPO_2 : 如 $\text{SPO}_2 > 90\%$,呼吸、心率、血压平稳,用平车护送患者回病床。(3)回病房后去枕平卧继续监测心率、血压、 SPO_2 半小时,给氧 2L/min 半小时,并做好护理记录。(4)禁食 2h,以防食物误入气管,待麻醉作用消失后,以温水试吞无呛咳才可以进流质或半流质食物。(5)术后有轻微咽部不适或少量

在身上附加仪器者,术前也应对患者说明,使患者麻醉醒来后不至于惧怕。

2.1.2 合并症的治疗及护理 要充分做好围手术期治疗和护理,力求个体化,积极治疗合并症。肾功能不全者给予留置尿管或微创肾穿刺造瘘,观察记录尿量,控制感染,待肾功能恢复后再行手术;对糖尿病患者,使用胰岛素或口服降糖药控制血糖,监测血糖并记录,防止低血糖的发生;对高血压患者应定时监测血压,给予口服降压药,指导饮食,保持情绪稳定。

2.1.3 术前准备 术前检验血常规、出凝血时间、肝肾功能等。做好个人清洁卫生,术前晚上给予清洁灌肠,对精神紧张者给予地西洋 5mg 口服。术前 12h 禁食,4h 禁饮,术前 1h 摄腹部平片做手术定位,术前 30min 注射抗生素预防感染。

2.2 术后护理

2.2.1 术后返回病房的观察 首先要了解患者的麻醉方法、术中情况、引流管数量,观察切口有无渗血、渗液。心电监护,密切观察血压、脉搏、心率、呼吸、血氧饱和度等变化,术后如出现异常情况,应立即报告医生及时处理。

2.2.2 引流管的护理 患者术后返回病房,应妥善

咯血,属正常现象,如出现胸闷、气逼、呼吸困难、大咯血,立即通知医生,按医嘱及时进行处理。(6)术后部分患者有短暂的低热,如无不舒适,可不作特殊处理,如持续发热 $\geq 24\text{h}$,需告之医生行相应处理。

无痛支气管镜术后调查,病人普遍反映术中无痛苦、无知觉,术后无不舒适。操作医生则反映患者配合程度好,提高了诊断率及治疗效果。就护理而言,术前充分的物品准备及沟通,术中密切监测生命体征,特别是血氧饱和度,术后妥善周到的护理,都是保证手术成功及患者安全的重要措施。

参考文献

- [1]王华,李维清,何君艺.小剂量芬太尼与丙泊芬联合行无痛纤维支气管镜检查[J].中华现代护理学杂志,2005,2(20): 1 899
- [2]杨德茂,王鑫.丙泊芬与舒芬太尼联合行无痛性纤支镜临床应用分析[J].实用医技杂志,2006,13(8): 1 301

(收稿日期: 2009-02-10)