

骨科术后镇痛泵的护理与研究

梁敏杰

(江西省抚州市临川区人民医院外二科 抚州 344000)

摘要:目的:探讨镇痛泵在骨科术后的镇痛效果及注意事项。方法:对 100 例骨科术后的患者使用镇痛泵,观察其术后不良反应和效果。结果:骨科术后患者使用镇痛泵,减轻了患者的疼痛,提高了术后患者的生活质量,能促进患者早日康复。结论:随着医学的发展和人们生活水平的提高,疼痛护理也越来越受到人们的青睐,镇痛泵已经成为术后患者镇痛的主要方法。

关键词:骨科术后患者;镇痛泵;护理与研究

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.12.057

我院骨科术后患者一般采用静脉留置镇痛泵,其中泵囊中含止痛、止吐药,用 0.9%生理盐水稀释成 100 mL,以 2 mL/h 的速度泵入患者血管中。我院对 100 例骨科术后的患者使用镇痛泵,观察其术后不良反应和效果。现将护理体会报告如下:

1 临床资料

本组患者 100 例,男 64 例,女 36 例,年龄 26~95 岁,平均年龄 66 岁。其中股骨粗隆间骨折 27 例,股骨颈骨折 39 例,胫骨平台骨折 18 例,椎体爆裂性骨折 16 例,经过骨科常规预防感染、活血、护胃、止痛、手术等治疗后,使用镇痛泵,减轻了患者的痛苦。

2 护理

2.1 术前护理 根据患者的经济状况、文化层次,采取相应的心理疏导方法,用通俗、易懂的语言讲解镇痛泵的使用原理、镇痛药的确切疗效和安全性,说明镇痛药不会影响伤口的愈合,也不会成瘾,讲解镇痛泵的的优点和可能会出现副作用,并且教会患者如何简单地使用,让患者用得放心,用得舒心。

2.2 术后护理

2.2.1 留置针的护理 我院多采用静脉留置镇痛泵,一般是留置针+延伸管+三通管+镇痛泵。首先应保持穿刺范围清洁干燥,对穿刺部位每日消毒和更换敷料,防各接头处脱落,防泵入通道扭曲、折叠,输液前用 0.9%生理盐水冲管,输液后要用 0.9%生理盐水正压封管,防静脉炎的发生。

2.2.2 生命体征的观察及监护护理 患者术毕回房,各班护士要严密观察患者的生命体征,由于麻醉药可影响呼吸、血压和体温等生命体征的变化,我科对使用镇痛泵的患者常规心电图监护 6~8 h,低流量鼻饲给氧 6 h,尤其对老年人,可相对延长监护时间,如患者呼吸变缓慢,R<10 次/min,血氧饱和度小于 90%,应立即关闭镇痛泵^[1-2],通知麻醉医生给予相关处理。

2.2.3 神志的观察 我们护士要每隔 30 min~1 h 之间呼唤患者 1 次,或者嘱咐患者家属呼叫患者,根据患者语言的清晰度和回答的准确度从而做到早发

现、早治疗,同时观察患者表情是否淡漠,是否出现嗜睡状态。

2.2.4 血压的观察 患者术后出血、术中麻醉药的降压作用都会导致血压的下降,应及时补充血容量,维持血压的稳定,如血压降至基础血压的 80%,应暂停镇痛泵的使用。

2.2.5 体温的观察 由于术中麻醉后,患者会出现低温状态,术后大量输血、输液,体温也会下降,患者甚至出现寒颤,故对术后患者要保温,如果体温低于 35.5℃,暂停使用镇痛泵,每 30 分钟测体温 1 次,加强保温措施。

2.3 胃肠功能的观察 由于吗啡等阿片类药物有抑制肠蠕动的副作用,因此应用镇痛泵患者比其他患者胃肠蠕动恢复慢 1~2 d,为尽快恢复肠胃功能,早日进食,可采用少许番泻叶泡服,翻身拍背,骨突出按摩等,促进术后早日康复。另外由于吗啡等阿片类镇痛药可兴奋延髓化学感受器,而引起恶心、呕吐,如频繁恶心、呕吐、腹胀等,应暂停使用镇痛泵。

2.4 尿量的观察与护理 由于镇痛药阻滞了膀胱肌神经,传导和反射功能受到抑制,导致膀胱肌收缩乏力,尿道括约肌痉挛,造成排尿不畅或残余尿量增多。我院骨科下肢手术病人一般采取留置导尿,对于未留置导尿管的患者,于术后 1~2 h 对膀胱区热敷和按摩,改变患者体位,条件反射刺激,诱导患者排尿。对于排不出尿液者,可暂停使用镇痛泵,有必要时可行留置导尿。对于留置导尿者可在镇痛泵使用完毕后拔管。

2.5 术后第一天输液的观察 骨科病人术后 6 h 可进软食或流质,因此输液量不是很多,一般在晚上留置针至镇痛泵水泵这段管中都是镇痛药,到术后第一天,护士们接留置针输液,常有患者发生头晕、恶心、呕吐、嗜睡的症状,甚至出现颜面苍白、四肢冰凉等。因此应告诫各位护士,给使用镇痛泵的患者输液时,刚开始速度宜慢,避免延伸管中的镇痛药一下子进入血管而引起不适,这相当于静推麻醉药;应尽量减小延伸管的管径,缩短延伸管的长度;多询问患者有何不适,如有不适,应暂停使用镇痛泵,继续减

慢输液速度,严重者,可通知医生进一步处理。

2.6 压疮的观察和护理 由于骨科病人年老体弱,长期卧床的患者偏多,使用镇痛泵后,骶尾部感觉麻木,对疼痛感觉迟钝,所以术后应加强皮肤的护理。对年老体弱,长期卧床者,应给予气垫床,每 2 小时进行翻身、拍背、按摩骨突部等,保持床单清洁、干燥。

3 讨论

从镇痛泵引起的不良反应中,我们可以看出,临床上每一位医护人员应全面掌握镇痛泵的医学原理

和镇痛药的作用原理,特别是术后第一天给患者输液的滴速,尽量宜慢,不必全部打开输液夹,否则,患者会突发头昏、恶心、呕吐等症状,以至于引起不必要的纠纷。对使用镇痛泵的术后患者,要严密监测生命体征,发现异常及时处理。骨科术后疼痛严重影响了病人的生活质量,影响术后的功能锻炼,使用镇痛泵后,能有效地起到止痛效果,促进患者早日康复。

参考文献

- [1]刘丽华.自控镇痛泵的护理[J].井冈山医学专报,2008,15(5):73-74
[2]彭小梅,刘学兰,黄秀萍.术后留置镇痛泵的护理[J].实用临床医学,2003,4(5):123-123

(收稿日期:2014-10-08)

中医护理在全髋置换术围手术期应用的疗效观察

刘霞 姜明林 刘选艳

(四川省泸州医学院附属中医医院骨科 泸州 646000)

摘要:目的:观察中医护理在全髋置换术围手术期应用的效果。方法:将 130 例来我院行全髋置换术的患者随机分为对照组和观察组各 65 例。对照组采用常规护理,观察组患者围手术期进行中医护理。术后采用髋关节功能 Harris 评分对护理效果进行评价,同时比较两组间并发症发生率差异。结果:术后观察组患者髋关节功能优良率达到了 93.85%,显著高于对照组的 75.38%, $P < 0.05$;观察组患者低血压、便秘、压疮等并发症发生率显著低于对照组, $P < 0.05$ 。结论:全髋置换术围手术期中中医护理能有效促进患者髋关节功能的改善并降低术后并发症的发生。

关键词:全髋置换术;中医护理;围手术期

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.12.058

全髋关节置换术是治疗股骨头坏死、股骨颈骨折、风湿性髋关节炎等疾病的重要治疗方法,能有效改变患者畸形和功能障碍、消除患者疼痛,使患者的关节活动功能恢复。全髋关节置换术是一个创伤性较大的手术,术后还可能发生一系列的并发症而影响手术效果^[1]。近年来中医护理在骨科手术中得到了广泛运用,效果良好^[2]。本研究在全髋关节置换术围手术期对患者进行中医护理,取得了良好的效果。现将结果汇报如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集 2013 年 4 月~2014 年 4 月期间来我院行全髋关节置换术的病例,所有患者均具有全髋关节置换手术指征,排除合并心、肝、肾等重要器官疾病的患者,共计纳入 130 例,按入院顺序随机分为对照组和观察组各 65 例。对照组男性 41 例,女性 24 例;年龄 31~80 岁,平均年龄(56.32±7.13)岁;股骨颈骨折 41 例,股骨头缺血性坏死 15 例,骨性关节炎 7 例,类风湿性髋关节炎 2 例。观察组男性 38 例,女性 27 例;年龄 36~78 岁,平均年龄(54.98±9.32)岁;股骨颈骨折 38 例,股骨头缺血性坏死 16 例,骨性关节炎 6 例,类风湿性髋关节炎 5 例。经统计学分析,两组患者间性别、年龄及原患疾病等基线资料无显著差异,具有可比性。

1.2 护理方法 对照组患者采用常规护理。观察组患者则在围手术期行中医护理,具体方法如下:

(1)术前护理:从中医学的整体思路和辨证论治理念出发,按照人体五脏六腑的内在相关性,对疾病及患者的身体、心理状态进行把关。合并其他疾病者实施有针对性的治疗护理措施,运用八段锦调神、移情相制等中医心理护理方法对患者进行情志护理,以降低患者的焦虑、抑郁情绪,增加患者战胜疾病的信心。(2)康复护理:运用针刺镇痛、推拿按摩、熏洗等中医护理方法对患者进行综合护理干预,舒经活络,促进肢体血液循环的恢复,既能降低患者术后的疼痛程度,又能有效防止患者因手术长期卧床而发生肌肉萎缩并促进患者肢体功能的恢复。(3)并发症的预见性护理:全髋关节置换术后患者需长期卧床休养,极易出现痰阻气道、坠积性肺炎等并发症,注意及时帮助患者排出呼吸道分泌物;按摩膀胱区或针刺三阴交、阳陵泉、天枢穴或艾灸关元、中极穴,促进尿液的排出;按摩、定期帮助病人翻身,以防止深静脉血栓形成和压疮等并发症;根据中医脉诊结果,对患者的体质进行准确判断,在保证蛋白质和膳食纤维摄入量的前提下,可酌情进行补肾益肝的饮食调整。

1.3 观察指标 术后 1 个月采用髋关节功能 Harris 评分对两组患者的髋关节功能进行评分,比较两组间护理效果差异。Harris 评分总分为 100 分,观察指标包括日常活动功能、疼痛程度、髋关节活动、步态、行走距离、行走辅助器、畸形等。按 Harris